

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 20 SEPTIEMBRE 2007 n°

60

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
JORNADAS AES	3
– Crónica de la Organización de las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, A Coruña, 2007	
– Crónica de las XXVII Jornadas de Economía de la Salud: “El buen gobierno de la sanidad”	
TEMAS	8
– La cesáreas en el Uruguay: un enfoque económico	
– La difusión de tecnologías sanitarias: el caso de las estatinas en el Reino Unido	
CON ACUSE DE RECIBO	11
– Lluís Bohigas elegido nuevo presidente de SESPAS	
– Verdades absolutas sobre demografía médica	
NOTICIAS	15

editorial

Sección coordinada por Juan Oliva
(Juan.OlivaMoreno@uclm.es)

ATLAS VPM. ESTADO DE SALUD DE LAS VARIACIONES EN ESPAÑA

Enrique Bernal Delgado

*Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios*



Se van cumpliendo años desde que en 2002 empezó a germinar el proyecto que hoy conocemos como Atlas VPM. Cinco años después, muchas horas de “laboratorio”, ampliación de la familia, innumerables “bolos”, cuatro Atlas en la calle y una muy sentida pérdida. Es un buen momento para el destilado.

Avances

La agenda del Atlas VPM, como la de cualquier grupo que se dedique al estudio de las Variaciones en la Práctica Médica, se articula en torno a cuatro cuestiones, nada retóricas:

- ¿El acceso de una persona a técnicas seguras y eficaces es distinta según el lugar donde vive?
- ¿La probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento innecesario (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda?
- ¿Cuál es el valor marginal -y el coste de oportunidad- de los recursos extra destinados a multiplicar por “n” la tasa de intervenciones (o fármacos, o ingresos, o derivaciones, etc.) respecto al área vecina?
- ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria?

Hasta el momento hemos podido comprobar que en nuestro SNS, la probabilidad de recibir una artroplastia de rodilla o cadera, de ser intervenido de la vesícula biliar o de una hernia, de recibir angioplastia o by-pass es diferente según el lugar donde uno vive; a veces, exageradamente diferente, como en el caso de la prostatectomía radical por cáncer o en el de la amigdalectomía. Ser hospitalizado también depende del lugar de residencia; lo hemos comprobado, para las hospitalizaciones en niños, especialmente en edad escolar, para condiciones de salud mental, como las psicosis afectivas o para enfermedades crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva. En términos económicos, las diferencias en el gasto hospitalario por habitante oscilan entre los 275€ y los 532€, eliminadas el 10% de áreas extremas.

El mensaje es inquietante

El mensaje que nos dejan estos resultados es inquietante. No sólo porque en sí las variaciones pueden esconder problemas de calidad (acceso desigual a técnicas eficaces y seguras,

AES-Secretaría
Suport Serveis – Calvet 30-entr.2ª
08021 Barcelona
Teléfono 93 201 75 71
Fax 93 201 97 89
Correo electrónico:
aes@suportserveis.com y
secretaria@aes.es
HORARIO:
De 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.

Editora del boletín:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)
Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Juan Oliva, Salvador Peiró, Jaime Pinilla y Oriol de Solà-Morales.
Han colaborado en este número:
Enrique Bernal, Berta Rivera, José Manuel Freire, Máximo Rossi, Patricia Triunfo, Victoria Serra-Sastre, Alistair McGuire, Lluís Bohigas y Berenguer Camps.

indicación de intervenciones en pacientes que no lo precisan, etc.) sino porque la Agenda del Sistema parece estar ajena al mismo. Tres ejemplos.

1) Nuestras tasas “americanas” de artroplastia de rodilla y cadera (con variaciones de hasta 5 veces más intervenciones por habitante entre áreas sanitarias) están nítidamente mediadas por factores relacionados con la oferta. En este caso, no tanto con la oferta de cirujanos por habitante (que también) sino con factores de la oferta que determinan la lista de espera de los centros. Estudiados los pacientes que están en la lista de espera, la amplia mayoría podrían catalogarse de no o dudosamente apropiados para recibir la intervención.

2) Las amplias variaciones encontradas en las intervenciones de revascularización cardíaca (hasta 4 veces entre áreas) no se relacionan con la “verdadera” necesidad de las poblaciones. Estudiada la correlación entre las angioplastias o by-pass coronario que recibe una población y su carga de morbilidad en cardiopatía isquémica, la varianza explicada queda en un exíguo 9%. Observado este fenómeno por zonas básicas de salud la distancia a la sala de hemodinámica o al quirófano de cardiovascular explicaría la variación, especialmente si se es mujer.

3) Las variaciones en gasto hospitalario por habitante (más de 2 veces según donde se vive) se relaciona fundamentalmente con las diferencias en la tasa de admisiones por habitante, menos con la estancia media y mucho menos con las diferencias en morbilidad entre los pacientes. Un vistazo a los contratos de gestión de centros sanitarios o unidades clínicas de este país permite comprobar que es la actividad -en el sentido de productividad- y no la calidad, lo que orienta (y es incentivado) el trabajo de los profesionales.

Frente a estas pruebas los remedios que el Sistema está promoviendo son: 1) para resolver el tratamiento de la artroplastia de rodilla y cadera en España se ofrecen más horas de quirófano en lugar de mejorar las indicaciones para entrar en lista de espera; 2) para atender a los pacientes que precisan revascularización, se incrementa el número de angioplastias sin tomar en consideración la necesidad de acercar la técnica a quien lo necesita, especialmente en el caso de las mujeres; y, 3) las políticas sobre el gasto en nuestro Sistema Nacional de Salud se centran en incrementar la productividad hospitalaria (reducir el coste medio del ingreso) sin considerar su efecto sobre el incremento en la tasa de admisiones y su correlato con el coste hospitalario poblacional.

En resumen, existe una disociación objetivable entre lo que la evidencia muestra (variaciones no relacionadas con diferencias en necesidad entre poblaciones) y las decisiones que se toman.

Causas de las variaciones e implicaciones en la decisión

Desde luego, el fenómeno de las variaciones de la práctica tiene muchas facetas y sus determinantes y predisponentes, múltiples interacciones entre sí. Aún así resulta más abarcable que el modelo causal de las enfermedades que propone la “ómica” dominante.

En realidad, en la generación de variaciones injustificadas de la práctica podríamos señalar tres grupos de causas: 1) las relacionadas con la existencia o no de información suficiente y de calidad (evidencia sobre qué, en quién, cómo y cuándo se debe actuar); 2) las relacionadas con un excesivo efecto de la oferta (y aquí se puede incluir el efecto de los incentivos que dominan la organización, la capacidad de innovación tecnológica o la fascinación por las tecnologías como consecuencia de la escasez de otro tipo de incentivos); y por último, 3) las relacionadas con la poca influencia de los pacientes en las decisiones sobre su salud, en particular, sobre la decisión de ser intervenido o no.

De forma resumida. En situaciones de mucha información de calidad deberíamos esperar que el comportamiento de los “sistemas” sanitarios fuese homogéneo; la presencia de variaciones en este caso estaría relacionada con la “ignorancia” y, en su versión ética, tendría mucho que ver con la forma de aprender que tienen los “sistemas” (aprenden de sus próximos y éstos no siempre tienen la mejor información). Por el contrario, en situaciones de poca información o información controvertida (incertidumbre) deberíamos esperar mayor variabilidad y aquí los factores de la oferta ejercerían su mayor influencia, particularmente los incentivos económicos individuales.

De lo señalado se derivarían las siguientes implicaciones:

1) ante situaciones de certidumbre lo que habría que hacer sería orientar la organización para que hiciese uso del mejor conocimiento disponible (no tiene por qué ser la evidencia proveniente de ensayos clínicos aleatorios); 2) ante situaciones de alta incertidumbre, es obligado gestionar la oferta (las indicaciones de entrada a las listas de espera, por ejemplo); y 3) en este caso, además, darle al ciudadano capacidad (*empowerment*) para sopesar los beneficios y los riesgos derivados de la decisión de ser intervenido.

Atlas VPM: agenda próxima

Vamos a continuar describiendo variaciones. Próximamente se publicarán los Atlas de Hospitalizaciones por Enfermedades Mentales o Procedimientos Oncológicos (de los que se pudo ver un avance en las Jornadas de A Coruña) y de Hospitalizaciones Evitables. El Atlas de Variaciones en el uso de Fármacos Cardiovasculares y Psicotropos está ya más cerca y se han ido produciendo los primeros resultados de nuestros proyectos sobre seguridad de pacientes y calidad de los cuidados hospitalarios en España. Trabajo hay.

Pero la Agenda, en mi opinión, no debería organizarse en torno a la generación de más evidencia sino en torno a la inquietud manifestada más arriba. Me refiero a la incapacidad demostrada por nuestro grupo para trascender, de momento, el mundo científico y académico.

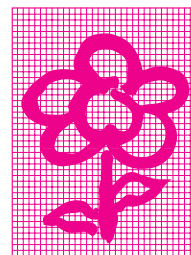
Nos sigue pareciendo que las preguntas que nos hacemos, los resultados que obtenemos y los mensajes que difundimos (y escasamente divulgamos) son igualmente nítidos para los que tienen que decidir. Dado el mejor de los mundos, plena sintonía entre nosotros y ellos, lo que les proponemos no son cambios marginales en la política o la gestión sino profundas y radicales reformas del papel de los servicios de salud y de los incentivos que mueven la organización.

Les proponemos, por ejemplo, que consideren que el sistema sanitario no es una maquinaria para producir servicios sino para generar salud (con el menor riesgo posible) lo que implica determinar cuando más es mejor y cuando más es peor. Y, adicionalmente, se les señala que la organización (incentivos, sistemas de información, etc.) está pensada para hacer más y no para hacerlo mejor. Debemos seguir produciendo resultados, tendremos que resultar más divulgativos, pero, sobre todo, deberemos tener respuestas útiles para preguntas difíciles.

Ahora que lo pienso... el FIS se conformaba con la memoria final del proyecto en 2005.

Agradecimientos: Desde luego a todas las Instituciones Sanitarias que hacen posible el proyecto, especialmente a las personas que son el enlace entre éstas y nosotros. También a la IBERCAJA, pone una buena parte del dinero. Y luego a la inspiración que nos aportan personas más o menos anónimas, muchas de ellas socios de AES. Y un especial recuerdo para David Oterino.

CRÓNICA DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS XXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD, A CORUÑA, 2007



Berta Rivera
Presidenta del Comité Organizador



Por intentar resumir brevemente mi experiencia en la organización de las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, he de decir que los sentimientos a lo largo del tiempo que transcurre desde la propuesta inicial hasta su finalización son muy variados, y no menos intensos. La primera fase empieza con una sensación de agradecimiento por la confianza depositada, y aunque el recuerdo del cansancio reflejado en la cara de los predecesores invita a la prudencia, es más fuerte la esperanza de que no será para tanto. En la siguiente etapa predomina la sensación de ansiedad por dejar resueltos temas clave como las fechas, la sede, o el lugar de la cena (no menos importante), y la incertidumbre respecto a haber elegido la mejor opción. Sigue la fase de preocupación respecto a la financiación del evento, a la vez que se multiplican exponencialmente los temas de logística a medida que se aproximan las fechas. Por fin, llega el momento, y todo transcurre entre la inauguración y la clausura, a tal velocidad que lo único que uno recuerda es haber saludado a un montón de amigos, y poco más, lo que me imagino que será buena señal e indicio de normalidad.

Recuerdo de la crónica de las Jornadas de Toledo que Álvaro comentaba que no tuvo espacio para el aburrimiento, doy fe...

y también coincido con él en que lo mejor son los compañeros que están respaldando todo este proceso, mi agradecimiento más sincero a todos ellos, ambos comités, junta AES y secretarías. También mi gratitud hacia las instituciones gallegas por todo su apoyo, a la Universidad de A Coruña que nos acogió en la Facultad de Ciencias Económicas y muy especialmente a la Conselleira de Sanidad, socia de AES desde hace más de veinte años. A todos los patrocinadores que nos ofrecieron su colaboración y a los ponentes y congresistas, cuya respuesta ha sido fantástica y nos ha permitido alcanzar la cifra de casi 360 inscritos en esta edición. Quiero destacar la satisfacción que me ha producido la alta participación gallega, uno de los incentivos que teníamos cuando aceptamos esta propuesta. No puedo terminar sin dedicarle mi agradecimiento más cariñoso a José Manuel Freire, presidente del comité científico que ha realizado una labor fantástica. En todo momento he disfrutado de su calidad profesional y humana, y a él cedo el espacio para que nos cuente sus impresiones respecto al contenido científico de las Jornadas en esta crónica.

Muchos ánimos y nuestros mejores deseos para los compañeros de Salamanca.

ALGUNAS CIFRAS DE LAS JORNADAS

INSCRITOS	358
Hombres	208
Mujeres	150

POR PROCEDENCIA			
ESPAÑA		OTROS PAÍSES	
Andalucía	29	Argentina	6
Aragón	16	Bélgica	1
Asturias	7	Brasil	3
Baleares	7	Chile	4
Canarias	23	Colombia	2
Cantabria	4	Costa Rica	6
Cataluña	80	Escocia	1
Galicia	41	Francia	1
Castilla- LM	2	Portugal	4
La Rioja	5	Reino Unido	2
Castilla León	5	Suiza	1
Madrid	40	Uruguay	6
Murcia	4	USA	1
Navarra	7	Venezuela	3
País Vasco	15	Sin dato	22
C. Valenciana	10		

POR CENTRO DE TRABAJO	
Otras Asociaciones	4
Agencias Evaluación Tecnologías	4
Colegio Médicos	1
Escuelas de Salud	6
Hospitales	68
Institutos Ciencias de la Salud	15
Laboratorios Farmacéuticos	37
Servicios de Salud	107
Universidades	65
Otros	51

CRÓNICA DE LAS XXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD: “EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD”

José-Manuel Freire
Presidente del Comité Científico

La crónica de unas Jornadas AES además de reseñar lo relevante y anecdótico de los tres días de las Jornadas, debiera remontarse casi un año atrás: las Jornadas de un año culminan un proceso que empieza justo al terminar las anteriores. En su parte organizativa –que en este número cubre Berta Rivera– comienzan con la elección de la ciudad, del Comité Organizador y todo lo que éste ha de mover hasta que se cierra el telón y se pasa el testigo. Por lo que hace al contenido –que es la crónica que me corresponde–, la historia empieza con la formación del Comité Científico, la selección del tema–lema de las Jornadas, sigue con el call for papers, la recepción y evaluación de las Comunicaciones, la preparación del Programa Científico, la búsqueda de ponentes y conferenciantes, y finalmente el desarrollo de

las Jornadas; todo ello termina con la sesión de clausura, aunque el punto final no queda puesto hasta finalizar esta crónica y –si hay energías– con la publicación de los materiales de las Jornadas en un libro. De todo ello comentaré en estas notas.

Sin embargo, antes de seguir, creo importante dejar constancia de que la crónica científica más importante de las Jornadas son sus 189 Comunicaciones científicas, y está ya escrita y publicada: es el CDROM con todas las Comunicaciones Orales y Póster. Está también en el número extraordinario de Gaceta Sanitaria¹ dedicado a Jornadas, que contiene los resúmenes de todas las Comunicaciones, así como una presentación de las Jornadas por parte del

¹ XXVII Jornadas de Economía de la Salud. “El buen gobierno de la sanidad”, La Coruña, 6-8 de junio 2007. Gaceta Sanitaria. Vol 21 Extraordinario 1 Junio 2007.

Comité Científico y, en un texto –iniciativa que deseamos se convierta en tradición–, con el Informe del Comité Científico sobre la evaluación de las Comunicaciones, método de trabajo, sistema de puntuación, baremación y resultados. Con todo ello doy por cubierta esta parte de la crónica de las Jornadas.

Como he dicho arriba, buena parte de la crónica de las Jornadas es la del trabajo de los dos Comités, Organizador y Científico, encargados junto con la Junta Directiva de la AES de que las Jornadas lleguen a buen puerto, y ello solo es posible con una buena colaboración y entendimiento. En esta ocasión lo hubo. Para empezar, porque el Comité Científico de estas Jornadas estaba formado por: David Cantarero de la Universidad de Cantabria, Jesús Caramés del Complejo Hospitalario (sic) Universitario Santiago de Compostela, Luis Currais de la Universidad de La Coruña –miembro también del Comité Organizador–, Paula González de la Universidad Pablo Olavide de Sevilla, Ángel López de la Universidad Politécnica de Cartagena, Matilde Machado de la Universidad Carlos III de Madrid, Soledad Márquez de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Pedro A. Tamayo de la UNED y Juan R Vargas de la Universidad de Costa Rica. Cada uno de ellos ha hecho una aportación insustituible al Comité, haciendo posible un trabajo conjunto riguroso y eficaz con un clima interno inmejorable.

Por parte de la Junta de AES, Pere Ibern, estuvo en todo momento pendiente y disponible para ayudar en todo lo que hizo falta, que no fue poco; por su parte Josep Fuste fue el Tesorero eficaz que toda organización desea tener; otros miembros de la Junta contribuyeron en “especie”, como Enrique Bernal que se hizo cargo de organizar la Mesa Especial sobre VPM. Por su parte, Rosa Urbanos, compartió conmigo toda su experiencia de Presidenta del Comité Científico en las Jornadas anteriores, ... pagando además la comida (¡será una excelente DG de Cooperación Autónoma en el MAP!).

La colaboración entre los Comités Organizador y Científico no podría haber sido mejor. De hecho, el C. Organizador estaba como *empotrado* en el C. Científico: Berta Rivera presidenta del C. Organizador asistía a todas nuestras reuniones y puesta en copia de nuestros correos; Luis Currais, miembro de ambos Comités, hizo que las cosas fueran rodadas.

Como es tradicional, las Jornadas comenzaron el día 5 de junio con el VII Taller Fundación BBVA *Revisión de los fundamentos teóricos y econometría aplicada a la Economía de la Salud*, coordinado por Ignacio Abásolo (¡enhorabuena y buena suerte como DG del Servicio Canario de Salud!) con Peter Sweifel y Beatriz González como ponentes. No participé en el Taller, pero escuché comentarios muy elogiosos sobre él.

En la inauguración, presidida por el Rector de la Universidad de A Coruña (JM^a Barja Pérez) tuvo una intervención destacada la Consejera de Sanidad de la Junta de

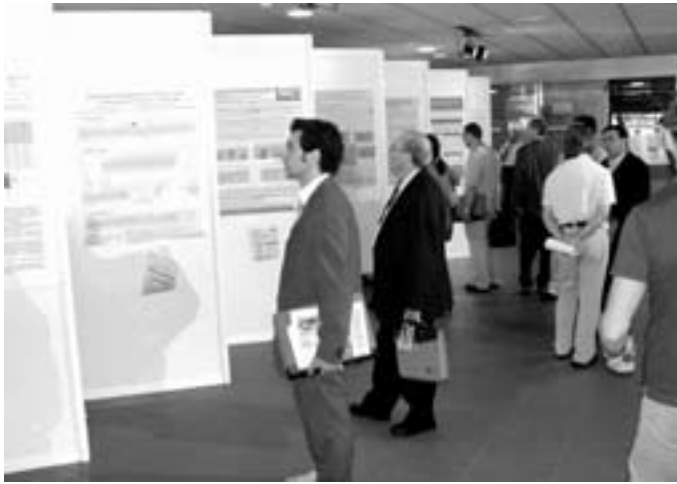


Galicia Dra M^a José Rubio Vidal, anunciando su intención de introducir *órganos colegiados para el buen gobierno de hospitales y Área de Salud... auténticos Consejos de Gobierno que representarían una forma de participación más transparente respecto de resultados clínicos, datos económicos o recursos humanos*. No podían haber empezado mejor unas Jornadas dedicadas al Buen Gobierno de la Sanidad. Ojala en las próximas Jornadas tengamos Comunicaciones evaluando la puesta en marcha de estas propuestas tan necesarias.

La Conferencia inaugural estuvo a cargo de Josep Figueras. Todo un lujo, teniendo en cuenta que Josep es uno de los líderes europeos más reconocidos e influyentes en política sanitaria, en gran medida debido al rotundo éxito del *Observatory on Health Systems and Policies* que dirige. En su conferencia hizo un repaso de altos vuelos sobre la *gobernanza-governance* de la salud y del sector sanitario, con el enfoque y las aportaciones propios de un experto que tiene una perspectiva global a internacional privilegiada.

Tras la pausa del café, mientras se desarrollaban en paralelo las Mesas de Comunicaciones sobre Análisis Económico de la sanidad 1, Evaluación Económica 1 y Farmacia, la Mesa de Ponencias sobre el SNS y su *Buen Gobierno*, coordinada por Juan Cabasés tuvo que desplazarse antes el desbordamiento de participantes del Salón de Grados al de Actos. En ellas participaron Rafael Bengoa (*Reorganización de los Servicios de Salud*), Jesús-María Fernández (*Reflexiones en torno al Gobierno de las Organizaciones Sanitarias*) y Enrique Castellón (*La rendición de cuentas en nuestro sistema sanitario*). La expectativa estaba justificada: cada uno de los ponentes puso sobre la mesa diferentes aspectos críticos para el buen gobierno de la sanidad.

La comida, servida con un ballet coordinado de camareros propio de las grandes bodas, amenazó con comerse el tiempo de la Conferencia de John Connaghan, *Director of Delivery del NHS Scotland*. La presentación de John (*Governance in the NHS Scotland*) no se limitó a ser una mera presentación del sistema sanitario británico en Escocia y sus características diferenciales con el de Inglaterra



—que las tiene no son poco importantes. Su conferencia hizo particular énfasis en el papel de los Consejos de Administración y de los gestores ejecutivos en su sistema sanitario. También explicó que el nuevo gobierno (Partido Nacionalista) salido de las elecciones del 4 de mayo, aboga por elección directa de los Consejeros. En fin, trajo noticias de un país en el que los ejecutivos sanitarios (incluido el mismo Director Ejecutivo del *NHS Scotland*) no cambian cuando cambia el gobierno... Algún día también aquí será así —que lo veamos pronto.

Tras la presentación de Comunicaciones Póster, coordinada por Bruno Casal (Universidad de A Coruña), tuvo lugar una nueva serie de Mesas de Comunicaciones: Análisis Económico de la sanidad 2, Evaluación Económica 2 y Economía de la Salud en América Latina. En esta última se presentaron contribuciones muy interesantes sobre el sistema sanitario chileno y la Comunicación oral que habría de ser premiada. Al mismo tiempo, en el Salón de Actos JJ (Pepe) Martín coordinaba y presentaba la Mesa de Ponencias *Los Servicios Autonómicos de Salud: diseño organizativo y buen gobierno*. En ella participaron Germán González Pazó de la Junta de Galicia (*Organización y gobernabilidad en un Sistema Autónomo de salud*), Miguel Ángel García Díaz, Director del Gabinete Económico Confederado de CCOO (*Problemas derivados de la falta de información para evaluar los distintos diseños de gestión sanitaria*), y Alberto de Rosa Torner, Director Gerente del Hospital de La Ribera, Valencia (*Nuevas formas de gestión sanitaria: el modelo Alzira*). Esta Mesa abordó temas candentes de gran calado para la sanidad española que Pepe Martín supo engarzar gráficamente con los paradójicos dibujos de Escher, algo más que una metáfora.

El primer día de las Jornadas culminó en el escenario espectacular del Rectorado de la Universidad de A Coruña, con la bahía como telón de fondo, una buena música tan buena que no precisó presentación alguna ni discursos de bienvenida.

El jueves, segundo día de las Jornadas, tuvo una primera hora de Mesas de Comunicaciones (Economía de

la Salud Pública, Dependencia, Evaluación Económica 3 y Economía de la Salud en América Latina 2). No es posible reseñar aquí todas estas presentaciones, pero sí es importante apuntar la pujante presencia de Iberoamérica en las Jornadas y el interés de las Comunicaciones referidas a los sistemas de salud de Chile, Venezuela, Costa Rica, Uruguay, Argentina y Brasil. Toda una oportunidad de impulsar un espacio de estudio, investigación y debate común con Las Américas.

En la segunda hora se desarrolló la Mesa de Ponencias sobre *Hospitales Públicos: retos de su buen gobierno*. Su coordinador, Jesús Caramés Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, contrastó en esta Mesa la realidad del gobierno y gestión de los hospitales públicos españoles, presentada por él mismo y por Jordi Colomer, DG del Hospital Santa Creu i San Pau (*Dificultad de gobierno de un Hospital en el Sistema Sanitario Español*) con la experiencia de nuestros vecinos franceses y portugueses: Jean-Jacques Romatet, DG del Hospital Universitario de Toulouse (*El hospital francés: la realidad de su autonomía y su gobierno*) y José-Miguel Boquinhas, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Lisboa Occidental (*Gestão Hospitalar Pública: a experiência portuguesa*). Quedó claro, una vez más, que somos —junto con Grecia— el único país de la UE cuyos hospitales públicos no tienen un Consejo de Administración (o equivalente) ante el cual deba dar cuentas el director ejecutivo. Al final, Jesús Caramés esbozó un código de buen gobierno para los hospitales públicos, cuyo eco —estoy seguro— irá más allá de estas Jornadas. Lo veremos pronto.

En paralelo a la Mesa de Ponencias, se realizaron dos presentaciones: los resultados Beca de Investigación en Economía de la Salud 2006 (*Instituciones de protección social y relación renta-salud en la Unión Europea*), de Pilar García Gómez, Ana Tur Prats y Ángel López Nicolás; dos libros de la colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria (CRES-UPF): *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*, de A. Hidalgo, J. Del Llano y S. Pérez, y *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*, de Autor: David Casado.

La tarde del Jueves estuvo centrada en un denso programa de Mesas de Comunicaciones, entre ellas la *Equidad y Desigualdad*: David Cantarero me comenta que fue moderada con buen control de tiempo por Rosa Urbanos y que las Comunicaciones fueron especialmente interesantes, a pesar de combinarse a la vez temas como la doble cobertura por Maria Luz Gonzalez, las limitaciones en la dinámica de salud por Cristina Hernandez o la obesidad y estado laboral. El debate posterior no dejó indiferente a nadie. La Mesa Especial Atlas VPM (Variación Práctica Médica), coordinada por Enrique Bernal-Delgado, del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, y con presentaciones de Soledad Marquez, Felipe Aizpuru, Salvador Peiró, Julian Librero y Yolanda Montes. No pude participar en esta mesa pero debo hacerme eco de los muchos comentarios positivos que de ella escuché.

La Cena de las Jornadas, la recepción que la precedió, el baile que llevó a algunos a enlazar sin solución de continuidad el Jueves con el Viernes, no son tema de la crónica científica de las Jornadas, pero como todo influye en todo, es de rigor dejar constancia de que el buen gusto y mejor hacer del Comité Organizador nos proporcionó buenos momentos en un Pazo bellissimo con un menú excelente y (cuentan) buena música de baile.

El viernes empezó a las 10h con la Mesa de Financiación del SNS, una mesa tradicional de las Jornadas AES, y un tema con gancho y mérito para ser colocado como primera actividad del día siguientes a la Cena.... Con la coordinación de David Cantarero (U. Cantabria), las intervenciones de Alfonso Utrilla y Rosa Urbanos sirvieron para demostrar que el tema sigue de rabiosa actualidad y así se hizo notar también en el coloquio posterior. El conocimiento de los *Modelos de financiación sanitaria y procesos de reforma: la experiencia internacional* que mostró Rosa Urbanos en su presentación le será muy útil ahora, como DG de Coordinación Autonómica.

Un componente tradicional e importante de las Jornadas son los Premios a las Mejores Comunicaciones, oral y en póster. Angel Lopez Nicolás fue el encargado dentro del Comité Científico de organizar la selección de la mejor Comunicación Oral. Se repartió a un formulario a cada uno de los moderadores para que valorasen la calidad formal, la originalidad, la relevancia y la presentación. Entre las Comunicaciones que más puntuación obtuvieron en cada mesa, el Comité Científico escogió "*Las cesáreas en el Uruguay: Un enfoque Económico*", presentada por Patricia Triunfo de la Universidad de la República, Uruguay.²

El Premio a la Mejor Comunicación Póster fue para el trabajo *Difusión de tecnologías médicas: el caso de las estatinas en el Reino Unido y sus implicaciones* de Victoria Serra Sastre y AJ McGuire, de la LSE, Londres.³

Durante las Jornadas se falla la Beca de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por Bayer. En esta su XVI edición, el Jurado, presidido por Juan Cabasés, ha concedido la beca por unanimidad a al proyecto *Competencia dinámica de los genéricos en el mercado farmacéutico español*, presentado por Iván Moreno Torres.

La Conferencia de Clausura sobre *Propiedad, Gobierno y Eficiencia de las Organizaciones: Implicaciones para la Sanidad* estuvo a cargo de Vicente Salas Fumás, al que dio replica con *implicaciones para la Sanidad* Vicente Ortún. La conferencia presentó un marco general de reflexión sobre la relación entre propiedad, gobierno y eficiencia de las or-



ganizaciones, precisando el alcance y significado de estos conceptos dentro de la economía de las organizaciones, y destacando las diferencias entre el marco conceptual de la teoría de la agencia y el que ofrece la teoría de los derechos de propiedad, relacionando esta reflexión general con las opciones de organización institucional para la provisión de servicios sanitarios. Vicente Ortún concretó estas reflexiones al marco sanitario español, proponiendo líneas de avance como: la evaluación comparativa, el fomento de pluralidad de formas organizativas, la separación entre política y gestión, competencia por comparación y equilibrio entre incentivos y normas clínicas. Conferenciante y replicante respondieron plenamente a las altas expectativas que sus intervenciones habían suscitado.

La Clausura de las Jornadas estuvo presidida por el Consejero de Economía y Hacienda de la Junta de Galicia (J. Ramón Fernández Antonio), contando con la presencia del Decano de la Facultad de Económicas (Gustavo Rego). Durante esta sesión se hizo entrega de premios a las mejores Comunicaciones Oral y Póster y la Beca de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por Bayer (citados arriba).

Con esto pongo punto y final a esta crónica. Antes sin embargo, quiero agradecer en nombre propio y de todo el Comité Científico la colaboración y generosidad que hemos tenido para llevar a cabo nuestro trabajo. La lista completa es larga pero es obligada una mención especial a los Coordinadores y Moderadores de Mesas, a los conferenciantes y ponentes, a Pere Ibern y a la Junta Directiva de AES, a Berta Rivera y al Comité Organizador con el que ha sido un placer trabajar. Las Jornadas 2008 serán en Salamanca, a buen seguro contribuirán también al *El Buen Gobierno de la Sanidad*. Allí nos veremos.

² Nota de la editora: en las páginas 8 y 9 de este número se recoge el texto correspondiente a la mejor Comunicación Oral.

³ Nota de la editora: en la página 10 de este número se recoge el texto correspondiente a la mejor Comunicación Póster.

LAS CESÁREAS EN EL URUGUAY: UN ENFOQUE ECONÓMICO¹

Máximo Rossi y Patricia Triunfo

Investigadores del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay

Hasta mediados del S. XX eran muy poco frecuentes los nacimientos vía abdominal. De hecho en la antigüedad únicamente se recurría a la cesárea *post mortem* con la finalidad de salvar al niño una vez ocurrida la muerte de la madre. En el S. XIX se comenzó a utilizar dicho procedimiento en partos obstruidos con feto vivo, aumentando su aplicación en el S. XX². En la década del 40 se produjo la "liberalización de la cesárea", pasando de ser el 2 al 4% del total de los nacimientos y comenzando un aumento sostenido y generalizado hasta nuestros días. Por ejemplo, en Estados Unidos pasó de ser el 5,5% del total de los nacimientos en 1970 a ser el 23,0% en el 2000; en Suecia más que se duplicó en los años 70, alcanzando en el año 2001 a ser el 17,0% del total de nacimientos.

En Uruguay se observa la misma tendencia: mientras que la tasa anual promedio entre los años 1985 y 1989 fue 16,8%, en el año 2003 llegó a ser 27,0%, observándose al igual que en el resto de América Latina, frecuencias más altas en los hospitales privados.

Las razones para este desarrollo han sido extensamente discutidas. Entre las principales causas destacan el desarrollo de nuevas tecnologías médicas (en hemoterapia, anestesiología, uso de antibióticos, quimioterápicos y diagnóstico prenatal), la existencia de leyes y reglas relacionadas con las capacidades médicas, cambios en el estilo de prácticas de los médicos, así como en las actitudes personales de las pacientes hacia la cesárea.

Distintas organizaciones establecen tasas "ideales" de cesáreas [para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 15% para las nulíparas y el 63% para aquellas mujeres con cesárea previa; mientras que para otros la tasa mínima es la ideal]. De todas formas, en la literatura existe consenso en que la tasa de cesáreas depende de las características de la población, a la vez que se suele alertar sobre el abuso de la cesárea cuando prevalecen factores extramédicos que van en perjuicio de la madre y del niño, como factores económicos, comodidad del equipo de salud, etc.

Por lo tanto, aparece como relevante el estudio de las cesáreas sin justificación clínica, dado que exponen a la madre y al niño a riesgos innecesarios y elevan los costos de la atención médica. En este sentido, estudios de costo-efectividad de este procedimiento han determinado que una cesárea sin complicaciones puede costar entre un 66 a un 200% más que un parto normal según el país analizado³.

En nuestro trabajo estimamos la probabilidad de que un nacimiento ocurra por cesárea, controlando por los principales riesgos individuales de las pacientes. A esos efectos se utiliza la información recogida por el Sistema Informático Perinatal (SIP, CLAP-OPS/OMS, MSP) para Montevideo (Uruguay) en el año 2003 (23.474 nacimientos).

Dicha probabilidad puede estar afectada por el tipo de institución donde se realiza el procedimiento. Las diferencias pueden deberse a distintos incentivos financieros, incentivos profesionales, capacidad de emergencia quirúrgica disponible, etc. En Montevideo, donde después del Convenio Colectivo de 1993, los hospitales públicos pagan básicamente por salario fijo y los privados por acto médico, es relevante estimar la

probabilidad de ocurrencia de una cesárea controlando por ambos tipos de hospitales. La teoría predice que en los primeros la inducción de demanda es cero mientras que es positiva en los segundos y decreciente con el nivel de riesgo de las pacientes.

Ahora bien, es posible argumentar que las variables de tipo de hospital se determinan endógenamente, dado que la probabilidad de cesárea depende de variables inobservables que se correlacionan con características inobservadas que afectan la elección del hospital. Por tal motivo, se realiza una estimación conjunta de ambos fenómenos a través de un modelo *probit bivariado* por máxima verosimilitud.

Se especifica una ecuación reducida para la variable potencialmente endógena (hospital) y una segunda ecuación estructural que determina el producto de interés (cesárea), donde los términos de error se asumen independientes e idénticamente distribuidos, normal bivariada con media cero y varianzas unitarias. Como variables exógenas se consideran factores de riesgo individual, que incluyen la edad de la madre, cesáreas previas, presentación del feto, eclampsia, preclampsia, hipertensión, embarazo múltiple y desproporción fetopélvica. Respecto a las variables instrumentales, se opta por utilizar la educación y el estado civil de la madre, dado que, según predice la teoría, las mujeres más educadas y casadas (o con uniones estables) es más común que planifiquen los embarazos e inviertan en salud, pero en sí mismas dichas variables no afectan la probabilidad de tener una cesárea⁴.

Los resultados muestran un coeficiente de correlación de los errores de ambas ecuaciones positivo y estadísticamente significativo al 99% de confianza, por lo que se puede afirmar que la elección del hospital es endógena, implicando que los factores inobservables que determinan la elección del hospital afectan en el mismo sentido la ocurrencia de una cesárea. A su vez, las pruebas de relevancia y validez de los instrumentos confirman su utilización.

Como se observa en la Tabla 1 en la elección del hospital está primando fundamentalmente la edad, la educación y la situación marital, y algunos factores de riesgo médico conocidos previamente por la mujer, como ser hipertensión y cesáreas previas. En este sentido, aumenta la probabilidad de elegir un hospital público para las mujeres menos educadas, solteras y más jóvenes. Los factores de riesgo significativos y positivos son la hipertensión y preclampsia y los partos previos de la mujer. Esta última variable puede considerarse como aproximación del ingreso, dado que las mujeres más pobres tienen mayores tasas de fecundidad, encontrándose que aumenta la probabilidad de que elijan un hospital público.

Por su parte, impacta negativamente en la elección de un hospital público el haber tenido cesáreas previas, pudiéndose entender que la mujer asume que futuros embarazos tendrán la misma culminación y, por tanto, la lleven a invertir en seguros privados.

En la Tabla 2 se presentan los resultados de la segunda etapa del *probit bivariado* y la estimación del *naive probit* (sin controlar por

¹ Resumen del trabajo presentado en las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, AES 2007, ganador del Premio a la Mejor Comunicación Oral.

² Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (1989): "El nacimiento por cesárea hoy", Boletín del CLAP, OPS/OOMS, Vol. 3, Nº 9.

³ Clark, L., M. Mugford y C. Paterson (1991): "How does the mode of delivery affect the cost of maternity care?", *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 98.

Keeler E. B. y M. Brodie (1993): "Economic incentives in the choice between vaginal delivery and cesarean section", *The Milbank Quarterly* 71.

Eckerlund, I. y Gerdthamn, U. (1996): "Variation in Cesarean Section Rates in Sweden – Causes and Economic Consequences", Centre for Health Economics – Stockholm School of Economics.

Epstein, A. y S. Nicholson (2005): "The formation and evolution of physician treatment styles: an application to cesarean sections", Working Paper 11549, National Bureau of Economic Research.

⁴ Culyer, A. J. y J. Newhouse (2000): *Handbook of Health Economics*, Volume 1A y 1B, Elsevier North Holland.

Tabla 1: Resultados de la primera etapa: elección del hospital Montevideo 2003
N=17633

Variable	Probit bivariado
Edad menos 16	1.347*** (0.106)
Edad entre 17 y 19	1.967*** (0.054)
Edad entre 35 y 39	-0.435*** (0.037)
Edad más 40	-0.246*** (0.064)
Educación	-0.985*** (0.023)
Unión estable	-0.490*** (0.036)
Partos	0.697*** (0.027)
Preclampsia	0.288*** (0.062)
Eclampsia	0.311 (0.415)
Hipertensión Previa	0.293*** (0.084)
Múltiple	0.042 (0.079)
Presentación	-0.009 (0.056)
Cesárea Previa	-0.104*** (0.033)
Desproporción	0.071 (0.145)
Prueba de Wald: exogeneidad	7.69
Prueba Wald: relevancia de los instrumentos: Chi2(2)	2028.28
Prueba Wald: validez de instrumento educación: Chi2(1)	1.17
Prueba Wald: validez de instrumento casada: Chi2(1)	0.00

Nota: *** Significativa al 1%, ** Significativa al 5%, * Significativa al 10%. Entre paréntesis se presentan los errores estándares robustos.

endogeneidad), a la que vez que por ser modelos no lineales se reportan los efectos marginales.

Observando únicamente los signos de los coeficientes, es posible afirmar que la probabilidad de tener una cesárea se incrementa ante la presencia de los diferentes riesgos, excepto partos que como era de esperar tiene signo negativo, con la edad de la mujer y en hospitales privados. Mientras la probabilidad promedio de tener una cesárea es aproximadamente 25%, las mujeres que se atienden en un hospital privado tienen 19 puntos porcentuales más de probabilidad de culminar en un nacimiento por vía abdominal; 14 puntos porcentuales adicionales si tienen 40 años o más; 70 puntos porcentuales adicionales si está presente desproporción fetopélvica; 52 puntos porcentuales adicionales si tienen cesáreas previas; etc.

Al estimar sin controlar por endogeneidad, y centrándonos en el tipo de hospital, se hubiesen subestimado los resultados, dado que

Tabla 2: Resultados segunda etapa: cesáreas Montevideo 2003
N=17633

Variable	Bivariate probit		Naïve Probit	
	Coefficientes	Efectos marginales (puntos porcentuales)	Coefficientes	Efectos marginales (puntos porcentuales)
Edad menos 16	-0.353*** 0.069	-9.79	-0.391*** 0.067	-10.67
Edad entre 17 y 19	-0.236*** 0.043	-6.97	-0.278*** 0.039	-8.10
Edad entre 35 y 39	0.187*** 0.039	6.18	0.208** 0.038	6.90
Edad más 40	0.411*** 0.065	14.41	0.423*** 0.065	14.87
Partos	-0.655*** 0.031	-21.33	-0.688*** 0.028	-22.39
Preclampsia	0.921*** 0.056	34.36	0.909*** 0.056	33.88
Eclampsia	1.376** 0.389	50.87	1.371** 0.386	50.70
Hipertensión Previa	0.338*** 0.070	11.70	0.326*** 0.071	11.24
Múltiple	1.221*** 0.093	45.63	1.224*** 0.093	45.72
Presentación	1.708*** 0.061	60.54	1.712*** 0.061	60.66
Cesárea Previa	1.430*** 0.032	51.81	1.438*** 0.032	52.05
Desproporción	2.293*** 0.247	70.24	2.290*** 0.245	70.24
Pública	-0.562*** 0.054	-18.96	-0.389*** 0.029	-12.89
Educación			0.058** 0.020	
Unión estable			0.019 0.030	
Log pseudo-likelihood	-15196.213		-7832.486	

Nota: *** Significativa al 1%, ** Significativa al 5%, * Significativa al 10%.

en la estimación del naïve probit el efecto marginal es de 13 puntos porcentuales.

Controlando por los factores de riesgo de la población atendida en los diferentes tipos de hospitales, los resultados permiten afirmar que la probabilidad de tener una cesárea siempre es mayor en una institución privada, a la vez que las diferencias son mayores para mujeres de menor riesgo. Como se observa en la Tabla 3, la probabilidad para una mujer que no presenta ninguno de los factores de riesgo considerados de tener una cesárea es 11% si se atiende en una institución pública y 25% si se atiende en una institución privada –más del doble que en la pública–. Si se analizan mujeres multiparas sin factores de riesgo dicha relación es casi el triple, 7% en los hospitales públicos y 18% en los privados, y el doble para las nulíparas sin factores de riesgo, 20% y 39% respectivamente.⁵

Las diferencias entre los dos tipos de instituciones pueden deberse a factores no observables como indicaciones médicas o factores de riesgo no considerados, estilos de práctica médica⁶, tecnologías de los hospi-

⁵ El 60% de las mujeres de nuestra base de datos no presentan ninguno de los factores de riesgo considerados, mientras que el 16% de las mismas tuvo una cesárea.

⁶ En Uruguay los hospitales públicos son en su mayoría universitarios, en particular los de Montevideo. Por ejemplo, el Centro Hospitalario Pereyra Rossell (CHPR), la mayor maternidad del país, es hospital de práctica, concentró el 40% de los nacimientos ocurridos en el 2003 en Montevideo, y es de esperar que en él primen valoraciones de índole científica.

Tabla 3: Predicciones de probabilidad de tener una cesárea, porcentajes Montevideo 2003

N=17633

Grupos	Probit bivariado	
	Hospital público	Hospital privado
Promedio	19.97	38.94
Sin factores de riesgo	10.98	25.28
Menos de 35 años y sin factores de riesgo	10.40	24.27
Más de 35 años y sin factores de riesgo	25.41	46.02
Nulíparas sin factores de riesgo	20.31	39.21
Múltiparas sin factores de riesgo	6.84	17.71

LA DIFUSIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: EL CASO DE LAS ESTATINAS EN EL REINO UNIDO¹

Victoria Serra-Sastre y Alistair McGuire

LSE Health

London School of Economics and Political Science

Muchos de los países desarrollados han presenciado un incremento del gasto sanitario durante los últimos treinta años, lo que ha despertado un gran interés en destapar los posibles factores detrás de este proceso. Entre ellos se han incluido el progresivo envejecimiento de la población, así como incrementos en el nivel de la renta o la expansión de la cobertura de los seguros médicos. El cambio tecnológico se ha identificado como el principal motor del incremento en el gasto sanitario (Newhouse, 1992), si bien es uno de los factores de los que menos evidencia se dispone.

En particular, el interés por la difusión de nuevos medicamentos se fundamenta en el peso que tiene en las partidas de gasto sanitario en todos los países europeos. En efecto, éste se sitúa entre un 7% y un 25% del gasto sanitario total dependiendo del país, aunque en muchos casos se ha producido un incremento destacable durante los últimos años. Asimismo, la industria farmacéutica constituye un sector dinámico en cuanto al número de nuevos medicamentos introducidos. Por ejemplo, los nuevos productos representaron un 17% de la cuota de mercado en el Reino Unido entre el año 1997 y el 2002 [IMS World Review, Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI)].

En este trabajo se estudian los principales determinantes de la difusión de las estatinas en el sector de atención primaria en el Reino Unido. Esta es una cuestión de interés puesto que, a diferencia de la literatura anterior, aquí se analiza la difusión desde un punto de vista microeconómico, es decir, desde la perspectiva del agente responsable de la decisión sobre el tratamiento farmacéutico: el médico. Las estatinas son un tipo de medicamentos que reducen los niveles de colesterol y que han demostrado ser efectivas en el tratamiento primario y secundario de las enfermedades cardiovasculares. En este sentido, son un caso paradigmático de un nuevo medicamento que introduce importantes ventajas terapéuticas con respecto al medicamento que existía anteriormente en el mercado.

En general, la introducción de nuevas tecnologías sanitarias se caracteriza por cierto grado de incertidumbre con respecto al funcionamiento y las características de la innovación. Esta incertidumbre se ha asociado únicamente al inicio de la difusión; no obstante, a medida que el tiempo pasa es probable que aparezcan ciertas mejoras o cambios en las indicaciones del medicamento lo que asegura un cierto grado de incertidumbre después del inicio de la difusión. Asimismo, los agentes interesados en la difusión disponen de diferentes fuentes que proporcionan información sobre los atributos del producto.

En este trabajo analizamos principalmente cuatro mecanismos a disposición de los agentes para obtener información: evidencia científica publicada en revistas especializadas, la propia experiencia del médico,

tales, presión de las pacientes, etc. Sin embargo, dado que se controla por el nivel socioeconómico de las pacientes, que en Montevideo existe una alta proporción de médicos que combinan el trabajo público y privado –debido a las bajas remuneraciones en el sector público–, y dado que es una cirugía de baja complejidad, consideramos que el sistema de remuneraciones tiene un gran peso en las diferentes probabilidades encontradas, apuntando hacia la existencia de demanda inducida. El actual sistema de remuneraciones como mecanismo de incentivo no aparece como el más adecuado, al igual que el multiempleo que el mismo genera.

Por otra parte, del lado de la paciente, se argumenta que la relación establecida con el médico en el ámbito privado es más personal, vínculo que puede llevar a mayor presión por parte de la paciente o familiares a realizar una cesárea. En este sentido, la educación e información que se le brinda a la paciente antes del parto, así como el apoyo durante el mismo surgen como claves.

el marketing por parte de la compañía productora y las externalidades de consumo. Este último factor representa la señal que el mercado facilita a los médicos sobre el grado de aceptación del medicamento. Además de estos factores también se incluyen variables que recogen algunas características del sector de atención primaria y que podrían incentivar o desacelerar el proceso de difusión. Entre otros, se analiza el efecto del llamado “fundholding scheme” o pago prospectivo vía presupuesto, por el que algunos centros de atención primaria aceptaron operar bajo un presupuesto establecido ex ante para la prescripción de medicamentos y otros servicios médicos. Ello nos permite analizar si políticas diseñadas para proveer incentivos económicos sobre el gasto aceleran el proceso de difusión.

Para analizar el proceso de difusión se utilizan datos de prescripción de una muestra de 130 médicos de atención primaria en el Reino Unido durante el período 1991-2004. Cada observación en los datos representa una visita en la que se han prescrito estatinas y la base de datos contiene información sobre el diagnóstico y las características de la consulta en la cual los médicos trabajan. Debido al carácter dinámico del análisis se utilizan métodos de panel de datos que introducen un lag de la variable dependiente como variable explicativa (Arellano and Bond, 1991; Blundell and Bond, 1998).

Los resultados de las estimaciones sugieren que los diferentes mecanismos de información son determinantes en el proceso de difusión de las estatinas. Como tal, la propia experiencia adquirida por los médicos a medida que se familiarizan con el nuevo medicamento conjuntamente con externalidades de consumo son las principales fuentes de información usadas por los agentes en el proceso de difusión. Además, resulta especialmente interesante observar cómo factores institucionales tales como el “fundholding scheme” diseñados para la contención de gasto farmacéutico tendrían una relación negativa en la difusión, aun cuando el nuevo medicamento representa ventajas terapéuticas de las cuales los pacientes se podrían beneficiar.

Referencias

Arellano, M. and Bond, S. (1991). Some Tests of Specification for Panel Data: Monte Carlo Evidence and an Application to Employment Equations. *The Review of Economic Studies* 58, 277-297.

Blundell, R. and Bond, S. (1998). Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel data models. *Journal of Econometrics* 87, 115-143.

Newhouse, J. P. (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *The Journal of Economic Perspectives* 6, 3-21.

¹ Resumen del trabajo presentado en las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, AES 2007, ganador del Premio a la Mejor Comunicación Póster.

LLUIS BOHIGAS ELEGIDO NUEVO PRESIDENTE DE SESPAS

Lluís Bohigas



El pasado 21 de junio de 2007 fui elegido Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). SESPAS se fundó hace 20 años y desde entonces tres economistas hemos presidido esta Sociedad, mis ilustres predecesores fueron Vicente Ortún y Juan Cabasés.

SESPAS tiene la finalidad de favorecer avances en el conocimiento y en la acción profesional, en los campos de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la docencia, la investigación y todos aquellos aspectos concernientes a la planificación, gestión y evaluación de sistemas, centros y servicios sanitarios.

SESPAS es una sociedad de sociedades que incluye tanto asociaciones “temáticas” (por campos de conocimiento), y asociaciones “territoriales” cuya actividad se desarrolla en las Comunidades Autónomas.

Forman parte de SESPAS las siguientes siete asociaciones científicas “temáticas” de ámbito estatal:

Sociedad Española de Epidemiología
Asociación de Economía de la Salud
Asociación de Juristas de la Salud
Sociedad Española de Sanidad Ambiental
Red Española de Atención Primaria
Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
Asociación de Enfermería Comunitaria

Y también forman parte de SESPAS las siguientes cuatro sociedades “territoriales”

Hipatia (Andalucía)
Sociedad Canaria de Salud Pública
Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears
Asociación Madrileña de Administración Sanitaria.

A través de los miembros de estas 11 Sociedades-SESPAS, y de los que lo son directamente de SESPAS, nuestra asociación integra una comunidad profesional de 3.600 personas, de un amplio elenco de disciplinas, instituciones y territorios. La página web www.sespas.es es un punto cada vez más importante de encuentro de esta amplia familia de personas y colectivos implicados y comprometidos con la salud de la población.

SESPAS contribuye activamente a la generación y difusión del conocimiento, y al intercambio científico y profesional a través de diversas iniciativas como la revista Gaceta Sanitaria, los Informes SESPAS bienales, los Congresos, las jornadas y grupos de trabajo, así como otras iniciativas más puntuales para debatir temas de interés social y sanitario.

Las actividades fundamentales que desarrolla SESPAS se orientan a:

- a) Generar conocimiento y opinión sobre problemas complejos en los cuales son esenciales las distintas perspectivas

disciplinarios (epidemiológico, económico, legal, gestor, clínico, etc.). Así, como ejemplo podríamos mencionar el grupo de trabajo SESPAS sobre Género y Salud Pública, que aborda un problema susceptible de contribuciones relevantes desde todas las disciplinas que componen nuestro elenco de competencias.

- b) La oportunidad de integrar las experiencias desarrolladas en distintas Comunidades Autónomas a partir de una vocación de independencia organizativa respecto a las instituciones y las entidades políticas, y también de un compromiso explícito con la salud de nuestros conciudadanos, con la cohesión del Sistema Nacional de Salud, y con la solidaridad y equidad inter-territorial.
- c) La necesidad de avanzar desde los estudios o análisis hacia el desarrollo de valoraciones y recomendaciones para la acción sobre problemas importantes y complejos que afectan a la salud o los servicios sanitarios de nuestra población. Un ejemplo característico de esta modalidad de acción ha sido la implicación en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, en el cual 24 asociaciones científicas y profesionales (entre las que está SESPAS y alguna de sus sociedades) intenta generar opinión e influir para el desarrollo de políticas preventivas y de protección de la salud.

Estas actividades de SESPAS se proyectan en distintas iniciativas y medios editoriales:

- a) La revista "Gaceta Sanitaria" de periodicidad bimensual. Esta revista es la más leída y la de mayor factor impacto en el ámbito de la Salud Pública y la Administración Sanitaria en lengua española, y constituye un motivo de satisfacción para SESPAS, así como una responsabilidad en su potenciación y mejora continua.
- b) Los números monográficos y de revisiones que en el mismo formato de Gaceta Sanitaria permiten profundizar o revisar una serie de temas relevantes para la salud pública y la administración sanitaria.
- c) Los Informes SESPAS, que cada dos años suponen una puesta al día y una revisión de la evolución del Sistema Nacional de Salud español, y de los principales parámetros de salud y servicios. El informe SESPAS 2006 sobre Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado Editores: Luis Palomo, Vicente Ortún, Fernando G. Benavides y Soledad Márquez-Calderón y el informe SESPAS 2004 "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social" Editores: Carme Borrell, María del Mar García-Calvente y José Vicente Martí-Boscà han tenido un notable eco en los medios generales y profesionales, y se han traducido en debates y actuaciones de las autoridades sanitarias (los informes están disponibles en la página web de SESPAS).
- d) El Congreso SESPAS, que ofrece un marco bienal para que los profesionales y científicos de este amplio campo de conocimiento puedan poner en común los avances y experiencias fundamentales. El XII Congreso se celebró en Barcelona, del 20 al 22 de junio del 2007 con el lema "Efectividad de las intervenciones sobre la salud de la población".
- e) Los Grupos de Trabajo, que se forman a partir de un ámbito relevante (Género, Políticas y Planes, ...) y concentran las

aportaciones de las personas más directamente implicadas e interesadas en el desarrollo del conocimiento o de acciones de mejora de los problemas planteados.

- f) Y otras iniciativas, como la participación en foros con otras sociedades científicas (Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo), en organismos asesores de la Administración (Comisión Nacional de Medicina Preventiva y Salud Pública), en grupos de trabajo promovidos por las Administraciones Sanitarias (Planes Integrales de Cardiopatía Isquémica, de Cáncer, etc.), y en foros científicos y profesionales nacionales e internacionales; en particular debe reseñarse la pertenencia a la Asociación Europea de Salud Pública (European Public Health Association), y a la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (World Federation of Public Health Associations).

AES contribuyó a la fundación de SESPAS en 1985 y es la segunda mayor sociedad en número de socios. Su aportación es muy importante para contribuir al desarrollo de SESPAS.

Composición del actual Consejo Directivo de SESPAS:

Presidente: *Lluís Bohigas*
Vicepresidente: *Andreu Segura*
Secretaria: *Hermelinda Vanaclocha*
Tesorera: *Anna García-Altes*

Vocales:

Carlos M. Artundo
Enrique Bernal
Carme Borrell
Carlos Elvira
Javier Marion
M. Ángeles Prieto
Nicolás Rodríguez

Por la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears:

Emilia Sánchez

Por la Sociedad Canaria de Salud Pública:

M^ª Dolores Fiuza Pérez

Por la Asociación de Juristas de la Salud:

José L Ruiz Ciruelo

Por la Asociación de Economía de la Salud:

Pere Ibern

Por la Red Española de Atención Primaria:

Luis García Olmos

Por Hipatia:

Enrique Cruz

Por la Sociedad Española de Epidemiología:

Teresa Brugal

Por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica:

Isabel Montero

Por la Sociedad Española de Sanidad Ambiental:

José Vicente Martí Boscà

Por la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria:

José Jover

Por la Asociación de Enfermería Comunitaria:

Francisca Anaya

VERDADES ABSOLUTAS SOBRE DEMOGRAFÍA MÉDICA

Berenguer Camps Fondevila
Gabinete de Estudios Colegiales
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Apenas algunos años atrás, nadie podía pensar que alguien se preocupara por la carencia de médicos en España. Eran épocas de plétora de profesionales, y estos debían buscar sus oportunidades en los pocos resquicios que dejaba un sistema donde el médico era, demasiadas veces, un “recurso humano a optimizar”, más que un profesional. Pero la realidad hoy es otra.

En el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) hemos percibido el cambio mediante dos hechos bien sencillos. Por un lado, en el servicio de ocupación -bolsa de trabajo-, donde antes había profesionales buscando trabajo, hoy proliferan las demandas. Por otro lado, y en paralelo, las colegiaciones de médicos extranjeros han aumentado notablemente.

Análisis de una realidad cambiante

Hay que contar con un nuevo fenómeno a añadir a la salarización, feminización o envejecimiento de la profesión: la “extranjerización”. En definitiva, todos son factores de una realidad que está cambiando el perfil del colegiado tradicional. No hay que olvidar que los colegios profesionales son garantes de la calidad del ejercicio de la medicina, y no pueden obviar la responsabilidad de actuar sobre el acceso al ejercicio profesional en un momento con retos tan importantes. Por ello, se ha llevado a cabo un estudio que permite al COMB constatar, de una manera clara, el perfil sociodemográfico y académico de sus colegiados, su evolución en los últimos años, y su proyección a futuro.

Cuatro datos concretos de este estudio¹ pueden ayudar a caracterizar la relevancia de los cambios que se observan en la profesión médica:

- Las mujeres representan el 44,9% del conjunto de colegiados. Entre los colegiados menores de 40 años son ya el 64,5%.
- En 10 años, el número de colegiados en el COMB nacidos en extranjero se ha más que duplicado, pasando de ser 1.294 médicos (el 6,6% de los

colegiados en 1997), a alcanzar la cifra de 2.943 médicos (el 10,9% de los colegiados en 2006).

- El 34,1% de todas las nuevas colegiaciones del año 2006, fueron de médicos nacidos en el extranjero, cuando en 1997 sólo representaron el 8,2%.
- El perfil de médico extranjero incorporado en este periodo es un hombre latinoamericano de 35 a 39 años formado íntegramente en el extranjero.

Ante la creciente diversificación del origen y la formación de los médicos, es necesario establecer medidas que desde un punto de vista cualitativo, y no solamente burocrático, permitan a los colegios profesionales gestionar adecuadamente el acceso a la profesión. En este sentido, el COMB y el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya -con el consenso de los proveedores- han organizado conjuntamente un curso de acceso al ejercicio de la profesión que permitirá a los colegiados extranjeros un mejor acercamiento a su nuevo ámbito profesional en aspectos como sistema de salud, urgencias, prescripción farmacéutica o comunicación médico-paciente.

Matizar verdades, aportar soluciones

La demografía médica está cambiando en términos de género, edad, especialidad, distribución en el territorio, y migración internacional de profesionales. Todo ello, junto a otros aspectos que han hecho crecer la demanda de manera muy importante, nos enfrenta a la tan cacareada “falta de médicos”, que ha llevado a los medios de comunicación y a la comunidad médica a una serie de “verdades absolutas” que vale la pena matizar.

“Verdad absoluta 1”: *Faltan médicos.*

¿Como es posible que falten, si el número de médicos en ejercicio/mil habitantes en España se sitúa por encima del promedio de los países de la OCDE? Porque esta afirmación es una verdad incompleta. No faltan cirujanos un martes por la mañana en el Hospital Clínico de Barcelona, o pediatras en el Hospital del Niño Jesús de Madrid un

¹ Bruguera, M., Soler, M., y Camps, B. *Estudio demográfico de los médicos del COMB. Importancia de los médicos extranjeros.* Gabinete de Estudios Colegiales, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. 2007

jueves por la mañana. Faltan médicos para hacer según qué, a según qué horas, en según qué lugares, y a según qué precio.

“Verdad absoluta 2”: *La situación actual es consecuencia de la mala planificación.*

De acuerdo: la misma mala planificación (o ausencia de planificación) que ha llevado a situaciones de falta de médicos en el Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Canadá... En definitiva, nadie parece tener la receta mágica para planificar las necesidades de profesionales. Lo que sí cabe afirmar con rotundidad es que resulta necesario un ejercicio de transparencia con los datos de que cada institución disponga, y también que deben mejorarse y hacer compatibles los registros profesionales, laborales y administrativos. Sin ello no hay planificación posible.

“Verdad absoluta 3”: *Los médicos españoles se van al extranjero.*

Durante el año 2006, el número de profesionales médicos que solicitaron la baja del COMB para partir al extranjero fue de 90, sobre un total de más de 27.000 colegiados. Las cifras son a veces tozudas, y de momento, por lo menos en Barcelona, desmienten la supuesta diáspora.

“Verdad absoluta 4”: *Con la contratación de médicos extranjeros, descapitalizamos los países de origen.*

Es cierto que resulta dramático, para muchos países en vías de desarrollo -particularmente para algunos países del África subsahariana-, comprobar cómo profesionales que tanto ha costado formar emigran a los países ricos. No es menos cierto que, muchas veces estos mismos países de origen no tienen los recursos suficientes para contratarlos. El debate actual en el ámbito internacional estriba en dilucidar qué derecho debiera primar: el derecho a la salud de la población de los países que ven cómo sus médicos parten al extranjero, o el derecho de estos últimos a emigrar en busca de mejores oportunidades profesionales y vitales. De cualquier manera, lo que resulta claro es que la contratación de médicos extranjeros no debiera ser una medida de largo plazo para cubrir las demandas de profesionales, sino una solución coyuntural a las necesidades más perentorias.

“Verdad absoluta 5”: *Los médicos extranjeros ofrecen un nivel de calidad peor al de los médicos españoles.*

El gran problema acerca de los titulados extranjeros es el desconocimiento que tenemos sobre su periodo formativo, y la gran variabilidad en la calidad de su formación. La

premura con que algunos de ellos, sin apenas adaptación a los usos del país, empiezan a ejercer tampoco ayuda a mejorar la situación.

En la matización de estas verdades absolutas puede estar la clave para un mejor diagnóstico de la situación actual, y para la aplicación de medidas adecuadas. Si algo nos ha enseñado la historia reciente de la demografía médica, es que una planificación sobre la base de medidas drásticas puede resultar tan nociva como la inacción. Así, ya que ahora lamentamos las consecuencias de la brusca reducción de plazas de medicina de finales de los años 70 del siglo pasado, no debiera caerse en la tentación de aplicar remedios radicales, que llevaran, en unos años, en virtud de una ley pendular, a un desequilibrio por exceso de profesionales.

A día de hoy, algo parece bien claro: de no flexibilizar nuestro sistema formativo, organización sanitaria, y competencias profesionales, en el futuro el aumento de necesidades de médicos difícilmente podrá cubrirse. Es por ello que administración, proveedores, profesionales y ciudadanos deben alcanzar acuerdos y emprender acciones para corregir el actual rumbo.

¿Cuáles debieran ser estas acciones? Muchas han sido sugeridas ya desde diversos foros. Me atrevo a señalar, a modo de juego comparativo, y salvando todas las distancias, algunas de las soluciones puestas en marcha por la hostelería, que ante la falta de profesionales se está decidiendo por:

- Introducir mayor troncalidad en los periodos de formación.
- Reducir los horarios de atención en terrazas y comedores.
- Limitar los productos que se sirven en las terrazas.
- Mejorar los contratos y retribuciones de sus profesionales.

Por último, cabe señalar que los problemas actuales, en caso de persistir la inacción, pueden resultar anecdóticos cuando, a partir de 2015, empiece la jubilación de las cohortes de médicos más numerosas de la historia del país. Sirva como muestra el caso del COMB: si en 2006 llegaron a la edad de jubilación 199 médicos, en 2015 serán 566, y en 2023 –el año crítico de acuerdo con nuestros datos actuales– serán 1.307.

En definitiva, parece haber llegado el tiempo de actuar. Nos va en ello una mejora de la salud del sistema y de sus usuarios.

NOMBRAMIENTOS

Enhorabuena a:

Ignacio Abásolo,

Director General del Servicio Canario de Salud

Josep Pomar,

Director General del Servicio de Salud de Las Islas Baleares

Rosa Urbanos,

Directora General de Cooperación Autonómica (Ministerio de Administraciones Públicas)

Lluís Bohígas,

Presidente de SESPAS

Anna García-Altés,

Tesorera de SESPAS

Enrique Bernal,

Vocal de SESPAS

RELACIÓN DE PREMIOS CONCEDIDOS EN LAS XXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD, A CORUÑA, 2007

Beca de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por QF Bayer, XVI Edición:

"Competencia dinámica de los genéricos en el mercado farmacéutico español", Iván Moreno Torres.

Premio a la mejor comunicación oral:

"Las cesáreas en el Uruguay: un enfoque económico", Máximo Rossi y Patricia Triunfo.

Premio a la mejor comunicación gráfica:

"Difusión de tecnologías médicas: el caso de las estatinas en el Reino Unido y sus implicaciones", Victoria Serra-Sastre y Alistair McGuire.

Premio al mejor artículo en Economía de la Salud (2ª edición, 2006):

El jurado, compuesto por Pere Ibern, Enrique Bernal, Vicente Ortún, Guillem López y Juan Cabasés, decidió por unanimidad otorgar el premio a: Laura Sampietro-Colom, Mireia Espallargues, Mercè Comas, Eva Rodríguez, Xavier Castells y José Luis Pinto, autores del artículo titulado "Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos", publicado en Gaceta Sanitaria 2006; 20 (5): 342-51.

ACTO DE ENTREGA DEL PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO EN ECONOMÍA DE LA SALUD (ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD E INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES)

El 2 de Octubre, entre las 12 h. y las 14 h. tendrá lugar en Madrid, en el Instituto de Estudios Fiscales (Avda. Cardenal Herrera Oria, 378) la entrega del Premio al Mejor Artículo en Economía de la Salud (segunda edición, 2006), otorgado a Laura Sampietro-Colom, Mireia Espallargues, Mercè Comas, Eva Rodríguez, Xavier Castells y José Luis Pinto, titulado "Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos", publicado en Gaceta Sanitaria 2006; 20 (5): 342-51. El acto será presentado por Luis Ayala (Subdirector General de Estudios Presupuestarios y Gasto Público del IEF) y Pere Ibern (Presidente de AES) y consistirá en la exposición del artículo ganador seguida del comentario realizado por expertos en la materia (Begoña Álvarez y José Barea) y de un debate.

BOLSAS DE VIAJE CONCEDIDAS PARA LA ASISTENCIA A LAS XXVII JORNADAS AES

Nombre	Título de la comunicación
Buglioni, Marisa	AEP pediátrico: aplicaciones en Uruguay Políticas sustitutivas de copagos
Ferreira, Aurígena	Análisis de costo/consumo de los anti-sicóticos típicos y atípicos: implicaciones para la salud pública en la provincia de Rio Grande do Norte
García Prado, Ariadna	Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector
Hernández Quevedo, Cristina	The dynamics of health limitations across Europe: a longitudinal analysis using the European Community Household Panel
Jiménez Rubio, Dolores	Etnicidad y equidad en el uso de los servicios sanitarios en el sistema nacional de salud español
Pastrana, Rosa	Impacto del programa salud de la familia en los indicadores de la atención básica en el estado de Río de Janeiro-Brasil: una evaluación empírica Gastos en salud y desigualdad: los retos de la política de salud en Brasil
Ríos, Jorge	Efectos económicos atribuibles a la falta de adherencia al tratamiento VIH/SIDA Tercerización de servicios de alimentación hospitalarios
Teixeira, Martha	El proceso de regionalización de la asistencia a la salud: la experiencia de Bahía-Brasil
Vitali, Daniel	Modelo nutricional de gestión de calidad Comportamiento alimentario saludable: ¿es adecuada la ingesta de grasas trans en preadolescentes argentinos? Educación permanente vs. Educación formal: su impacto en las prácticas de manufactura de un área de elaboración y manejo de alimentos

BOLSAS DE VIAJE CONCEDIDAS PARA LA ASISTENCIA A IHEA

Nombre	Título de la comunicación
Espin Balbino, Jaume	What is evidence on the impact of pharmaceutical policies?
Negrin Hernández, Miguel Ángel	The learning curve for coronary surgery: an stochastic frontier model approach
Vera Hernández, Marcos	Decomposing the determinants of the non-use of health care

XVI EDICIÓN DE LA BECA AES DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD, PATROCINADA POR BAYER

Durante el transcurso de las XXVII Jornadas AES, Bayer entregó la Beca de Investigación en Economía de la Salud, dotada con 12.000 euros, por décimosexto año consecutivo. En esta edición se presentaron los siguientes proyectos:

Fernando San Miguel, Joaquín Atozqui, Vidal Díaz de Rada y Cristina Berechet

"El impacto de la liberalización del sector de la farmacia sobre la eficiencia y la equidad"

Iván Moreno Torres

“Competencia dinámica de los genéricos en el mercado farmacéutico español”

Juncal Sevilla Vicente, Ignacio Basurte Villamor y Enrique Baca García

“Curso e itinerarios de los pacientes con trastornos depresivos en los dispositivos públicos de salud mental de la Comunidad de Madrid. Impacto del género y edades extremas”

El Tribunal, formado por los Doctores José Manuel Cabasés (Presidente), de la Facultad de Económicas de la Universidad Pública de Navarra; Diego Prior, de la Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Barcelona; José Manuel Freire, del Instituto de Salud Carlos III y Carmen Piñol (que actuó como secretaria sin voto), de QF Bayer, SA, concedió el premio a Iván Moreno Torres.

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES, A CORUÑA, 7 DE JUNIO DE 2007

Texto completo disponible para los socios en <http://www.aes.es>

1. *Informe de la Junta Directiva.* Se informa detalladamente sobre el contenido de la Memoria de Actividades 2006-2007. Entre las actividades incluidas en la Memoria se señala la renovación de convenios con la FBBVA y el IEF (Instituto de Estudios Fiscales), cuyo acto de presentación del Premio al mejor artículo en Economía de la Salud está previsto para el día 2 de Octubre de 2007. Asimismo, se recuerda que el próximo 21 de Junio, en el marco del XII Congreso de SESPAS (Barcelona, 20-22 de Junio) AES contará con una Mesa moderada por Enrique Bernal Delgado y titulada “Reduciendo la brecha entre la investigación y las decisiones de política sanitaria”.

Durante el mes de Marzo de 2007 se puso en marcha la renovación de la web de AES orientada, entre otros objetivos, a la integración efectiva de la web de las sucesivas Jornadas en la web general de AES.

Desde el mes de octubre de 2006, AES difunde una nota mensual con noticias relacionadas con la Asociación, que distribuye a través de correo electrónico a todos los socios que han facilitado su dirección electrónica.

Para mejorar la información sobre las actividades de AES en los medios, se ha contratado un gabinete de prensa para el seguimiento de las Jornadas en A Coruña. En función de los resultados de esta iniciativa, se plantea la posibilidad de extenderla a otras actividades de la Asociación.

En materia de publicaciones, los socios de AES reciben por correo postal Gaceta Sanitaria, revista publicada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), también accesible a través de la página web de SESPAS (www.sespa.es). Pere Ibern adelanta que desde 2007 Gaceta Sanitaria comenzará a figurar en el cómputo de factor de impacto elaborado por ISI (Institute for Scientific Information, de Thomson Corporation), utilizado internacionalmente en la evaluación de la calidad científica de las publicaciones.

En cuanto al Boletín informativo de AES, Economía y Salud, Laura Cabiedes anuncia la incorporación de Salvador Peiró al consejo de redacción, en sustitución de Fernando San Miguel.

2. *Cuentas Anuales de 2006 y Presupuesto de 2007:* se aprueban por unanimidad.

3. *Plan de actividades 2007-2008.* Pere Ibern, Presidente de AES, destaca los cuatro ejes hacia los que los asociados deben orientar su esfuerzo y los miembros de la Junta, como tales, su apoyo: difusión del conocimiento, reconocimiento de la excelencia, servicios a los socios y presencia en la sociedad. En el primer ámbito, planteada la posibilidad de que los socios pudieran proponer una candidatura con vistas a las Jornadas de AES de 2008, se aprueba la presentada por Fernando Rodríguez, de la Universidad de Salamanca.

4. *Modificación de Estatutos y solicitud de declaración de utilidad pública.* Se somete a la Asamblea la modificación parcial de Estatutos de AES, que es aprobada por unanimidad. En particular, se modifican el artículo 2, refiriendo la actual sede de AES (“... y tiene su sede en la calle Calvet, número 30 de Barcelona...”); el artículo 9, referido a la renovación de la

Junta Directiva, que queda redactado más claramente, en los siguientes términos: “La duración en el cargo será por un período de 3 años, siendo reelegible por un período consecutivo” y se elimina el punto que recogía el artículo 18 relativo al límite presupuestario. Por último, el Presidente señala que, una vez considerado prioritario modificar estos tres puntos, no se ha de olvidar que los Estatutos de AES precisan una redacción más moderna, previendo una revisión más amplia en el futuro.

Una vez expuestas las ventajas y obligaciones que conlleva la declaración de utilidad pública de una asociación como la AES y considerando que las finalidades de la AES son acordes con la naturaleza de una asociación declarada de utilidad pública y cumple con los requisitos establecidos, la Asamblea aprueba por unanimidad la petición de utilidad pública.

5. *Renovación parcial de la Junta Directiva.* Se cumplen los tres años de permanencia en la Junta de Rosa Urbanos Garrido (no renovable), Josep Fusté Sugrañes y Enrique Bernal Delgado (ambos con posibilidad de reelección). Pere Ibern expresa el agradecimiento a Rosa Urbanos por todo el trabajo realizado en estos últimos seis años y la Asamblea le dedica un afectuoso aplauso. Se procede a la presentación de candidatos para cubrir las tres plazas vacantes. Josep Fusté Sugrañes y Enrique Bernal Delgado expresan su deseo de optar a la reelección. Por su parte, Juan Oliva Moreno (Universidad de Castilla La Mancha) presenta su candidatura. Se estima que no se precisa proceder a la votación y la Asamblea acuerda que los tres candidatos pasen a formar parte de la Junta Directiva de AES.

PRÓXIMAS REUNIONES:

EUPHA: European Public Health Association; “The Future of Public Health in the Unified Europe”, 11-13 de Octubre de 2007, Helsinki.

APES: 10ª Conferência Nacional de Economia da Saúde, 22 a 24 de Noviembre de 2007, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

NOTA NECROLÓGICA

David Oterino, fallecido a primeros de mayo en su casa de Santa María del Mar, era muchas cosas. Asturiano, de Mieres, pediatra de atención primaria en Teatinos y profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Oviedo; dedicaba buena parte de su tiempo a la investigación en servicios de salud. Participó en la creación de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, desde la que desarrolló diversos estudios y en el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud donde, manifestada ya la enfermedad, dirigió los trabajos para la publicación del Atlas de variaciones en hospitalización pediátrica. Más allá de los temas de utilización pediátrica, David Oterino desarrolló estudios sobre hospitalización inadecuada, hospitalización a domicilio –objeto de su tesis doctoral, leída en la Universidad Miguel Hernández–, urgencias hospitalarias y de atención primaria, y utilización de servicios por las personas mayores [Tomado de Gestión Clínica y Sanitaria 2007; 9(2), con el permiso de los editores]. En la Asamblea General de AES, celebrada en A Coruña el 7 de junio de 2007, se hizo constar el recuerdo y reconocimiento a David Oterino, socio de AES desde el año 1995 y ganador (junto con Víctor Fernández, José Baños y Ana Rodríguez) de la Beca de Investigación en Economía de la Salud patrocinada por Bayer, en su edición de 2001.

JUNTA DIRECTIVA AES 2007/2008

Presidente: Pere Ibern Regàs
Vicepresidente 1º: Enrique Bernal Delgado
Vicepresidenta 2º: Laura Cabiedes Miragaya
Secretario: Juan Oliva Moreno
Tesorero: Josep Fusté Sugrañes
Vocales: Ignacio Abásolo Alessón
David Casado Marín
Manuel García Goñi
Berta Rivera Castiñeira

Los trabajos aparecidos en este boletín están escritos por especialistas. Las opiniones expuestas por sus autores no son necesariamente las de AES.

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD
Suport Servicos • Calvet 30-entr.2ª • 08021 Barcelona • Teléfono 93 201 75 71
• Fax 93 201 97 89 • e-mail: aes@suportserveis.com y secretaria@aes.es
HORARIO: Lunes a Viernes: de 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.