

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 22 MAYO 2009 n°

65

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
OPINIÓN	1-3
JORNADAS AES	4-7
XXIX Jornadas AES Málaga, 16-19 de junio de 2009	
TEMAS	8-10
Mortalidad infantil, riqueza y estatura adulta de las poblaciones	
LIBROS	11
TESIS	12
Essays on health capital and the efficiency of health care Análisis de la eficiencia en los hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)	
CON ACUSE DE RECIBO.....	13-16
El XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): "Tiempos para la salud pública"	
NOTICIAS	16

opinión

¿CUAL ES EL IMPACTO SOCIAL DE QUE YO FUME?: UN CASO APLICADO A EFECTOS EXTERNOS

Marta Trapero-Bertran

Health Economics Research Group (HERG). Brunel University



Las externalidades o efectos externos expresan las consecuencias de una acción/actividad realizada por un agente económico que recaen sobre terceros de manera no intencionada alterando sus utilidades y/o sus funciones de producción, sin que sean compensados por ello¹.

Grandes economistas como Arrow, Stiglitz, o Culyer, entre otros, han definido dos tipos de efectos externos. Por un lado los negativos, aquellos que generan costes sociales, y por otro los positivos, aquellos que generan beneficios sociales, siendo ambos tipos susceptibles de aparecer tanto en actividades relacionadas con la producción como con actividades de consumo.

También se han establecido dos categorías principales de efectos externos: los tecnológicos y los pecuniarios. Los primeros se definen como aquellos que tienen un efecto en los recursos. Un ejemplo típico sería la contaminación generada por una fábrica a resultas de su proceso productivo. Los segundos se definen como aquellos que operan a través de los precios. Por ejemplo, un aumento de la demanda de viviendas en un área rural podría incrementar los precios de éstas generando así dificultades a otros agentes para adquirir una propiedad en esa zona. Entre estas dos categorías, los que han recibido mayor atención a lo largo del tiempo han sido los tecnológicos. Si aplicamos la definición de efectos externos tecnológicos al campo de la salud, podrían definirse como aquellas acciones que afectan a la salud de terceros. Un ejemplo de efecto externo tecnológico negativo sería el tabaquismo pasivo, entendido como la inhalación involuntaria del humo del tabaco existente en espacios cerrados, el cual procede de la contaminación del ambiente producida por el humo de tabaco consumido por las personas fumadoras, que conlleva una serie de enfermedades asociadas.

A lo largo de la última década, en la que tanto se ha avanzado en los métodos de evaluación económica, hemos hecho uso de los costes y beneficios privados de las diferentes intervenciones o programas, sin contemplar, en la mayoría de ocasiones, estos efectos externos. Es lógico que, frente a este escenario, nos planteemos si la metodología que empleamos es la más adecuada para medir y valorar el impacto en las políticas públicas de un programa y si estamos valorando correctamente el coste y beneficio social de una intervención.

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.

Editor del boletín:

Ángel López Nicolás (angel.lopeznicolas@gmail.com)

Editora de redacción:

Ana Tur Prats

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:

Marta Trapero Bertrán, Carlos Bozzoli, Angus Deaton, Climent Quintana Domeque, Laura Cabiedes, Anna García-Altés, Pablo Cabello Granado, Soledad Márquez Calderón y Enrique Bernal Delgado.

Legado de los efectos externos en otras disciplinas

La medición y valoración económica de los efectos externos ha sido un campo estudiado históricamente por disciplinas como la agricultura, el medio ambiente, la innovación, la tecnología, las telecomunicaciones, los transportes y la educación.

La Comisión Europea ha publicado varios trabajos evaluando el impacto social de diferentes políticas públicas relacionadas con la energía, transportes y medio ambiente, en donde se identificaban, medían y valoraban los efectos externos generados²⁻³. Estos trabajos han servido de punto de partida y guía para desarrollar numerosos estudios de impacto de diferentes programas o intervenciones, aunque su influencia en el campo de la salud ha sido muy limitada.

De estas disciplinas podemos importar los tipos y categorías de efectos externos que han sido utilizados de manera homogénea. Por otro lado, aunque las metodologías de cuantificación utilizadas no siguen un criterio explícito, sí coinciden en la importancia y necesidad de su valoración, y exponen ejemplos de posibles métodos a utilizar. Algunos de estos métodos serían la valoración contingente a través de estudios de capacidad de pago (o también llamados "*willingness to pay*"), precios hedónicos, modelos de elección discreta, método del capital humano, costes de tratamiento, costes de reemplazo, método del coste del viaje, o métodos de coste de limpieza. Si bien es cierto que no existe una pauta detallada sobre cuándo se debe utilizar un método concreto en vez de sus alternativas, lo importante es que existen métodos con los que podemos empezar a cuantificar los efectos externos. En disciplinas como el medio ambiente, la evaluación de los efectos externos se ha llevado a cabo a través de modelos dinámicos o de red, los cuales permiten la modelización de la transmisión de partículas contaminantes a través del aire, siendo una herramienta útil a tener en cuenta en otras disciplinas para modelizar procesos de transmisión. Los efectos externos más ampliamente estudiados han sido los tecnológicos negativos. Ello nos permite atisbar un sinfín de posibilidades en el campo de la investigación de los efectos externos más comunes y que más atención requerirían en el área de la salud.

¿Qué conocemos de los efectos externos en salud?

Kenneth Arrow en un artículo seminal publicado en 1963 en la revista *American Economic Review* ("*Uncertainty and the welfare economics of medical care*") ya identificó los efectos externos como fallo de mercado característico del mercado de salud. El ejemplo citado en su artículo, en un contexto de enfermedades transmisibles, era el caso de un individuo que rechazaba vacunas o diagnóstico. Al obrar de este modo, este individuo no sólo ponía en riesgo su salud sino la de terceras personas. Con este sencillo ejemplo podemos ver que el coste o beneficio privado de un programa de vacunación no coincide con el coste o beneficio social, lo que nos lleva a una asignación y distribución de los recursos sub-óptima. Trabajos más reciente⁴ ha seguido estudiando y destacando la importancia de los efectos externos en salud en conjunción con la evaluación económica, aunque al final vemos pocas aplicaciones pragmáticas de la teoría a la hora de tomar decisiones. En ocasiones, los economistas de la salud no acabamos incluyendo estos efectos en los análisis debido a que no existen criterios o metodologías explícitas de cómo incluirlos. Recientemente se han publicado trabajos donde uno de los objetivos establecidos era cuantificar los efectos externos⁵⁻⁶. En éstos trabajos se han utilizado diferentes métodos

cuantitativos para valorar diferentes efectos externos positivos originados por un programa de vacunación. En una publicación del año 2003, Brisson y Edmunds cuantificaron el efecto rebaño de un programa de vacunación con un modelo dinámico, y en cambio, en el año 2004, los mismos autores utilizaron la valoración contingente para cuantificar el efecto humanitario de una vacuna.

Tenemos diferentes ejemplos de efectos externos tecnológicos en salud y de su relevancia. Por ejemplo, el conocido "efecto rebaño" (o "*herd-immunity effect*"), se trata de un efecto externo positivo, derivado de los programas de vacunación. En el trabajo de Trotter y Edmunds (2006)⁷, los autores plantearon un estudio de evaluación económica de la vacuna conjugada para la enfermedad meningocócica por serogrupo C incluyendo y no incluyendo el "efecto rebaño". La metodología empleada fue un modelo dinámico, el cual permitió que la probabilidad de transición a un estado infeccioso dependiera del número de individuos infectados en una población, de la probabilidad de contacto entre individuos y de la efectividad de transmisión de la infección en el contacto. La conclusión de este trabajo demuestra que cuando no se contemplan los efectos externos se hace una infravaloración del impacto de la vacuna, y por tanto, la toma de decisiones puede resultar errónea.

Asimismo, existe una amplia bibliografía sobre los efectos externos positivos humanitarios (también llamados "*caríng externalities*"), que emergen cuando la utilidad o satisfacción de un individuo es una función creciente de la atención sanitaria recibida por otros individuos en la sociedad⁸. A pesar de que muchos de estos trabajos encuentran evidencia de que existen diferencias entre los beneficios sociales que reporta a la población y el beneficio o valor que éstos estarían dispuestos a pagar para que terceras personas se beneficiaran, no se ha estudiado demasiado la magnitud de estos efectos externos y su influencia en la toma de decisiones.

Otros ejemplos menos estudiados son el efecto externo negativo producido por el desarrollo de infecciones nosocomiales debido a intervenciones hospitalarias; el efecto externo positivo de disminución de agresiones o crímenes gracias a campañas de prevención de alcohol; el efecto externo negativo del tabaquismo pasivo producido por el hábito tabáquico, el cual se verá mas adelante en detalle; e incluso efectos externos negativos alimentarios en la familia debido a desequilibrios en los hábitos alimenticios de una persona adulta en el hogar. Como vemos, la disciplina sanitaria contiene multitud de ejemplos de efectos externos, aunque no sabemos exactamente su grado de relevancia, su magnitud y su influencia aplicada en la toma de decisiones. Y, aunque existe evidencia que los modelos dinámicos son una alternativa a considerar para poder incorporar sus efectos, su utilización no es condición sine qua non para poder valorar dichas externalidades.

Tabaquismo: un caso aplicado de efectos externos

El tabaco inflige mortalidad y morbilidad y continúa generando un coste sanitario de miles de millones de euros a las Administraciones Públicas europeas. Aunque en los últimos años los gobiernos europeos han trabajado firmemente en campañas y medidas antitabáquicas, las estrategias públicas que se deben seguir continúan formando parte de todos los foros de discusión. La evaluación económica es, y ha sido, una herramienta clave para facilitar la correcta toma de decisiones en

programas de deshabituación tabáquica, a pesar de que podrían surgir dudas sobre si el número de muertes y comorbilidades asociadas al tabaco utilizados en las evaluaciones económicas actuales se podrían considerar realistas o no. Hasta ahora, simplemente se han contemplado los costes privados originados por el tabaco, es decir, los costes originados por la persona que fuma. Pero, ¿qué sucede con los costes externos?, ¿Es que no son importantes los costes que un fumador ocasiona a la sociedad? Hay evidencia en la literatura de que, en el contexto de la adicción tabáquica, se generan tres efectos externos importantes: el tabaquismo pasivo, fumar durante el embarazo y la transmisión de comportamiento entre los fumadores (un excelente trabajo reciente es el de Harris y González López-Valcárcel⁹). Volviendo a nuestra clasificación de externalidades, se trataría de efectos externos negativos, que surgen por el lado del consumo y su naturaleza es tecnológica, ya que afectan al bienestar o salud de los individuos ajenos de modo directo a la acción de fumar. La realidad es que aunque somos conscientes de que existe este coste social en ocasiones lo ignoramos, sin tener evidencia de la magnitud que este coste representa.

Las enfermedades más importantes asociadas al tabaco son el cáncer de pulmón, las enfermedades coronarias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y el accidente cerebrovascular. Existe evidencia de que las tres primeras están asociadas al tabaquismo pasivo, con lo que estamos infravalorando los datos de morbilidad y mortalidad del tabaco. Sloan (2004)¹⁰ en uno de sus últimos trabajos, "*The price of smoking*", cuantifica el efecto externo del tabaquismo pasivo, aunque no incorpora esta valoración en una evaluación económica para medir el impacto. Los cálculos los hace en base a la reducción de esperanza de vida que sufre un individuo casado con un fumador. Este trabajo es un ejemplo de estimación del coste social con un método de cálculo no complicado, y nos serviría para estimar tanto el efecto externo del tabaquismo pasivo, como el coste que se origina en la salud de los bebés cuando las mujeres fuman durante el embarazo. Al mismo tiempo esta estimación sería relativamente sencilla de incorporar en un modelo de Markov. Sin embargo, en el efecto externo de la transmisión del comportamiento de los fumadores, se necesitan cálculos matemáticos más desarrollados que en un modelo estático, para asesorar el dinamismo del fumar y su impacto en la salud pública. Los modelos dinámicos, en esta ocasión, nos ayudarían a contemplar este coste social originado por el comportamiento humano. A través de ecuaciones diferenciales, estos modelos mantienen estrechas similitudes con los modelos de redes usados en disciplinas como el medio ambiente, para medir, por ejemplo, el impacto en salud de la contaminación del aire. Aunque se ha publicado algún trabajo de modelos matemáticos dinámicos sobre tabaquismo¹¹, éstos no se han incorporado en las evaluaciones económicas debido a su complejidad, y por lo tanto no conocemos con certeza el impacto negativo de los efectos externos en el tabaco.

Necesidad de considerar los efectos externos en las políticas públicas

La evaluación económica es una herramienta útil para medir el impacto de las políticas públicas ya que provee información sobre los costes y beneficios desde la óptica social.

La importancia de los efectos externos de ciertos comportamientos, tanto positivos como negativos, han sido reconocidos en el campo de

la salud, aunque han sido excluidos de la evaluación económica debido a su difícil valoración y metodología y, por tanto, desconocemos si su consideración (o la falta de ésta) ha ejercido más o menos influencia en el proceso de toma de decisiones.

En cambio, parece claro que podríamos dejar de promover políticas socialmente beneficiosas de deshabituación tabáquica si no incorporamos los efectos externos en nuestras evaluaciones económicas, debido a que nos alejaríamos del conocimiento del verdadero impacto social de dichas medidas, no sólo ya en los fumadores sino en toda la población, si sólo consideramos el beneficio y el coste privado de los programas. Es importante valorar los efectos externos desde una perspectiva social si deseamos evitar evaluaciones económicas de las intervenciones de salud pública incompletas que lleven a tomar decisiones poco apropiadas. A pesar de que existen algunas lagunas de conocimiento metodológico, en España tenemos que hacer un esfuerzo para empezar a valorar los efectos externos e incluirlos dentro de la información relevante a aportar en el proceso de la toma de decisiones. De este modo, una mejor aproximación a la valoración del impacto social de las políticas públicas podrán servir de guía a nuestros decisores sanitarios.

Referencias

1. Arrow KJ. The organization of economic activity: issues pertinent to the choice of market versus nonmarket allocation, in *The Analysis, Evaluation of Public Expenditure: The PPB System* Washington, DC: US Government Printing Office; 1969.
2. European Commission DG Environment. A study on the economic valuation of environmental externalities from landfill disposal and incineration of waste. Final Main Report; 2000.
3. European Commission. Externalities of Fuel Cycles, ExternE Project. Reports Number 1-6. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 1995.
4. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance, GW, O'Brien BJ, Stoddart, GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press. 3rd Edition; 2005.
5. Brisson M, Edmunds J. Valuing the benefit of varicella vaccination. Comparison of willingness to pay and quality-adjusted life-years. London: City University, Department of Economics. Discussion Paper Series 04/02; 2004.
6. Brisson M, Edmunds WJ. Economic evaluation of vaccination programs: the impact of herd-immunity. *Med Decis Making*. 2003; 23(1): 76-82.
7. Trotter CL, Edmunds WJ. Reassessing the cost-effectiveness of Meningococcal Serogroup C Conjugate (MCC) Vaccines Using a Transmission Dynamic Model. *Med Decis Making*. 2006; 26(1): 38-47.
8. Jacobsson F, Cartensen J, Borgquist L. Caring externalities in health economic evaluation: how are they related to severity of illness? *Health Pol* 2005; 73(2): 172-82.
9. Harris JE, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Asymmetric peer effects in the analysis of cigarette smoking among young people in the United States, 1992-1999. *J Health Econ* 2008; 27(2): 249-264.
10. Sloan FA, Ostermann J, Picone G, Conover C, Taylor DH. *The Price of Smoking*. Massachusetts Institute of Technology Press; 2004.
11. Sharomi O, Gumel AB. Curtailing smoking dynamics: A mathematical modelling approach. *Appl Math Comput* 2008;195(2):475-499.

PRESENTACIÓN

Durante los días 16, 17, 18 y 19 de junio se celebrarán en Málaga las XXIX Jornadas de Economía de la Salud. Además de presentarse trabajos sobre el lema principal, "La salud y el valor social de las innovaciones", las Jornadas ofrecen de nuevo la oportunidad de exponer y conocer las investigaciones recientes sobre Economía de la Salud, Política y Gestión Sanitaria.

MÁLAGA, marinera y señorial, suave y transparente como la caricia de ese mar que se lo ha dado todo, tiene alma de jardín. Málaga "La Bella" (Ibn Al Said, poeta andalusí) se extiende sobre una bahía rodeada de sistemas montañosos (Montes de Málaga). Dos ríos, el Guadalmedina y el Guadalhorce atraviesan la ciudad desembocando en el mar. Fundada por los fenicios, Málaga fue una ciudad confederada del Imperio Romano y una próspera medina andalusí, que decayó tras su incorporación a la Corona de Castilla en 1487. Durante el siglo XIX la ciudad experimentó una destacable actividad industrial y revolucionaria. Constituye en la actualidad un notable centro económico a nivel autonómico y un importante nudo de comunicaciones gracias a su puerto y aeropuerto, candidata a «Capital Europea de la Cultura» en 2016.

La Sede de las Jornadas será el actual Centro Cívico de Málaga, antiguo "Hogar Nuestra Señora de la Victoria", que ya prestaba servicios comunitarios. Actualmente, el Centro Cívico de la Diputación Provincial promueve el que los ciudadanos participen en el desarrollo social, cultural y económico de Málaga.

Durante los años 1908 y 1909, los acontecimientos bélicos con Marruecos lo convierten en hospital y centro de recuperación de enfermos y heridos. Este edificio, consta de tres patios cuadrados y dos pisos de altura. El edificio ha sufrido algunas transformaciones desde su origen (1907 y 1981), en las que se realizan ciertas obras para su consolidación y conservación. Actualmente, el edificio se articula por medio de pabellones y patios que entroncan con la crujía principal. El eje central presenta numerosos entrantes y salientes que forman patios abiertos y cerrados junto a los grandes ventanales.

Las diferentes crujías se organizan alrededor de un pasillo central con dormitorios y salones a los lados. La decoración se inicia en el jardín con la fuente en mármol de mediados del siglo XIX procedente del Hospital Civil y continúa, no siendo muy profusa, en los zócalos de azulejos de los pasillos, en las arquerías de ladrillos de algunos patios, en el coro de madera labrada de la extinguida capilla y en la fachada, donde aparecen unos remates a modo de almenas.

Como Ciudad abierta, aljibe y crisol de culturas y gentes, os invitamos a todos a asistir y participar en Málaga en unas Jornadas de Economía de la Salud que esperamos resulten interesantes.

PROGRAMA CIENTÍFICO

Martes, 16 de junio

09.45h - 18.30h **IX TALLER FUNDACIÓN BBVA**

Análisis de la equidad en salud

Ponentes:

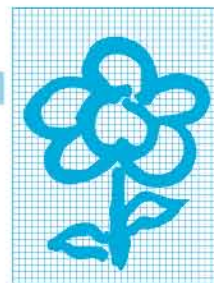
Prof. Eddy van Doorslaer, *Universidad Erasmus de Rotterdam*

Dr. Owen O'Donnell, *Universidad de Macedonia*

Coordinadores:

Dra. Pilar García Gómez, *Universidad Erasmus de Rotterdam*

Dr. Ángel López Nicolás, *Universidad Politécnica de Cartagena*



Miércoles, 17 de junio

08.30h-09.30h **Acreditación y entrega de documentación**

09.30h-10.15h **ACTO INAUGURAL**

10.15h-11.30h **CONFERENCIA**

Importancia de los métodos en el modelo de evaluación económica del NICE

Alan Brennan, *Director of Health Economics and Decision Science, SchARR, The University of Sheffield*

12.00h-14.00h **SESIONES SIMULTÁNEAS**

MESA DE PONENCIAS I

Los avances "ómicos" (biotecnológicos), ¿gozan de buena salud?

Resultados y expectativas

Coordinador y moderador: Ricard Meneu, *Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia*

La innovación en sanidad: financiación, propiedad y asignación de valor

Pere Ibern, *CRES, Universidad Pompeu Fabra*

Innovaciones "ómicas" para la salud pública, el medio ambiente y otras formas de riqueza

Miquel Porta, *IMIM y Universidad Autónoma de Barcelona*

Algunas previsiones respecto a su repercusión sobre los servicios sanitarios

Ricard Meneu, *Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia*

MESA DE PONENCIAS II

La crisis económica y su impacto en el gasto social

Coordinador: Guillem López Casasnovas, *Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

El gasto social en perspectiva: envejecimiento demográfico y crisis económica

J. Ignacio Conde Ruiz, *Departamento Política Económica. Oficina Económica del Presidente del Gobierno*

La racionalización del gasto sanitario público

Ángela Blanco, *Instituto de Estudios Fiscales*

La dinámica del gasto social: ¿en qué partidas podemos ahorrar?

Pablo Vázquez, FEDEA

¿Qué puede aportar la nueva financiación autonómica a la racionalización del gasto público?

José Sánchez Maldonado, Catedrático de Hacienda Pública, Universidad de Málaga

La crisis económica y su impacto en el gasto social

Guillem López Casasnovas, Catedrático de Economía Pública, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

MESA DE COMUNICACIONES I

Evaluación económica y evaluación de tecnologías (I)

MESA DE COMUNICACIONES II

Inmigración y salud

MESA DE COMUNICACIONES III

Valoración de estados de salud

15.00h-16.00h SESIÓN DE PÓSTERES I

Evaluación económica y evaluación de tecnologías I

Evaluación económica y evaluación de tecnologías II

Análisis económico de la sanidad

Demanda y utilización de servicios sanitarios

Gestión y organización I

Gasto farmacéutico

16.00h-18.00h SESIONES SIMULTÁNEAS

MESA DE PONENCIAS III

La economía de la innovación genética y biotecnológica

Coordinador y moderador: Ignacio Abásolo, *Universidad de La Laguna*

La innovación médica y sus efectos sobre los mercados financieros

Beatriz González López-Valcárcel, *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Evaluación económica de tecnologías genéticas

Katherine Payne, *University of Manchester*

Nuevas empresas biotecnológicas: modelos y resultados

Enrique Castellón, *Cross Road Biotech*

MESA DE PONENCIAS IV

Medidas de la utilidad terapéutica: desde el enfoque clínico a la perspectiva económica

Coordinador y moderador: Román Villegas, *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*

Elección de las medidas de utilidad terapéutica y políticas de salud basadas en pruebas científicas

Pedro Serrano, *Servicio de Evaluación y Planificación, Servicio Canario de Salud*

La utilidad terapéutica como criterio para la fijación del precio y reembolso de los medicamentos: experiencias en Europa

Jaime Espin, *Escuela Andaluza de Salud Pública*

La utilidad terapéutica desde el punto de vista de un clínico

Luís de la Cruz merino, *Hospital Universitario Virgen Macare-*

na. Sevilla

Utilidad terapéutica de los medicamentos: un abordaje cualitativo

Juan del Llano, *Fundación Gaspar de Casal, Madrid*

16.00h-18.00h PRESENTACIÓN DE LIBROS

Coordinador y moderador: Berta Rivera, *Universidad de La Coruña*

Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar, Director: Vicente Ortún, Ed. Elsevier-Masson

R. Bengoa, *Consejero de Sanidad del País Vasco*

R. Nuño, *Universidad del País Vasco*

Valoración económica del daño moral

J.L. Navarro, J.A. Martín, *Universidad de Granada*

Evaluación económica en medicina individualizada en oncohematología, Ed. Fundación Instituto Roche

M. Puente, *Coordinadora general del Instituto Roche*

J. del Llano, *Director de la Fundación Gaspar Casal*

J. Rovira, *Universidad de Barcelona*

MESA DE COMUNICACIONES IV

Gestión, organización e innovaciones en centros sanitarios

MESA DE COMUNICACIONES V

Econometría de la salud

MESA DE COMUNICACIONES VI

Estilos de vida

19.00h **Recepción de bienvenida**

Jueves, 18 de junio

09.30h-11.30h SESIONES SIMULTÁNEAS

MESA DE PONENCIAS V

El valor de las innovaciones en el tratamiento de pacientes oncológicos

Coordinador y moderador: Xavier Castells Oliveres, *Hospital del Mar, Barcelona*

¿Es el coste por AVAC un buen instrumento para valorar los tratamientos oncológicos?

Fernando Ignacio Sánchez Martínez, *Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Murcia*

La información sobre la evidencia necesaria para decidir sobre una innovación en oncología depende del nivel organizativo de quién toma la decisión

Josep M Borrás Andres, *Departamento de Ciencias Clínicas, Universidad de Barcelona*

¿Quién evalúa y planifica junto al paciente?

José Expósito Hernández, *Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

MESA DE PONENCIAS VI

Análisis económico de los comportamientos de riesgo

Coordinador y moderador: Juan Oliva, *Universidad de Castilla La Mancha*

El análisis económico del consumo de tabaco

Ángel López Nicolás, *Universidad Politécnica de Cartagena*

Mecanismos de percepción de hábitos saludables y no saludables

Jaime Pinilla, *Universidad de las Palmas de Gran Canaria*

Consumo de alcohol y enfermedades de transmisión sexual

Ana Gil Lacruz, *Universidad Autónoma de Madrid*

Una perspectiva económica de las conductas adictivas: el consumo de drogas ilegales

Berta Rivera, *Universidad de La Coruña*

MESA DE PONENCIAS VII

Approaches to the social impact of health research? The challenge of attribution

Coordinador y moderador: Paula Adam, *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya*

Can bottom-up approaches appropriately handle the problem of attribution? The views and applications of the payback model

Steven Hanney, *Brunel University, HERG Group*

Can top-down economic approaches deal with attribution and time-lag challenges? Public-private complementary and impact on national income

Jorge Mestre-Ferrandiz, *Office of Health Economics, UK*

Can both approaches be integrated? The ROI model and future applications

Cyril Frank, *University of Calgary y Canadian Academy of Arts and Sciences*

MESA DE COMUNICACIONES VII

Evaluación económica y evaluación de tecnologías (II)

MESA DE COMUNICACIONES VIII

Desigualdad y equidad

MESA DE COMUNICACIONES IX

Gasto sanitario y financiación

12.00h-13.00h CONFERENCIA

El valor social de las innovaciones: pasado, presente y futuro

Giovanni Tognoni, *Consorzio Mario Negri Sud, Italia*

13.00h-14.00h SESIÓN DE PÓSTERES II

Evaluación económica y evaluación de tecnologías III

Evaluación económica y evaluación de tecnologías IV

Análisis económico y variabilidad de la práctica clínica

Desigualdades y equidad

Gasto sanitario y financiación

Gestión y organización II

MESA DE PONENCIAS VIII

15.30h-17.30h SESIONES SIMULTÁNEAS

Avances en técnicas cuantitativas de evaluación económica

Coordinador y moderador: Javier Mar, *Hospital Alto Deba, Mondragón*

La simulación con eventos discretos: conceptos y aplicaciones en evaluación económica. Software y elementos matemáticos. Un ejemplo de coste-efectividad con ARENA

Jaime Caro, *Health Care Analytics, United Biosource*

Análisis de impacto presupuestario de la trombolisis en el ictus en España mediante simulación con eventos discretos

Javier Mar, *Hospital Alto Deba, Mondragón*

Papel de la simulación con eventos discretos en la evaluación económica en el contexto español

Fernando Antoñanzas, *Departamento de Economía y Empresa, Universidad de La Rioja*

MESA DE PONENCIAS IX

Evaluación de políticas públicas

Coordinador y moderador: Pilar García, *Universidad de Erasmus de Rotterdam*

La exención del copago a los pensionistas: efectos sobre el consumo farmacéutico

David Casado Marín, *IVALUA y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

Efectos indirectos de los programas de lucha contra la pobreza

Luis Ayala Cañón, *Instituto de Estudios Fiscales*

¿Cómo conseguir que se evalúen las políticas públicas?

Pistas desde el Sur

Marcos Vera Hernández, *University College London*

MESA DE COMUNICACIONES X

Demanda y utilización de servicios sanitarios

MESA DE COMUNICACIONES XI

Gasto farmacéutico

MESA DE COMUNICACIONES XII

Análisis económico de la sanidad

MESA DE COMUNICACIONES XIII

Evaluación económica y gasto sanitario

18.00h-19.30h Asamblea general de socios

21.00h CENA DE LAS JORNADAS

Viernes, 19 de junio

09.30h-11.30h SESIONES SIMULTÁNEAS

COLOQUIO - CAFÉ*

What health economists do and what health policy-makers ask for (¿Hacia donde va la economía de la salud?)

Coloquio-café con May T Cheung, Uwe Reinhardt, Guillem López Casasnovas y Beatriz González López-Valcárcel

*Esta sesión se desarrollará en inglés.

MESA DE PONENCIAS X

Nuevas tendencias en la valoración de la salud

Coordinador y moderador: José Luis Pinto Prades, *Universidad Pablo de Olavide, Sevilla*

Valuing Health: Why Our Current Methods Are Wrong and How They Can Be Improved (Nuevos métodos de valoración de la salud)

Han Bleichrodt, *Erasmus University*

Can Stated Preferences Yield Robust Estimates of the Value of Statistical Life (VSL)? Lab and field applications of conventional and novel techniques for estimating VSL for adults and children (Nuevas técnicas para estimar el valor estadístico de la vida en adultos y en niños).

Ian J Bateman, *Centre for Social and Economic Research on the Global Environment (CSERGE) and Zuckerman Institute for Connective Environmental Research (ZICER), School of Environmental Sciences, University of East Anglia*

Are health economists giving cost-effectiveness considerations too much weight? (¿Dan demasiada importancia los economistas de la salud al análisis coste-efectividad?)

Erik Nord, *Norwegian Institute of Public Health*

MESA DE PONENCIAS XI

Innovaciones en organización basadas en la motivación de los médicos

Coordinador y moderador: Juan Cabasés Hita, *Universidad Pública de Navarra*

Experiencias de innovación organizativa en la empresa española

Emilio Huerta Arribas, *Universidad Pública de Navarra*

Innovación e incentivos en la sanidad española.

Evaluación de la política de incentivos

José Martín Martín, *Universidad de Granada*

Médicos, identidad y capital motivacional

Juan Manuel Cabasés Hita, *Universidad Pública de Navarra*

De Baumol al hospital: Los médicos del Clínico de Madrid

José Soto Bonel, *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

MESA DE COMUNICACIONES XIV

Análisis económico del medicamento

MESA DE COMUNICACIONES XV

Variabilidad en la práctica clínica

12.00h-13.00h CONFERENCIA DE CLAUSURA

Health care in an era of shrinking resources: How can economists help?

Uwe Reinhardt, *Princeton University, United States*

13:30-13:30 Presentación del Mejor artículo de Economía de la Salud 2008

13.30h-14.00h ENTREGA DE PREMIOS Y ACTO DE CLAUSURA

Beca de investigación en Economía de la Salud

Mejor comunicación y mejor póster

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Antonio J. García Ruíz

Vocales

Antonio Clavero Barranquero

Nuria García-Agua Soler

M^a Luz González Álvarez

Francisco-Luis Martos Crespo

José Sánchez-Maldonado

Ana Tur Prats

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Jaume Puig Junoy, *Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

Vocales

Ignacio Abásolo Alessón, *Universidad de La Laguna*

Juan Cabasés Hita, *Universidad Pública de Navarra*

Xavier Castells Oliveres, *Hospital del Mar, Barcelona*

Pilar García Gómez, *Erasmus University, Rotterdam*

Javier Mar Medina, *Hospital Alto Deba, Mondragón*

Francisco-Luis Martos Crespo, *Universidad de Málaga*

Ricard Meneu, *Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia*

Román Villegas Portero, *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía*

SEDE DE LAS JORNADAS

Centro cívico de la Diputación provincial

Avda. de los Guindos, 48

29004 Málaga

El acceso al Auditorio se realizará a través de la Calle Pacífico, 54 (Paseo Marítimo)

SECRETARÍA TÉCNICA

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

AES

Calvet, 30

08021 Barcelona

Tel.: 932017571 - Fax: 932019789

E-mail: aes2009@aes.es

www.aes.es/jornadas

MORTALIDAD INFANTIL, RIQUEZA Y ESTATURA ADULTA DE LAS POBLACIONES

(Resumen del trabajo "Adult Height and Childhood Disease", de próxima aparición en *Demography*)

Carlos Bozzoli¹, Angus Deaton², Climent Quintana-Domeque³

¹ *DIW Berlin*, ² *Princeton University*, ³ *Universitat d'Alacant*

La estatura adulta ha sido frecuentemente estudiada por biólogos y antropólogos. Recientemente, ha comenzado a ser estudiada por economistas. Esta nueva tendencia puede explicarse por distintas razones. Las poblaciones altas son generalmente poblaciones más ricas, la renta individual es mayor y viven más tiempo. De hecho, la altura promedio de las generaciones pasadas ha sido utilizada para entender fluctuaciones históricas en el nivel de vida, ante la ausencia de otros indicadores que serían más difíciles de obtener. La altura es un indicador de simple obtención y es una medida que refleja a grandes rasgos el estado de salud de una persona a lo largo de su ciclo vital. Entender los determinantes de la estatura adulta se ha convertido pues en una forma de entender la relación entre salud y riqueza, dos de los indicadores que resumen el bienestar humano.

En este trabajo, investigamos la relación entre la altura que un individuo obtiene en su edad adulta y las circunstancias durante la infancia, centrándonos en el papel que juegan los ingresos y la prevalencia de enfermedades en los primeros años de vida. Si bien la altura adulta se alcanza alrededor de los 18 años, esta aparece fuertemente correlacionada con la estatura alcanzada durante los primeros años de vida, y es difícil remediar posteriormente las deficiencias en el crecimiento en este periodo. Distintos factores podrían influir en los patrones de crecimiento en la infancia. Por un lado, factores económicos relacionados con el nivel de ingresos podrían influir en los patrones de nutrición y a través de ello impactar en la altura adulta. Sin embargo, el crecimiento está relacionado con la nutrición neta, es decir, el balance entre la ingesta de nutrientes y las demandas nutricionales adecuadas, dependiendo de la actividad y la prevalencia de enfermedades. Por ello es posible que los que niños nacidos en áreas de alta mortalidad infantil, que están sujetos a altas demandas de nutrientes para responder adecuadamente a tal situación, resulten particularmente restringidos en térmi-

nos de su nutrición neta, y que por ello alcancen una menor estatura adulta.

Para analizar estas hipótesis, examinamos las estaturas adultas de treinta y una cohortes (nacidas entre 1950 y 1980) de Inglaterra, los Estados Unidos, y diez países de la Europa continental. Encontramos una fuerte conexión entre estatura adulta media de las cohortes y la mortalidad infantil, esta última como una aproximación a la situación sanitaria de la cohorte en el año de nacimiento. Esta relación ayuda a explicar tanto el patrón de estaturas en los distintos países como las tendencias específicas dentro de cada país, a través del tiempo. En particular, la tasa de mortalidad post-neonatal (MPN), la fracción de recién nacidos que sobreviven al menos 28 días pero mueren antes de cumplir un año, predice la estatura adulta media de la cohorte relevante. La MPN es una medida de la prevalencia de enfermedades durante la infancia. La evolución de la MPN se correlaciona fuertemente con la edad adulta de las cohortes. Mientras que en países del norte de Europa (Austria, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Finlandia, Suecia) y en los Estados Unidos la MPN cayó durante las décadas de 1950 y 1960 para luego descender muy lentamente, la MPN descendió de forma continua en países del sur de Europa (Grecia, Italia, Portugal y España), incluso lo hizo en forma sustancial durante la década de 1970. Si bien la altura de las cohortes del norte de Europa y Estados Unidos resulta mayor que la de las del sur de Europa, la altura de las cohortes en estos últimos países aumenta continuamente, mientras que la altura de las cohortes en los países del norte de Europa y Estados Unidos aumenta notablemente durante las dos primeras décadas para luego crecer muy lentamente en la década de los setenta. En resumen, la brecha de alturas entre países del norte de Europa (y Estados Unidos) y los del sur de Europa disminuye especialmente en la década de 1970, precisamente cuando la reducción de la MPN se da en particular en los países del último grupo. Estas

tendencias son consistentes con un efecto negativo de la MPN (como indicador del estado de la sanidad en la infancia) en la altura adulta (que, como hemos dicho, se relaciona fuertemente con indicadores socioeconómicos y de salud adulta).

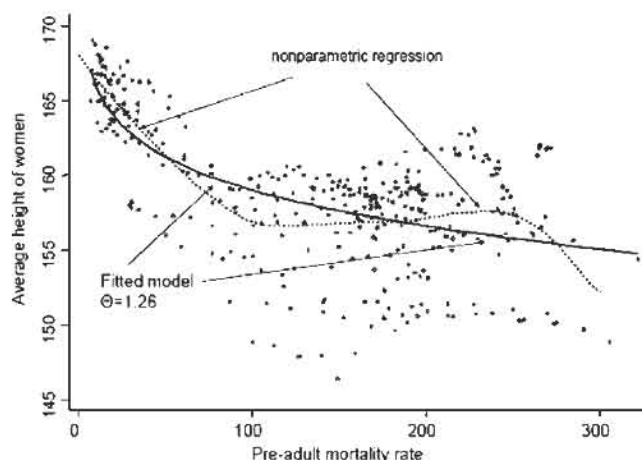
Un hallazgo adicional es que cuando condicionamos por el efecto de la MPN en la altura, no encontramos ninguna relación entre la estatura adulta y el PIB per cápita en el país y año de nacimiento. Dicho de otra manera, las enfermedades, y no los ingresos, parecen haber sido la restricción operante en estos países ricos, al menos después de 1950. De hecho, Estados Unidos, que resulta el país más rico (en términos de ingreso per cápita) en nuestra muestra, no presenta las cohortes de mayor altura. Suecia presenta cohortes que son en promedio 2 centímetros más altas que las americanas: esta diferencia se explica, en parte, por el hecho que las tasas de MPN son sustancialmente más altas en Estados Unidos que en Suecia. Según nuestro análisis, aproximadamente entre un 20 o 30% de la menor altura de las cohortes estadounidenses respecto de las suecas se explica por la brecha en MPN.

Nuestros resultados son robustos a la inclusión de otros indicadores de salud (mortalidad neonatal, es decir, aquella que ocurre en el primer mes de vida), que podrían alternativamente afectar la altura adulta. También hemos considerado otras hipótesis, como la existencia de diferencias idiosincráticas entre distintos países o tendencias seculares no relacionadas con la salud. Ello nos permite obtener distintas estimaciones (más o menos conservadoras) del efecto de la MPN en la altura adulta, aunque en todos los casos, dicho efecto resulta ser significativo. Esto es, el efecto de la MPN en la altura adulta no puede ser completamente explicado por hipótesis alternativas. Nuestra estimación más conservadora sugiere que, aproximadamente, un descenso de 20 casos de MPN por mil nacidos vivos se asocia a una ganancia de altura de un centímetro. Entre 1950 y 1980, la MPN en España disminuyó de 47 a 5 casos por 1000 nacidos vivos, una reducción de 42 puntos por millar. Usando nuestra estimación más conservadora, el descenso en la MPN explica una ganancia de altura de 1,8 centímetros. La ganancia de altura que resulta de comparar las cohortes españolas nacidas a fines de los años setenta con

las nacidas a principios de los años cincuenta, sugiere una ganancia de altura de aproximadamente 5 centímetros, es decir, la reducción en la mortalidad en este periodo (dada por el índice MPN) explica como mínimo el 40% de la ganancia en la altura de las cohortes españolas entre 1950 y 1980.

Consistente con estos hallazgos, desarrollamos un modelo teórico simple que describe la relación entre la mortalidad infantil y la estatura de la población adulta, que se basa en teorías y conceptos que son familiares a demógrafos y epidemiólogos. Si bien el modelo es una abstracción de la realidad, permite describir distintos mecanismos que podrían determinar la altura alcanzada en la edad adulta y evaluar cuáles son sus predicciones, que pueden ser contrastadas con datos empíricos. El modelo sugiere que la relación entre mortalidad infantil (en nuestro caso MPN) y la altura adulta no necesariamente debe ser monótona, es decir, no indica que más mortalidad siempre conlleve a una menor altura. ¿Cómo puede ocurrir esto? Nosotros postulamos que la altura de la cohorte adulta puede verse afectada por dos fenómenos contrapuestos. Por un lado, una alta prevalencia de enfermedades en la infancia podría afectar el proceso de desarrollo, limitando la estatura adulta y generando un efecto atrofia: a más mortalidad infantil, menor es la altura en la edad adulta. Por otro lado, no todos los que nacen llegan a la edad adulta. La mortalidad infantil podría afectar selectivamente a individuos con un estado de salud más precario, que de sobrevivir a la edad adulta resultarían más bajos (este último resultado es un supuesto plausible que vincula una salud endeble con problemas en el desarrollo llevando, en promedio, a una menor altura adulta). Este último mecanismo selecciona "supervivientes" con mayor potencial para alcanzar mayor altura en la edad adulta, incrementando la altura promedio de aquellos que llegan a la edad adulta. Nosotros llamamos a este fenómeno un efecto "selección": a mayor mortalidad infantil, mayor es la altura de los individuos que eventualmente llegan a la edad adulta. En resumen, la relación entre altura adulta y mortalidad no necesariamente debe ser monótona. Esto resulta, como hemos dicho, en dos efectos contrapuestos. Por un lado, períodos de alta mortalidad causan que las personas sean más bajas (efecto atrofia), pero la alta prevalencia de mortalidad mata selectivamente a los individuos

más bajos de la población (efecto selección), dejando gente alta que sufrió durante el periodo de mortalidad pero que sobrevivió. La fuerza relativa de estos dos efectos determinará el efecto final de la mortalidad infantil sobre la altura adulta. Para niveles de mortalidad suficientemente elevados, aumentos de la misma podrían tener un efecto neto nulo sobre la estatura media, o incluso aumentarla, lo que es consistente con el reciente estudio de los efectos de la gran hambruna en China sobre la estatura de los supervivientes. Para explorar estos dos efectos en mayor detalle, juntamos los datos previos con las alturas de mujeres de 43 países con altos niveles de mortalidad, incluyendo 27 países del África subsahariana (la gran mayoría de las encuestas que incluyen datos de altura en países pobres solo contiene datos de mujeres, dado que su cometido principal es estudiar patrones de fertilidad). Puesto que los países más pobres tienen mucha más mortalidad entre la infancia y la edad adulta, analizamos la relación entre mortalidad pre-adulta (entre 0 y 15 años) y la estatura media en la edad adulta. La Figura 1 muestra la relación de la altura media de las mujeres y la tasa de mortalidad pre-adulta. La línea discontinua es el resultado de ajustar una regresión no paramétrica y muestra que la estatura decrece con la mortalidad pre-adulta para casi todo el rango de valores, pero empieza a crecer a partir de niveles de mortalidad pre-adulta de más de 100 por mil; la línea de regresión eventualmente vuelve a bajar debido al pequeño número de observaciones en la parte inferior derecha. Por lo tanto, la figura sugiere que el balance entre selección y atrofia podría cambiar cuando la mortalidad aumenta por encima de ciertos valores. Esto explicaría la aparente paradoja de mujeres relativamente altas que crecieron en países de muy alta mortalidad. En algunas de estas cohortes, una de cada tres mujeres no llegó a la edad adulta, y, sin embargo, la altura de las supervivientes resulta similar a casos en los que la mortalidad afectó a una de cada diez mujeres. La figura muestra que las cohortes de mujeres más altas están asociadas a países de baja mortalidad, en su enorme mayoría países de ingresos medianos y altos. Nuestras estimaciones también sugieren que en países de menores ingresos, el nivel de PIB también tiene un rol en la determinación de la altura adulta, al contrario de los países europeos, en donde el nivel de ingresos no aparece como factor limitante, al menos desde 1950.



En resumen, nuestro estudio se divide en dos partes. Los resultados de las cohortes europeas y norteamericanas sugieren que la mortalidad infantil, específicamente la mortalidad post-neonatal (MPN), predice la altura que los individuos sobrevivientes alcanzan la edad adulta. En estos países de relativamente baja mortalidad, la prevalencia de enfermedades en la infancia tiene un efecto negativo en la altura adulta, consistente con el efecto “atrofia”, que domina cualquier posible efecto “selección” de los sobrevivientes. Nuestras estimaciones indican que, en promedio, cerca del 60% de la variación entre cohortes es explicada por las diferencias en la MPN. No todos los países en la muestra experimentaron el mismo patrón de descenso en este indicador. Los países del sur de Europa experimentaron una reducción que, a diferencia de los del norte de Europa y Estados Unidos, continuó pronunciándose en la década de los setenta. Y es precisamente en los países del sur de Europa en donde las cohortes siguieron ganando estatura adulta durante esta década, reforzando la evidencia de la relación entre mortalidad en la infancia y estatura adulta. En contraste con estos resultados, en países de menores ingresos (incluyendo cohortes africanas y de otros países en desarrollo) encontramos que el efecto “selección” es el que prevalece. Más aun, también encontramos que el nivel de ingresos comienza a ser un factor determinante de la estatura adulta. Todo ello sugiere que los determinantes de la estatura adulta, un factor que está fuertemente correlacionado con el estatus económico y la calidad de vida, pueden ser diferentes en distintos contextos, y que diversos factores como la nutrición y la mortalidad durante la infancia juegan un rol relevante con consecuencias de largo plazo.

Del Llano Señarís, Juan. Sanidades autonómicas ¿solución o problema?

Madrid: Círculo de la Sanidad; 2009

Sanidades autonómicas
¿solución o problema?



Título sugerente, si no provocativo, para un libro que aborda un tema pertinente y oportuno, con un enfoque comparativo entre comunidades autónomas. Tras recoger los comentarios críticos de **María Jesús Montero Cuadrado** (Consejera de Salud de la Junta de Andalucía) y de **Francisco Javier Álvarez Guisasola** (Consejero de Sanidad de

la Junta de Castilla y León), a modo de tarjeta de presentación, el autor introduce la obra indicando que la "hipótesis nula" pretende rechazar la aseveración de que "... el proceso de descentralización sanitaria no ha merecido la pena en términos de coste de oportunidad y de resultados en salud obtenidos en las poblaciones de las distintas comunidades autónomas". A partir de aquí inicia un estudio básicamente descriptivo, apoyado en la elaboración propia de datos procedentes de fuentes contrastables, presentados en su mayoría en forma de mapas muy ilustrativos, en los que las comunidades autónomas figuran coloreadas como resultado de la aplicación de la técnica *cluster* de agrupación de sujetos en grupos, generalmente un total de cinco. Las referencias temporales adoptadas para la comparación son el año 2002, primer año en el que todas las Comunidades Autónomas disfrutaban de autonomía en materia de gestión sanitaria y el año 2005 (en algunos casos, 2006 o 2007)

¿Qué se compara? En este sentido, el libro gira en torno a cuatro grandes bloques temáticos, recogidos en cuatro capítulos: **a) el mapa de la salud pública de las Comunidades Autónomas**, que incluye la caracterización epidemiológica de la población por Comunidades Autónomas, a partir de una lista exhaustiva de indicadores (generales y referidos a mortalidad, morbilidad y salud/estilos de vida); **b) la coordinación del Sistema Nacional de Salud con los servicios regionales de salud**, parte en la que se abordan, entre otros aspectos, la comparación de niveles de gasto (agregado y por funciones), así como proyecciones del gasto sanitario por edades para el período 2006-2017 (a partir del simulador de gasto sanitario, herramienta en cuyo desarrollo

participó el autor) y las desigualdades territoriales relacionadas con la oferta (recursos estructurales y humanos) y con la demanda (actividad); **c) la utilización de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas**, analizando el perfil de frecuentación, el uso de los servicios de urgencias y la accesibilidad (a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 y de 2006) y otras cuestiones, entre las que cabe destacar un apunte esclarecedor sobre los estudios de variabilidad geográfica de la práctica médica, acompañado de datos procedentes del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (Atlas VPM) en el Sistema Nacional de Salud, y; **d) la satisfacción de los ciudadanos de las comunidades autónomas** con el funcionamiento, la accesibilidad, así como la calidad y el grado de equidad percibidos y declarados a partir de preguntas planteadas directamente en relación con el proceso de descentralización (a partir de las encuestas del Barómetro Sanitario ediciones 2003 y 2007).

Por último, es necesario destacar el **análisis personal crítico** incorporado en algunos capítulos de la obra, sobremanera en el referido a la coordinación del sistema y en el titulado "**¿Qué nos une y qué nos separa?**", al que sigue un **decálogo de recomendaciones**. Este análisis crítico no sólo tiene interés en sí mismo, con independencia de nuestro grado de acuerdo o desacuerdo, sino que es particularmente relevante en el momento actual, en que se están decidiendo cambios trascendentales para el Sistema Nacional de Salud español como son la modificación del modelo de financiación autonómica y el Pacto de Estado por la Sanidad. Analizar críticamente el proceso de descentralización ("Parece que en España la descentralización se ha tomado como un fin en sí misma, en vez de como una opción de modelo de Estado..."), reconocer que la cohesión es un objetivo difícil pero no abstracto, reclamar un papel más activo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y poner sobre la mesa temas de alto alcance que en ocasiones se obvian o por generales o por incómodos ("Sobre los grandes dilemas económicos y éticos relacionados con el racionamiento, que afectan a todos, no suele debatirse tanto como sobre la manipulación genética, que afecta a muy pocos") contribuirá sin duda al saludable debate que, en un entorno democrático, precede al cambio.

Laura Cabiedes

Universidad de Oviedo

ESSAYS ON HEALTH CAPITAL AND THE EFFICIENCY OF HEALTH CARE

Tesis doctoral defendida el 24 de noviembre de 2008 en el *Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva* de la *Facultat de Medicina* de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, dirigida por Vicente Ortún Rubio y tutorizada por Miquel Porta, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-Mail: agarcia@aspb.cat

Anna García-Altés



Los cambios tecnológicos en la sanidad han transformado el ejercicio de la medicina y han llevado asociadas mejoras en la esperanza y la calidad de vida relacionada con la salud impensables hace cien años. Ahora bien, el aumento del gasto en servicios sanitarios ha sido también muy importante.

Todo parece indicar que el futuro de los sistemas sanitarios estará caracterizado aun más por el aumento de los avances médicos y farmacéuticos. Los procesos de difusión y adopción de tecnologías hacen que, por imperativo tecnológico o incentivos profesionales, las tecnologías sean usadas una vez están disponibles. Los datos empíricos indican que las innovaciones médicas conllevan un aumento de la prestación sanitaria media, reducciones heterogéneas en la mortalidad y morbilidad, y crecimiento del gasto sanitario. La respuesta política ha tratado de conciliar el acceso a las innovaciones por parte de los ciudadanos con la contención del gasto de los sistemas de salud. Pero, dado que las innovaciones pueden ser valiosas, parece más pertinente preguntarse ¿cuál es el valor económico y social de las mejoras adicionales en el estado de salud consecuencia de los cambios tecnológicos?

La introducción de innovaciones es uno de los determinantes del aumento del gasto en servicios sanitarios. La evaluación económica es la aproximación más directa para un economista de la salud a la medida de los costes y las consecuencias en salud de los servicios sanitarios. El artículo de García-Altés A, Rota R, Barenys M, Abad A, Moreno V, Pons JMV et al. (Cost-effectiveness of a "score and scope" strategy for the management of dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005; 17(7): 709-19) presenta una aplicación directa del análisis coste-efectividad a la medida de la eficiencia del tratamiento de una condición clínica. Por otra parte, el trabajo de García-Altés A (Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well? *Health Econ* 2001; 10(8): 715-29) presenta una revisión de estudios de evaluación económica realizados en el Estado español entre 1980 y 1999, enfocada hacia los métodos utilizados, áreas de investigación futura e implicaciones en política sanitaria.

Los estudios que han aplicado nuevas perspectivas económicas a este problema, como el análisis coste-beneficio generalizado, permiten evaluar en términos económicos el impacto global en condiciones reales de las innovaciones aplicadas al tratamiento de una determinada enfermedad a lo largo del tiempo. A este respecto, el estudio de García-Altés A, Puig Junoy J (Una reconsideración del valor del gasto sanitario agregado. Nuevos enfoques económicos e implicaciones para

la adopción de políticas públicas en España. En: Puig Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V, eds. *¿Más recursos para la salud?* Madrid: Masson, 2004), hace una revisión exhaustiva de estos conceptos, y describe algunas metodologías y resultados obtenidos en algunas investigaciones aplicadas recientes.

La revisión del valor económico del gasto en servicios sanitarios ha llevado a la descripción y el análisis de indicadores nuevos del nivel de bienestar atribuible a los servicios sanitarios, utilizando medidas poco comunes en la contabilidad nacional tradicional. Estas nuevas medidas, como el capital salud, son una referencia para evaluar el incremento en el gasto en servicios sanitarios. Desde esta perspectiva, el trabajo de García-Altés A, Pinilla J, Peiró S. (Aproximación a los pesos de calidad de vida de los "Años de Vida Ajustados por Calidad" mediante el estado de salud autopercebido. *Gac Sanit* 2006; 20(6): 457-64), aplica una metodología recientemente desarrollada para construir pesos de calidad de vida para el Estado español utilizando la Encuesta Nacional de Salud. Asimismo, el artículo de García-Altés A, Pinilla J, Ortún V (The evolution of health capital in Barcelona, 1994-2006: the paradox of health revisited) va un poco más lejos en esta metodología, y mide la evolución del capital salud en Barcelona de 1994 a 2006, teniendo en cuenta los cambios en el estado de salud percibido, la prevalencia de enfermedades, y las limitaciones en las actividades habituales debidas a condiciones crónicas.

Finalmente, el mayor conocimiento de la productividad y el valor de los sistemas sanitarios ha sido un estímulo para iniciativas diversas. En este sentido, el estudio de García-Altés A, Borrell C, Coté L, Plaza A, Benet J, Guarga A (Measuring the performance of urban healthcare services: results of an international experience. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61(9): 791-6), presenta los resultados de una de estas experiencias, comparando el desempeño de los servicios sanitarios de Barcelona y Montreal.

La principal recomendación de política sanitaria que podemos extraer es la necesidad de comparar el gasto en servicios sanitarios con los beneficios obtenidos. Ahora bien, dado nuestro escaso conocimiento sobre las variaciones en la práctica médica y las importantes diferencias constatadas entre eficacia y efectividad, el beneficio neto positivo del gasto sanitario no implica automáticamente la necesidad de invertir más recursos en sanidad de manera indiscriminada. En los procesos de toma de decisiones, hace falta tener en cuenta los resultados de la evaluación económica de cada innovación particular, haciendo las comparaciones relevantes en cada caso con las tecnologías previamente existentes o intervenciones alternativas. En cualquier caso, es necesario un proceso de toma de decisiones más transparente en lo que hace referencia a la distribución de los recursos sanitarios.

EL XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS): "TIEMPOS PARA LA SALUD PÚBLICA"

Soledad Márquez Calderón. Coordinadora del Comité Evaluador Científico



Cuando me dispongo a escribir la crónica del XIII Congreso de SESPAS que me han pedido para *Economía y Salud* ("una crónica desde la parte científica"), empiezo por preguntarme cómo

concentrar tantos contenidos y vivencias en un espacio tan breve.

El congreso se celebró en Sevilla, del 4 al 6 de marzo de 2009, con una jornada preliminar el 3 de marzo, pero nació mucho antes. Durante año y medio estuvimos trabajando para construir lo que luego han sido: unas jornadas llenas de contenidos interesantes y formatos nuevos; con la participación de las múltiples profesiones y áreas de trabajo de la salud pública, de otras áreas relacionadas (como la atención primaria), de muchos profesionales jóvenes y de la ciudadanía.

En la conformación de los contenidos científicos del congreso hay que destacar el papel de Carlos Álvarez-Dardet (comisionado para el congreso), del comité asesor científico (presidido por Fernando García Benavides) y del comité evaluador científico (que coordinó quien esto escribe). Sin embargo, este congreso ha sido innovador y participativo desde el principio, por lo que el comité organizador también ha contribuido de forma muy sustancial a los contenidos científicos del congreso, de la jornada preliminar y de los espacios de participación ciudadana (hay que reconocer en especial el trabajo de Patxi Cuberta, Carlos Artundo, Cristina Torró y Ramón Pelayo). Pero además, desde meses antes funcionó un foro en Internet donde muchas personas participaron aportando ideas para el programa. La implicación de las sociedades científicas filiales de SESPAS, del CIBER de Epidemiología y Salud Pública y otras muchas organizaciones y profesionales en el congreso ha sido de enorme relevancia para configurar un programa científico de calidad (no doy nombres propios de todos los que han aportado ideas, ayudado a contactar ponentes, etc., porque el espacio no daría). Asimismo, el apoyo de Suport Serveis para toda la gestión de la parte científica ha sido clave, sobre todo teniendo en cuenta la cantidad de comunicaciones recibidas. Por último, es de justicia un reconocimiento a las entidades que colaboraron económicamente, especialmente aquellas que asumieron la financiación de conferencias y mesas invitadas (Consejerías de Salud y de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía, Ministerio de Sanidad y Consumo, *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, y otras entidades públicas y privadas).

La **jornada precongreso** ya empezó fuerte, con 20 actividades simultáneas de lo más variopinto. En la misma sede del congreso, se

celebraron la reunión anual del CIBERESP y tres interesantes actividades abiertas al público sobre la salud ambiental pediátrica, el impacto del transporte en la salud y la ley de igualdad. Al mismo tiempo, diversas sedes por toda la ciudad acogían otras muchas reuniones y actividades abiertas. Entre ellas, cabe destacar las más relacionadas con los jóvenes, que tuvieron lugar en el Albergue Juvenil de Sevilla (reuniones del Grupo Español de Jóvenes Epidemiólogos y de la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública, y dos talleres de Gaceta Sanitaria sobre cómo escribir y cómo revisar un artículo científico). También, por el interés para los lectores de *Economía y Salud*, destacaré el taller de las agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias sobre un tema crucial en los tiempos que corren: la relación entre estas agencias y la industria de tecnologías. Quién tenga curiosidad en conocer el resto de las actividades precongreso, puede acceder al programa en el sitio web: "<http://www.sespas.es/congresosevilla2009>" "<http://www.sespas.es/congresosevilla2009>".

Tras la jornada preliminar, empezó el congreso. Para contarlo con un poco de orden, clasificaremos las actividades en: sesiones invitadas, sesiones de comunicaciones, actividades de las sociedades filiales de SESPAS y grupos de trabajo de SESPAS, y sesiones de participación ciudadana¹.

Las sesiones invitadas

Hubo mucho e interesante, pero me tomaré permiso para hacer una crónica sesgada y destacaré ante todo la sesión de inauguración y la de clausura, pues ambas - a mi juicio - merecen contarse en el primer lugar.

La **conferencia inaugural** fue "La salud pública en un mundo vulnerable: del paradigma de la causa-riesgo hacia el paradigma de la contingencia". Impartida por el profesor Naomar Almeida Filho (Rector de la Universidad Federal de Bahía, Brasil), fue un soplo de aire fresco para empezar el congreso. Nos hizo pasear por la construcción del conocimiento desde Aristóteles a nuestros días, y convencernos de la necesidad del paradigma de la contingencia para comprender mejor las realidades complejas y vulnerables, así como los fenómenos emergentes e inesperados, que no pueden analizarse con los modelos habituales de causas y riesgos.

La **mesa de clausura**, sobre "Crisis económica y Salud Pública", contó con las intervenciones de Beatriz González y Erio Ziglio. El tema era clave en el contexto actual y el excelente trabajo de revisión realizado y presentado por Beatriz González nos enseñó mucho sobre el impacto

en la salud que puede tener la crisis actual. Hizo un recorrido sobre las diversas crisis económicas acontecidas desde mediados del siglo XIX hasta nuestros días y comparó la gravedad de la crisis actual con la de la Gran Depresión. Nos mostró cómo las crisis impactan más en la salud en los países pobres, y cómo las políticas públicas pueden prevenir y curar muchos de los efectos de las crisis económicas sobre la salud, reivindicando así el papel del estado de bienestar y de unas instituciones públicas fuertes.

Cabe destacar las **cinco mesas redondas principales** del congreso, sobre diversos temas clave para la salud pública en la actualidad: el impacto del cambio climático, el urbanismo y la salud pública, las relaciones entre atención primaria y salud pública, la coordinación entre la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud, y las reformas de salud pública en España. Esta última mesa contó con el Secretario General de Sanidad del Ministerio, y con los máximos responsables de salud pública de seis comunidades autónomas, ya como ponentes (Andalucía, Valencia, Galicia) o como participantes desde la fila cero (Aragón, Baleares, Cataluña).

Además de estas mesas “estrella”, hubo **otras mesas invitadas** que – por problemas de espacio- tuvieron que ser simultáneas con las sesiones de comunicaciones, pero no por ello menos interesantes. En estas otras mesas se trató el tema de los determinantes sociales y las desigualdades en salud (a colación del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS), los resultados negativos de la farmacoterapia y un tema de preocupación constante para la política de salud en Andalucía, el análisis de la mortalidad en el suroeste de España. De todo esto, me permitiré destacar una ponencia que me pareció una aportación excelente para entender el problema de la sobremortalidad en el Campo de Gibraltar. Antonio Escolar, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Cádiz, nos contó su investigación histórica sobre los determinantes sociales de la sobremortalidad en esta zona (“mirar al pasado para explicar el presente” la subtítulo). Hizo un recorrido por problemas no tan lejanos y que aun siguen incidiendo en la vida y las causas de muerte de quienes viven en los municipios del Campo de Gibraltar: la desigual distribución de la riqueza (concentrada en grandes latifundios), la gran importancia del contrabando de tabaco como medio de vida y el trabajo de cientos de personas que acudían cada día a los astilleros de Gibraltar (con la consiguiente exposición al amianto), en otras cosas.

Las sesiones de comunicaciones

En este congreso se han presentado 795 comunicaciones (se aceptó el 90% de las 886 recibidas). Esta cantidad de trabajos supone un hecho sin precedentes en la historia de SESPAS, sobre todo teniendo en cuenta que no había congreso simultáneo de ninguna de las sociedades filiales.

Todo el proceso de evaluación, así como los resúmenes de las 795 comunicaciones pueden consultarse en el número especial de

Gaceta Sanitaria (Gac Sanit. 2009; 23, Espec Congr 1). Las comunicaciones se presentaron en tres tipos de sesiones: mesas espontáneas, sesiones de comunicaciones orales y sesiones de carteles.

Hubo 7 mesas espontáneas (con 31 comunicaciones) sobre temas diversos: evaluación de impacto en salud, selección de medicamentos en los hospitales españoles, atención socio sanitaria en inmigración, género y cuidados informales, evaluación del programa de vigilancia de salud de los trabajadores expuestos al amianto, problemas del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, y terapias alternativas (danza, música y risoterapia).

Las comunicaciones seleccionadas para presentación oral - fuera de las propuestas de mesas espontáneas- fueron 242, que se distribuyeron en 37 sesiones. A presentación en formato de póster fueron asignadas 522 comunicaciones (65,6%), que se distribuyeron en otras 37 sesiones. Para el comité evaluador científico fue muy duro tener que asignar tantas comunicaciones a presentación en póster, pero no había otra manera de organizar el programa. Quizás el tener tantos trabajos de calidad en formato de cartel ha hecho que las sesiones de pósteres hayan sido una de las cosas más apreciadas en el congreso.

Las áreas temáticas de las comunicaciones se presentan en la tabla 1.

Tabla 1.- Distribución de comunicaciones aceptadas por áreas temáticas

	Nº	%*
SERVICIOS SANITARIOS Y TECNOLOGÍAS SANITARIAS	124	16,23
DESIGUALDADES EN SALUD	107	14,00
VIGILANCIA Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	102	13,35
POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA	100	13,09
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS PARA LA SALUD	95	12,43
SALUD AMBIENTAL	51	6,68
ESTUDIOS DE MORBIMORTALIDAD	43	5,63
SALUD LABORAL	24	3,14
DEPENDENCIA / SALUD DE LOS MAYORES / CUIDADOS	22	2,88
COMUNICACIÓN Y SALUD	22	2,88
MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	22	2,88
FORMACIÓN	15	1,97
VACUNAS	13	1,70
LESIONES POR TRÁFICO	12	1,57
ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA	12	1,57
Total	764	100

* Porcentajes calculados sobre el total de comunicaciones aceptadas que no son de mesas espontáneas (764).

Como puede observarse, las áreas temáticas con un mayor número de comunicaciones fueron las de servicios sanitarios y tecnologías, desigualdades en salud, vigilancia y protección de la salud, políticas de salud y gestión en salud pública, y estilos de vida.

La participación de las sociedades filiales y grupos de SESPAS

Cuatro de las sociedades filiales de SESPAS organizaron una actividad científica dentro del congreso.

La Asociación de Economía de la Salud (AES) organizó una jornada, coordinada por Ángel López y Juan Oliva, dedicada a la evaluación de políticas públicas. En ella se compartieron experiencias diversas de trabajos de valoración del impacto y evaluación de estas políticas, tanto las que afectan más directamente a los servicios sanitarios (políticas relacionadas con los medicamentos o reformas de la atención bucodental) como aquellas de otros departamentos pero con un fuerte impacto en la salud (normativa e intervenciones sobre el tabaquismo, políticas de seguridad vial, programas de lucha contra la pobreza, necesidades de los mayores dependientes). Fue una excelente idea compartir estos ejemplos reales de evaluación de impacto en salud.

La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) organizó una jornada sobre el impacto en salud de las políticas de salud sexual y reproductiva. La Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA) participó con una mesa redonda sobre los planes de acción de salud y medio ambiente, y la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP) con una mesa sobre prevención y detección precoz de trastornos psiquiátricos a lo largo del ciclo vital.

Por último, los grupos de trabajo de SESPAS también tuvieron su espacio, como ya viene siendo habitual en otros congresos. Tanto el grupo de Políticas y Planificación Sanitaria como el de Género y Salud Pública hicieron sesiones abiertas sobre las conclusiones de su trabajo en los últimos años y sus propuestas para el futuro.

Los espacios de participación ciudadana

La participación ciudadana en este congreso ha sido algo más que un gesto simbólico o una actividad marginal. En el programa se reservaron una serie de espacios para ello y la respuesta ha sido importante.

En uno de estos espacios, un grupo de padres y madres andaluzas reflexionaron sobre el proceso de la crianza desde la mirada de hombres y mujeres. En otro, diversas asociaciones (coordinadas por Entrepueblos) presentaron un video y exposición fotográfica sobre el tema de la soberanía alimentaria y el género. Una jornada juntó a diversas asociaciones ciudadanas de ayuda mutua con profesionales sanitarios y compartieron la experiencia de su trabajo por la salud y la recuperación. El tema de la inmigración estuvo presente en dos espacios relacionados con las experiencias de interculturalidad e integración. Por destacar alguno de ellos, mencionaré la representación de "La vida de Mame Awa", una historia sobre el proceso de integración y pertenencia de las mujeres inmigrantes a través de tres generaciones de mujeres africanas en Sevilla. La historia de estas tres mujeres (representada por el grupo Piratas de Alejandría) movió las emociones de quienes estuvimos allí y mejoró nuestra comprensión de

esta realidad y de sus implicaciones para el trabajo de los profesionales sanitarios.

Otros hitos de este congreso

Una de las cosas que más satisfacción nos ha dejado de este congreso es haber dado la posibilidad de que los ponentes invitados hicieran una **declaración de intereses**. Hasta donde sabemos, es la primera vez que se hace en un congreso español del ámbito sanitario. Y aunque la respuesta no ha sido masiva esta vez (12 ponentes), nos parece un primer paso importante y que estaría bien seguir en futuros congresos. La declaración de intereses puede verse en: http://www.sespas.es/congresosevilla2009/docs/formulario_web.doc. Aunque ha sido una iniciativa conjunta de un grupo de profesionales a los que nos preocupa el tema de la transparencia, es de justicia agradecer a Ricard Meneu su trabajo en la elaboración de la primera versión del formulario de declaración.

La cantidad de **premios** a las mejores comunicaciones en distintos ámbitos temáticos ha sido también un hito importante, que ha animado la participación. Remitimos de nuevo a la web para ampliar la información.

Y para acabar... el congreso finalizó con la lectura de la **declaración de Sevilla**, que recoge los temas más relevantes tratados en el mismo (http://www.sespas.es/congresosevilla2009/docs/DECLARACION_SEVILLA_2009_06_03_09.doc). De ella, solo tomo prestado el final para terminar también esta crónica:

iiiSon tiempos para la salud pública!!!

Marta Trapero Bertrán y Enrique Bernal Delgado Secretaria y Presidente de la Junta Directiva de AES

Este año, a principios de mayo, la ciudad de Sevilla arropó el XIII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Sus organizadores están convencidos de que vivimos "Tiempos para la Salud Pública", y por esta razón el lema del Congreso fue éste. El Guadalquivir y el centro de convenciones Hotel Barceló Renacimiento hospedaron más de 1000 asistentes en su celebración. A la participación particular de los socios de AES integrando los Comités Organizador y Científico, junto con el envío de comunicaciones orales y pósteres, se sumó la participación institucional de AES en dicho evento organizando dos mesas sobre la Evaluación de Políticas Públicas, una el día 5 de mayo por la mañana y otra, el mismo día, por la tarde. Los coordinadores de las mesas fueron Juan Oliva y Ángel López, de la Universidad de Castilla La Mancha y la Universidad Politécnica de Cartagena, respectivamente.

Durante la sesión de la mañana se presentaron cuatro trabajos que abarcaron temas tan diversos como el impacto de los cambios en la normativa del consumo del tabaco, la importancia de las externalida-

des del tabaco y su coste social, la evaluación de programas de lucha contra la pobreza y, las necesidades no satisfechas de los mayores dependientes. La sesión de la tarde siguió la misma línea, comprendiendo los siguientes temas: el análisis de las reformas de salud bucodental, los efectos de la competencia del mercado farmacéutico de los genéricos y precios de referencia, el análisis del impacto de las alertas de medicamentos, y la evaluación de políticas viales. Las presentaciones fueron de gran calidad y, aunque la afluencia de público fue baja, permitió un correcto desarrollo de las sesiones.

Junto a ello, nos gustaría destacar que la mesa de clausura del congreso estuvo encabezada por una de nuestras socias, Beatriz González López-Valcárcel, que cautivó al público con el trabajo sobre el impacto de la crisis económica en la salud de las poblaciones. Su intervención suscitó sin duda reflexiones profundas, planteando la necesidad de matizar el discurso y señalando nuestra responsabilidad a la hora de comunicar los resultados de investigación. En el aire tres mensajes: las crisis afectan de modo distinto en función del contexto, la vertebración social y el entramado institucional son determinantes, y las crisis son una oportunidad para priorizar mejor las decisiones

individuales y las políticas públicas. Los tres mensajes con altas dosis de duda informada y matices. Buen ejemplo de cómo analizar problemas complejos desde el paradigma de la contingencia.

Como reflexión final a la participación de AES, aunque cada año somos más los socios de AES que asistimos al congreso de SESPAS, todavía queda un amplio margen para mejorar nuestra representación. Gran parte de los temas que se han discutido en este congreso, entre los cuáles encontraríamos dependencia, inmigración o desigualdades, son actuales y muy relevantes desde una perspectiva profesional y social. También se llevaron a cabo varias sesiones de gestión clínica y sanitaria, planificación, y evaluación de programas y tecnologías sanitarias. Incluso el congreso dio cabida a una sesión de pósteres de Economía de la Salud. Por tanto, os animamos, una vez más, a que en futuras ediciones comprobéis por vosotros mismos el ambiente del congreso, y hagamos más fuertes desde AES los lazos con SESPAS.

Muchas de las presentaciones en power point de las distintas ponencias e intervenciones están accesibles en la web

<http://www.sespas.es/congresosevilla2009/ponencias.html>

noticias

Encuentro **La calidad del Sistema Nacional de Salud a debate** Santander, 24 y 25 de agosto de 2009.

Director: Enrique Bernal Delgado.

Coordinador Científico del Atlas de Variaciones de la Práctica Médica. Unidad de Investigación de Servicios Sanitarios. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Patrocinio: Obra Social de Ibercaja – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Colaboración: Escuela de Verano de Salud Pública de Menoría

XX ESCUELA DE MENORCA DE SALUD PÚBLICA

Llatzeret de Maó (Menorca), del 21 al 26 de septiembre de 2009.

Cursos: el programa de este año ofrece seis Cursos sobre la prevención de enfermedades crónicas -tales como las cardiovasculares o el síndrome de fatiga crónica-, la elaboración de proyectos de investigación europeos, la enseñanza basada en problemas, las habilidades emocionales de los profesionales que trabajan en el campo de la dependencia, o la evaluación de las innovaciones

tecnológicas en los servicios sanitarios.

Encuentros: 18 encuentros que abordan, entre otros, temas relacionados con los avances en las actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria, las desigualdades en salud, la ley de reforma de la salud pública, la prevención de los accidentes de tráfico, la vigilancia epidemiológica o la investigación en servicios sanitarios, con la participación de diversas Sociedades Científicas y Redes de Investigación.

Inscripciones e información:

Escuela de Verano de Salud Pública

<http://www.evsp.cime.es/>

escola.salutpublica@cime.es

CONGRESOS

7th World Congress on Health Economics.

Harmonizing Health and Economics. Beijing, China | July 12-15, 2009

Más información en:

<http://www.healthconomics.org/congress/2009/>