

Economía y Salud

boletín informativo

ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

AÑO 18 MAYO 2005

nº Especial

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

QUIÉNES SOMOS 1

- Razón de ser de la AES.
- Miembros de la AES.
- Juntas Directivas (1986-2004).
- Guías de Buena Práctica.

LABORES QUE IDENTIFICAN

A LA AES 6

- Jornadas AES (1980-2005).
- Becas y Premios.
- Econsalud.
- Nueva web.
- Publicaciones.
- Revisión de Tesis Doctorales:
Economía y Salud (1989-2005).
- Humor.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD

EN ESPAÑA 19

- El impacto de la Economía de la Salud en la Política y en la Gestión.
- Un documentalista en busca de la Economía de la Salud.

VERSIÓN ESPAÑOLA 25

- Hágase según arte (h.s.a.).
- Más cine, por favor.
- ¿Qué hace la Economía por nuestra Salud?

25 años de Economía de la Salud



ECONOMÍA DE LA SALUD

¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV aniversario Jornadas AES

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
Teléfono 93-231 40 66
Fax 93-231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

Editora:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:
Beatriz González López-Valcárcel, Pere Ibern, David Casado, Laura Cabiedes, Jaime Pinilla, Vicente Ortún, Manuel Arranz, Josep-Eladi Baños y Félix Bosch.

Razón de ser de la AES

La Asociación de Economía de la Salud (AES) se constituyó formalmente en 1985, aunque ya venía desarrollando diversas actividades, como la celebración de unas Jornadas anuales desde el año 1980. Se creó para agrupar voluntariamente a todos aquellos profesionales dedicados a la Economía de la Salud o interesados en esta disciplina. La AES es una Asociación de Economía, no de economistas, caracterizándose por un talante interdisciplinar. El número de socios ha ido creciendo con regularidad a lo largo de estos años, alcanzándose en mayo de 2005 la cifra de 683.

De acuerdo con los **Estatutos de la Asociación**, los socios de AES se integran en un colectivo que pretende "facilitar a sus miembros el ejercicio de las actividades de Economía de la Salud, en todos los lugares y niveles donde ésta pueda o deba realizarse...". Además, la Asociación persigue **otros fines**, como "estimular el interés de los profesionales sanitarios en la Economía de la Salud...; promover y difundir los estudios de Economía de la Salud y la formación y el perfeccionamiento de expertos en su realización; promover contactos e intercambios profesionales...; organizar, por sí sola o en colaboración con otras organizaciones o entidades, Congresos, Reuniones y otras actividades científicas de Economía de la Salud [y] editar publicaciones relacionadas con la materia...".¹

Con el objeto de cumplir con estos fines, la Asociación convoca anualmente sus **Jornadas de Economía de la Salud**, lugar de encuentro, estudio y discusión. Los trabajos presentados a todas estas reuniones se recogen en un Libro de Ponencias y Comunicaciones editado por el Comité Organizador de cada edición de las Jornadas. A su vez, en el *impasse* entre unas Jornadas y las siguientes, desde hace algunos años se convoca una **Jornada Técnica**, de ámbito y temario más restringido. Tanto las Jornadas como la Jornada Técnica se celebran cada año en una ciudad de España distinta, para llegar al mayor número posible de personas y facilitar el contacto y la creación de vínculos de colaboración entre los grupos de socios de cada localidad.

El órgano de difusión de las actividades, trabajos y noticias de AES, y nexos entre los socios, es nuestra publicación ***Economía y Salud. Boletín Informativo***. Txomin Uriarte dirigió los 44 primeros números de *Economía y Salud* y Rosa Urbanos tomó el testigo a partir del número 45, para pasárselo a Laura Cabiedes en el número 49. Se envía a todos los socios, Bibliotecas y a diversas instituciones.

AES es una de las Asociaciones fundadoras de la **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)**. Por lo tanto, todos los socios de AES lo son también de SESPAS, gozando, entre otros derechos, de la recepción de sus publicaciones, como *Gaceta Sanitaria* y *Gestión Clínica y Sanitaria*. Asimismo, varias instituciones públicas y privadas hacen donaciones de libros e informes para su distribución entre los socios de AES.

AES es también socia institucional de la **International Health Economics Association (IHEA)**. Desde el año 2000, en virtud de un acuerdo de colaboración entre ambas asociaciones, los socios de AES disfrutaban de una reducción en la cuota de inscripción a los Congresos que bianualmente organiza la IHEA. Este año, el *5th World Congress* de la IHEA se celebra precisamente en Barcelona.

Por último, la Asociación concede diversos premios y becas, como la **Beca de Investigación en Economía de la Salud**, financiada por Bayer, y convocada anualmente. Asimismo, se conceden **Bolsas de Viaje y premios a las mejores comunicaciones presentadas a las Jornadas** anuales de Economía de la Salud. En el marco del convenio de colaboración entre AES y el IEF (Instituto de Estudios Fiscales), ambas instituciones convocarán próximamente la **primera edición del Premio al Mejor Artículo de Economía de la Salud**.

AES ofrece a sus socios protectores y a la sociedad en general una cartera de servicios valiosos, tal y como queda reflejado en el balance de las actividades realizadas en los años de funcionamiento de la Asociación: actividades docentes, de información y asesoramiento, difusión y divulgación, creación de bases referenciales, protocolización y contactos internacionales, entre otras. Este **Número Especial de Economía y Salud** se edita con ocasión de las **XXV Jornadas de Economía de la Salud**, que se celebrarán en Barcelona, bajo el lema "Economía de la Salud, ¿dónde estamos 25 años después?". En él pretendemos dar cuenta de quiénes somos, qué actividades desarrollamos y con qué resultados. A iniciativa de Guillem López-Casasnovas (siempre tiene que haber un culpable) emprendimos, a contra-reloj, la labor de edición de este número. Los incautos que secundaron la iniciativa figuran bajo nuestro rótulo "Han colaborado en este número". A todos ellos, muchas gracias.

El contenido se organiza como sigue: en el resto de esta sección damos cuenta de la evolución y el perfil de los socios de la AES; la composición de las Juntas Directivas que, desde 1986, resultaron elegidas y, por último, las directrices que orientan nuestra práctica congresual y relaciones de patrocinio de actividades científicas, es decir, nuestras Guías de Buena Práctica. En la siguiente sección, se presentan algunas de las actividades que identifican a la AES. En primer lugar, las Jornadas de Economía de la Salud, celebradas anualmente desde 1980, indicando el tema central de cada edición, así como la fecha y lugar de celebración. A continuación se presentan las becas y premios promovidos desde la AES; la lista de distribución de información científica relacionada con la Economía de la Salud (Econsalud, disponible desde finales de 2002); la nueva página web de la Asociación y las principales publicaciones en las que la AES colabora, participa o edita. Tras la recensión de las Tesis cuyos resúmenes fueron publicados en *Economía y Salud*, se recoge, en un intento de no perder el talante de humor, tan vinculado a la salud en general y a la AES en particular, el apartado correspondiente. En la tercera sección se realiza una aproximación a la Economía de la Salud en España desde dos perspectivas diferentes y complementarias: Vicente Ortún analiza su impacto en la política y en la gestión sanitaria a lo largo de los últimos 25 años y Manuel Arranz nos muestra, desde la óptica de un documentalista, la presencia de los investigadores españoles en publicaciones clave de la disciplina. La última sección incluye algunas referencias cinematográficas y literarias a la Medicina, en particular, aquéllas vinculadas al empleo docente de material cinematográfico, entre cuyos pioneros en España figuran Josep-Eladi Baños y Félix Bosch, autores de una de las aportaciones a esta sección. La última reproduce la Conferencia de Apertura de Curso (2004-2005) impartida por Beatriz López-Valcárcel en la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria que, aparte de ser un ejemplo práctico del empleo de estas nuevas técnicas docentes, no deja de ser un repaso de los aspectos clave del desarrollo de la disciplina en los últimos años, resaltando lo que importa, esto es, "¿Qué hace la Economía por nuestra Salud?".

Y así se desarrollan estas páginas, siguiendo en cierto modo el esquema "estructura-conducta-resultados", introducido en la Economía por Edward S. Mason en la década de los años 30 y más tarde arraigado en la Economía de la Salud de la mano de Avedis Donabedian. Dado que no es posible recoger en ellas todo lo que somos, hacemos y conseguimos, como Editora de este Número Especial, pido disculpas desde aquí por las lagunas que se puedan detectar.

¹ Artículo 3º de los Estatutos de la Asociación de Economía de la Salud (AES), aprobados en la Sesión constituyente celebrada en Barcelona el 24 de Octubre de 1985, con las modificaciones de los Artículos 1º y 2º aprobadas en la Asamblea General celebrada en Valencia el 25 de Mayo de 1995 y de los Artículos 12º y 18º aprobadas en la Asamblea General celebrada en Valladolid el 6 de Junio de 1996. Disponibles en la página web de la Asociación; <http://www.aes.es>.

Miembros de la AES

Los Estatutos de la AES prevén cuatro modalidades de socios, todas ellas ratificadas por el órgano supremo de la Asociación; la Asamblea General:

- **Socios numerarios.**
- **Socios protectores:** instituciones con un interés común en el desarrollo de Economía de la Salud, que se sienten identificadas con el cumplimiento de los objetivos de AES y a las que interesa el desarrollo de una asociación interdisciplinar como la nuestra.
- **Miembros corresponsales.**
- **Miembros de Honor:** personalidades nacionales o extranjeras acreedoras de actividades destacadas, propuestas por la Junta Directiva y ratificadas por la Asamblea General.

En los Cuadros adjuntos se presentan algunas estadísticas que permiten hacer un mínimo análisis de su evolución y características. El número de socios ascendía a 69 en 1986 y a 539 diez años después (a 30 de abril de 1996), situándose actualmente en 683. Más de dos tercios del total son varones. Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana y las Islas Canarias son las Comunidades Autónomas con mayor representación. Existe una gran variedad de perfiles profesionales, si bien predominan,

con pesos muy similares, economistas (casi el 39 %) y médicos (37 %). La diversidad profesional es claro reflejo del talante interdisciplinar de la AES; una Sociedad de Economía, no de economistas.

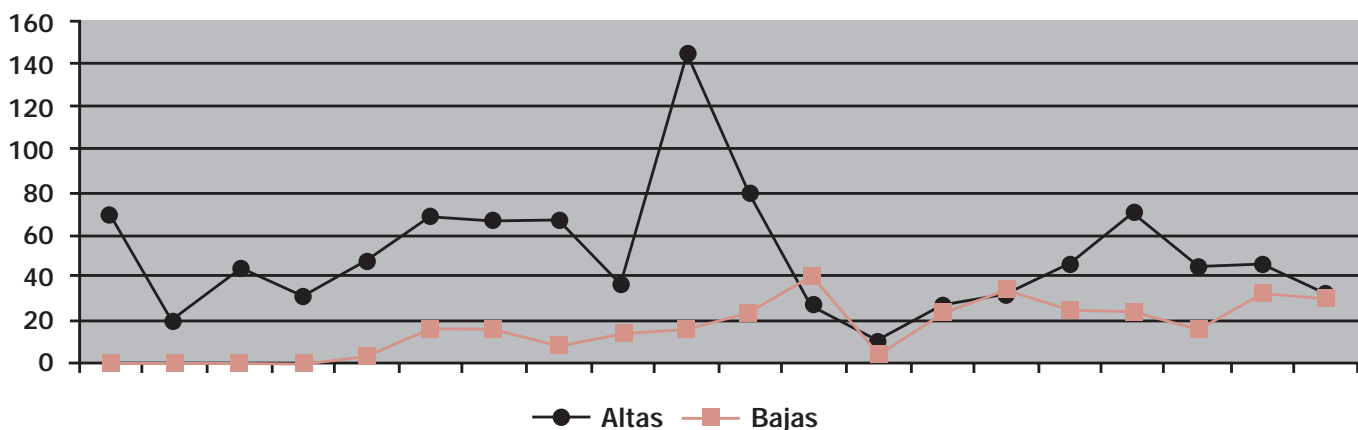
La AES tiene 20 socios protectores, resultado de una tendencia marcadamente creciente, dado que hace diez años contábamos con 3 y más de la mitad de los miembros protectores ha iniciado su apoyo a las actividades de la Asociación en los últimos cuatro años. Desde el año 2000, AES mantiene estrechos contactos con 5 socios corresponsales. Los convenios suscritos con las Asociaciones homónimas de Argentina, Portugal y Brasil establecen, entre otros puntos de colaboración, que cuando una de las Asociaciones celebre una actividad científica especial (como unas Jornadas), invitará a un representante de la otra Asociación.

Socios AES – Movimiento y características

Nº de socios a 11 de mayo del 2005:	683
Numerarios:	658
Protectores:	20
Corresponsales:	5
Nº altas desde la memoria 2003-2004:	34
Nº bajas desde la memoria 2003-2004:	30

Evolución Altas-Bajas

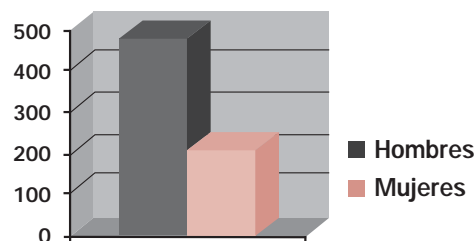
Año	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05
Altas	69	20	44	31	47	69	67	67	37	145	80	27	10	27	31	45	71	44	46	34
Bajas	0	0	0	0	3	17	18	9	14	17	24	40	5	24	35	26	24	16	33	30



Características

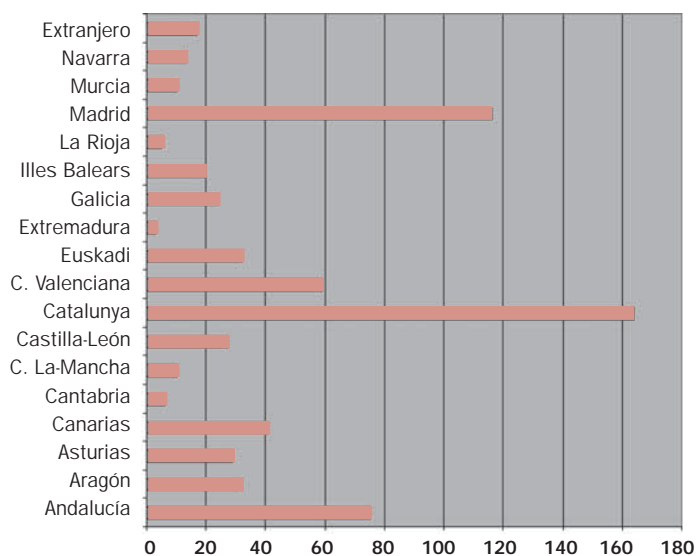
Hombres	475	69,55%
Mujeres	208	30,45%

Media de edad: 42,50 años



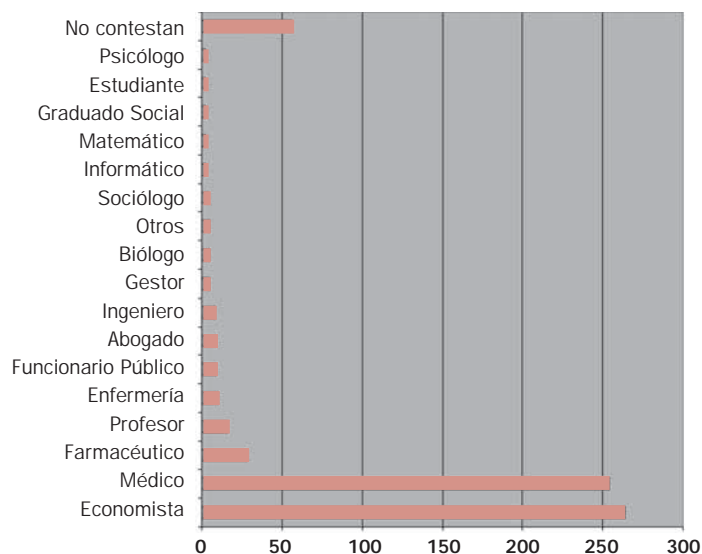
Distribución de socios por Comunidades Autónomas

Andalucía	75
Aragón	32
Asturias	29
Canarias	41
Cantabria	6
Castilla La-Mancha	10
Castilla-León	27
Catalunya	164
Comunidad Valenciana	59
Euskadi	32
Extremadura	3
Galicia	24
Illes Balears	20
La Rioja	5
Madrid	116
Murcia	10
Navarra	13
Extranjero	17



Socios según profesión

Economista	264
Médico	254
Farmacéutico	28
Profesor	16
Enfermería	10
Funcionario Público	9
Abogado	9
Ingeniero	8
Gestor	5
Biologo	5
Otros	5
Sociólogo	4
Informático	2
Matemático	2
Graduado Social	2
Estudiante	2
Psicólogo	2
No contestan	56



Socios protectores

Nº	Nombre	Alta
9001	Escuela Andaluza de Salud Pública	20.06.88
9002	Departamento de Sanidad-Gobierno Vasco	19.11.89
9003	GlaxoSmithKline	15.05.95
9006	Servei Català de la Salut	14.04.97
9007	Fundación BBVA	02.05.98
9008	Fundación Hospital Alcorcón	19.05.98
9009	Fundación Avedis Donabedian	21.01.99
9011	Fundación Pfizer	07.09.99
9017	CHC Consultoria i Gestió, SA	22.03.01
9018	Laboratorios Dr. Esteve, SA	16.07.01
9019	Servicio Balear de la Salud	01.09.01
9020	Johnson & Johnson Medical	21.06.02
9022	Sumol Pharma, SA	15.05.03
9023	Lilly, SA	03.10.03
9024	Fundación Salud, Innovación y Sociedad	27.10.03
9025	Servicio de Salud del Principado de Asturias	10.12.03
9026	Merck Sharp & Dohme de España, SA	12.03.04
9028	Medtronic Ibérica, SA	20.05.04
9029	Servicio Cántabro de Salud	20.05.04
9030	IASIST, SA	18.03.05

Socios Corresponsales

9013	Q.F. Bayer, SA	25.05.00
9014	AES Argentina	22.11.00
9015	APES (Asociación Portuguesa de Economía de la Salud)	22.11.00
9021	IEF (Instituto de Estudios Fiscales)	08.01.03
9027	ABrES (Asociación Brasileña de Economía de la Salud)	16.02.04

Juntas Directivas de AES 1986-2004

Junta	1986/1987	1987/1988	1988/1989	1989/1990	1990/1991	1991/1992
Cesant		J. Rovira J.L. Mtz-Zahonero L. Bohigas	P. Coll T. Uriarte P. Fuertes N. Sanfrutos V. Ortún	J. L. Ruiz J. M. Cabasés F. Zamorano C. Murillo	J. Rovira	T. Uriarte J. Hernández F. Antoñanzas
Elegidos	L. Bohigas N. Sanfrutos V. Ortún J. Rovira T. Uriarte P. Coll P. Fuertes J.L. Ruiz F. Zamorano J. M. Cabasés J.L. Mtz-Zahonero	J. Rovira C. Murillo F. Antoñanzas	T. Uriarte	J.J. Martín J. Hernández J. Fité J.M. Cabasés	J. J. Artells F. Lobo S. Marimón	F. Antoñanzas J. Rovira A. Yáñez
Presidente/a Vicepres. 1º Vicepres. 2º Secretario/a Tesorero/a Vocales	L. Bohigas N. Sanfrutos V. Ortún J. Rovira T. Uriarte P. Coll P. Fuertes J.L. Ruiz F. Zamorano J. M. Cabasés J.L. Mtz-Zahonero	J. Rovira N. Sanfrutos (y Secretario) P. Fuertes C. Murillo F. Antoñanzas V. Ortún T. Uriarte P. Coll J.L. Ruiz F. Zamorano J. M. Cabasés	J. Rovira C. Murillo F. Antoñanzas T. Uriarte J.L. Ruiz F. Zamorano J.M. Cabasés	J. Rovira J. M. Cabasés F. Antoñanzas T. Uriarte J. Fité J. J. Martín J. Hernández	J. M. Cabasés F. Antoñanzas S. Marimón T. Uriarte J. Fité J. J. Martín J. Hernández F. Lobo J. J. Artells	J. M. Cabasés F. Antoñanzas S. Marimón A. Yáñez J. Fité J. J. Martín F. Lobo J. J. Artells J. Rovira

Junta	1992/1993	1993/1994	1994/1995	1995/1996	1996/1997	1997/1998	1998/1999
Cesant	J. M. Cabasés J. Fité J. J. Martín	J. J. Artells S. Marimón F. Lobo	F. Antoñanzas A. Yáñez J. Rovira	J. J. Martín V. Ortún M. Rodríguez	J. Ginestal N. Sanfrutos J. R. Repullo Y. González	S. Peiró C. Hernanz J. Puig	C. Murillo M. Rodríguez A. Larraz
Elegidos	J. J. Martín V. Ortún M. Rodríguez	N. Sanfrutos J. Ginestal J. R. Repullo	C. Hernanz J. Puig S. Peiró	C. Murillo Y. González M. Rodríguez	T. Uriarte F. Campoy N. Sanfrutos J. Ginestal	A. Berra S. Peiró A. Larraz	J. Callau J. Ventura V. Ortún
Presidente/a Vicepres. 1º Vicepres. 2º Secretario/a Tesorero/a Vocales	F. Antoñanzas M. Rodríguez J. J. Martín A. Yáñez S. Marimón J. J. Artells F. Lobo J. Rovira V. Ortún	F. Antoñanzas J. J. Martín J. R. Repullo A. Yáñez M. Rodríguez J. Rovira V. Ortún N. Sanfrutos J. Ginestal	J. J. Martín V. Ortún J. R. Repullo J. Puig M. Rodríguez N. Sanfrutos J. Ginestal C. Hernanz S. Peiró	C. Murillo J. R. Repullo J. Puig M. Rodríguez N. Sanfrutos J. Ginestal C. Hernanz S. Peiró Y. González	C. Murillo S. Peiró T. Uriarte J. Puig M. Rodríguez N. Sanfrutos J. Ginestal C. Hernanz F. Campoy	C. Murillo S. Peiró T. Uriarte A. Berra M. Rodríguez N. Sanfrutos J. Ginestal F. Campoy A. Larraz	V. Ortún S. Peiró T. Uriarte A. Berra N. Sanfrutos J. Ginestal F. Campoy J. Ventura J. Callau

Junta	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005
Cesant	T. Uriarte J. Ginestal F. Campoy N. Sanfrutos	A. Berra S. Peiró	J. Callau J. Ventura V. Ortún	T. Uriarte P. López A. A. G-Altés J. Marco	B. González R. Meneu	V. Ortún J. Ventura R. Urbanos	L. Cabiedes D. Casado P. Ibern P. López A.
Elegidos	T. Uriarte P. López A. A. G-Altés J. Marco	B. González R. Meneu	V. Ortún J. Ventura R. Urbanos	L. Cabiedes D. Casado P. Ibern P. López A.	B. González R. Meneu F. Gómez	E. Bernal J. Fusté R. Urbanos	
Presidente/a Vicepres. 1º Vicepres. 2º Secretario/a Tesorero/a Vocales	V. Ortún S. Peiró T. Uriarte A. Berra A. G-Altés J. Ventura J. Callau P. López A. J. Marco	V. Ortún B. González T. Uriarte J. Marco A. G-Altés J. Ventura J. Callau P. López A. R. Meneu	V. Ortún B. González R. Meneu J. Marco A. G-Altés T. Uriarte J. Ventura P. López A. R. Urbanos	V. Ortún B. González R. Meneu R. Urbanos D. Casado J. Ventura P. López A. L. Cabiedes P. Ibern	V. Ortún B. González R. Meneu R. Urbanos D. Casado J. Ventura P. López A. L. Cabiedes F. Gómez	B. González R. Meneu P. Ibern R. Urbanos J. Fusté P. López A. L. Cabiedes F. Gómez D. Casado E. Bernal	

Guías de Buena Práctica Congresual y de Relaciones con Patrocinadores

Las Jornadas anuales conocen un proceso de mejora por aprendizaje, pese a que se realizan por equipos organizadores diferentes. La Junta Directiva aprobó en su reunión de 30 de noviembre de 2000 unas directrices organizativas y científicas, dando así cumplimiento al mandato de la Asamblea de Palma de Mallorca en el año 2000. Estas directrices, auténtica Guía de Buena Práctica Congresual, fueron aprobadas por la Asamblea de Oviedo, el 7 de junio de 2001 (disponibles en <http://aes.es>).

Complementariamente, y para regular las relaciones de patrocinio de actividades científicas promovidas por AES, la Junta elaboró una Guía específica para las relaciones de patrocinio, aprobada en la Asamblea de 30 de mayo de 2002 en Pamplona, cuyo texto se reproduce en los siguientes párrafos.

Guía para las Relaciones de Patrocinio de Actividades Científicas Promovidas por la AES

Los principios y normas recogidos a continuación se basan en la premisa de que las relaciones de patrocinio de actividades científicas de AES, tanto por instituciones públicas como privadas, deben ser beneficiosas para las partes, servir al desarrollo de los objetivos perseguidos por AES, pero también en que AES debe conservar su imagen de independencia, evitar conflictos de intereses y salvaguardar los valores que forman parte integral de la razón de ser de la Asociación.

Principios generales

1. Los valores y objetivos de AES, definidos en sus estatutos, son la guía para el establecimiento de relaciones de patrocinio. Son estos valores los que deben determinar, en última instancia, si una relación de patrocinio es aceptable o no para AES. AES no mantendrá relaciones de patrocinio con organizaciones o industrias cuyos principios, estrategias o actividades entren en conflicto con estos valores (Por ejemplo, la industria tabaquera).

2. En general, y antes que actuar reactivamente, la AES debe buscar sus prioridades de financiación externa en función de la actividad y las instituciones relacionadas con valores o políticas compatibles con los objetivos de AES.

3. Las relaciones de patrocinio de actividades de la AES deben preservar o promover la confianza de la Asociación.

4. Las relaciones de patrocinio de AES no deben comprometer la objetividad de la Asociación, ni la de sus miembros, actividades o programas.

5. Las actividades patrocinadas deben implicar algún beneficio para la sociedad, los pacientes, o las instituciones, sociedades y colectivos interesados en la economía de la salud.

Normas específicas

1. AES puede producir información sobre la efectividad o la eficiencia de tecnologías, intervenciones o productos,

pero no debe implicarse en la producción, venta o actividades promocionales de tales productos o tecnologías.

2. Siempre que sea posible, las actividades deben ser patrocinadas desde múltiples fuentes. Las actividades bajo patrocinio único tienen un mayor riesgo de influencia inadecuada sobre AES o de ofrecer una imagen inadecuada de AES.

3. AES debe preservar el control sobre cualquier proyecto o materiales de marketing que utilicen el nombre o el logo de la Asociación, así como el control editorial sobre cualquier texto de la Asociación producido bajo patrocinio.

4. Las relaciones de patrocinio no deben permitir ni favorecer la influencia de la institución patrocinadora sobre las políticas, prioridades o acciones de AES.

5. El patrocinio de un programa o actividad de AES no implica el respaldo de AES a las políticas o actuaciones de la entidad patrocinadora.

6. La financiación de actividades no debe implicar en ningún caso el posicionamiento político de la Asociación, ni el ejercicio de actividades de influencia sobre cargos públicos.

7. Las relaciones de patrocinio de AES -y los materiales publicitarios en los que aparezca el nombre o logo de AES- deben ser aprobados por la Junta Directiva de la Asociación o, en su caso, por las personas delegadas para tal finalidad por la Junta Directiva para la realización de una actividad concreta.

8. Los patrocinadores no pueden decidir el contenido científico de las actividades patrocinadas, incluyendo la elección de determinados conferenciantes, que corresponderá siempre a los miembros de los Comités Científicos nombrados por AES.

9. Los socios de AES deberían poner en conocimiento de la Junta Directiva las actividades en que, a su juicio, se haya quebrado alguno de los principios y normas anteriores. La conclusiones emitidas por la Junta serán difundidas a través de los habituales medios de comunicación de AES.

Labores que identifican a la AES

Relación de Jornadas AES de Economía de la Salud (1980-2005)



Edición	Título	Ciudad	Mes	Año
I	La utilización del análisis económico en los servicios sanitarios	Barcelona	Diciembre	1980
II	Economía de la política sanitaria	Bilbao	Diciembre	1981
III	Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías	Madrid	Mayo	1983
IV	Aspectos económicos de la reforma sanitaria	Sevilla	Mayo	1984
V	Sociedade, saúde e economia	Lisboa	Mayo	1985
VI	Sector público y sector privado en el Sistema de Salud	Valencia	Mayo	1986
VII	Planificación, gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario	Málaga	Mayo	1987
VIII	Equidad	Las Palmas de G. C.	Mayo	1988
IX	Incentivos en los Sistemas de Salud	Barcelona	Septiembre	1989
X	Evaluación económica de tecnologías sanitarias	Pamplona	Mayo/Junio	1990
XI	El Sistema Nacional de Salud de los 90 (Estrategia de Salud, Planificación y Mercado)	Alicante	Junio	1991
XII	Efectos del proceso de integración europea sobre la salud y los sistemas sanitarios	Madrid	Mayo	1992
XIII	Mercados y competencia en el sistema sanitario	Granada	Junio	1993
XIV	Cambios en la regulación sanitaria	Santiago de C.	Junio	1994
XV	Instrumentos para la gestión en sanidad	Valencia	Mayo	1995
XVI	Financiación y prestaciones: diez años de la Ley General de Sanidad	Valladolid	Junio	1996
XVII	Costes y calidad en la contratación de servicios de salud	Murcia	Mayo	1997
XVIII	Información sanitaria y nuevas tecnologías	Vitoria-Gasteiz	Mayo	1998
XIX	Necesidad sanitaria, demanda y utilización	Zaragoza	Junio	1999
XX	Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica	Palma de Mallorca	Mayo	2000
XXI	Coordinación e incentivos en sanidad	Oviedo	Junio	2001
XXII	La organización territorial de la sanidad	Pamplona	Mayo	2002
XXIII	Gestión clínica y sanitaria: actualizando la agenda	Cádiz	Junio	2003
XXIV	Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud	El Escorial	Mayo	2004
XXV	Economía de la Salud, ¿dónde estamos 25 años después?	Barcelona	Julio	2005

Becas y Premios

De acuerdo con los Estatutos de la Asociación, los socios de AES se integran en un colectivo que pretende "... facilitar a sus miembros el ejercicio de las actividades de Economía de la Salud, en todos los lugares y niveles donde ésta pueda o deba realizarse". A fin de cumplir con estos postulados, la Asociación concede diversos premios y becas. La **Beca de Investigación en Economía de la Salud**, financiada por BAYER, se viene convocado anualmente desde 1992. Dada su relevancia, se le dedica el subapartado siguiente. También se conceden **Bolsas de Viaje** que, tal y como ha acordado la Junta, se vinculan únicamente a la presentación de comunicaciones en las Jornadas anuales de AES y a los congresos bienales organizados por la *International Health Economics Association* (IHEA). Para optar a cualquiera de estas dos modalidades, es preciso ser socio, con una antigüedad mínima de un año en el momento de presentación de la solicitud, así como acreditar la aceptación de una ponencia, comunicación o póster por el Comité Científico de la reunión.¹ Anualmente, durante el transcurso de las Jornadas de Economía de la Salud, la AES concede **premios a las mejores comunicaciones** presen-

tadas en cada edición. Existe un premio para cada una de las siguientes modalidades: comunicaciones orales, comunicaciones orales de contenido local (esto es, de la Comunidad Autónoma donde se celebran las Jornadas) y comunicaciones gráficas (pósters). En el Cuadro adjunto se muestran las comunicaciones premiadas en los últimos años. Por último, en el marco del convenio de colaboración entre AES y el Instituto de Estudios Fiscales (IEF), ambas instituciones convocarán próximamente la **primera edición del Premio al Mejor Artículo de Economía de la Salud**, que contará con una dotación de 3.000 Euros. El premio está dirigido a autores españoles o residentes en países de habla hispana de artículos publicados durante 2004 en revistas con proceso de revisión por pares (*peer review*), cuya temática sea de Economía de la Salud. La convocatoria se hará pública en el *Boletín Oficial del Estado* y en las páginas web de AES y del IEF.

¹ Pueden consultarse las bases en <http://www.aes.es>.

Comunicaciones Premiadas en las Jornadas AES de Economía de la Salud (1996-2004)

1996	CO	No convocado	-
	COCL	No convocado	-
	CG	"Gasto sanitario público en España 1991-1993: Cuentas satélite"	Begoña Girón Sierra et al.
1997	CO	No convocado	-
	COCL	No convocado	-
	CG	"La mejora de la capacidad resolutive en el ámbito de la atención primaria fruto de la reordenación de la atención especializada: la experiencia en el sector sanitario Ciutat Vella"	Lacasa, C. et al.
1998	CO	"Análisis de la eficacia de medidas para la gestión de listas de espera en centros hospitalarios públicos"	Begoña González-Busto Múgica
	COCL	No convocado	-
	CG	"¿Pensionistas o mayores de 64 años?"	E. Nin et al.
1999	CO	"Evidencia de la relación entre recursos sanitarios y estado de salud: un análisis regional"	Berta Rivera Castiñeira
	COCL	No convocado	-
	CG	"Desarrollo de un indicador de necesidad relativa para la estimación de los presupuestos de farmacia en lo servicios de atención primaria de salud"	Marina Ayestarán
2000	CO	"Cream-Skimming incentives for efficiency and risk adjustment"	Pedro Pita Barros
	COCL	No convocado	-
	CG	"¿Cómo influye la puesta en funcionamiento de puntos de atención continuada de atención primaria sobre el número total de urgencias?"	Eusebi Castaño, Juli Fuster y J.M. Pomar
2001	CO	"Reducción de las listas de espera y grado de utilización de la capacidad instalada en los hospitales españoles"	Magda Solá Tey y Diego Prior
		"Valoración económica de los impactos en la salud de la contaminación. Resultados de un experimento de elección"*	María Xosé Vázquez
		"Efecto del formato de pregunta en los experimentos de preferencias declaradas en salud"*	José Araña Padilla
	COCL (<i>ex aequo</i>)	"Análisis de costes comparativos entre dos laboratorios clínicos"	B. Fernández Minguela, M. Vinuesa Iñiguez y L. M. Para Fernández
		"Evolución de la hospitalización de los mayores de 64 años en Asturias"	F. Suárez García y D. Oterino de la Fuente
	CG	"Evaluación de la implantación de cincuenta y cuatro procedimientos clínicos en el hospital de Matoró"	Joan Berenguer y Margarita Esteve
2002	CO	"Metodología para la medición del grado de bondad de una situación de salud"	Xavier Metzger
	COCL	No convocado	-
	CG	"Simulación económica sobre la aplicación y desarrollo de la O.M. y R.D. de precios de referencia"	Antonio García Ruíz et al.
2003	CO	"Medicamentos de marca <i>versus</i> genéricos: estimación de las preferencias de los consumidores a partir de modelos de elección discreta"	Anna Merino Castelló
	COCL	"Efectividad de un plan de acción en la gestión de puntos críticos en una unidad clínica hospitalaria"	Augusto A. Pérez Mateos y M. Aguilar Diosdado
	CG (<i>ex aequo</i>)	"Análisis económico de una unidad de ictus para la identificación de variables predictoras de costes"	Josefina Alonso Fernández et al.
		"Variabilidad territorial en la tasa de ingresos por diagnósticos médicos habitualmente atendidos en urgencias"	Joan Parellada Sabaté et al.
2004	CO	"Physicians' opportunistic behaviour: An incentive approach"	Ariadna García Prado
	COCL	No convocado	-
	CG	"Uso racional de medicamentos: visualizando espacios de mejora"	María Zaforteza, María Vega y Eusebi Castaño

CO: Comunicación oral; COCL: Comunicación oral de contenido local y CG: Comunicación gráfica.

*Premio a la mejor comunicación presentada por un autor menor de 35 años (*ex aequo*). Cedido por el ganador del año anterior, Pedro Pita -entonces Presidente de APES-, para que la AES concediese en la siguiente edición este premio especial.

Becas de Investigación en Economía de la Salud (1992-2005)

La **Asociación de Economía de la Salud** convoca anualmente la Beca de Investigación en Economía de la Salud, financiada por **Química Farmacéutica BAYER, S.A.** Bayer se ha distinguido por un apoyo continuado e incondicional a la AES desde 1991 y tanto los representantes de Bayer como AES valoran el acierto de las concesiones, reflejado en una recopilación reciente de las tesis doctorales, artículos y publicaciones en general que la citada Beca ha posibilitado. Pueden optar a esta Beca proyectos originales e inéditos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal desarrolle su actividad profesional en España. No es requisito la pertenencia a la Asociación de Economía de la Salud. El tribunal que adjudica la Beca de Investigación en Economía de la Salud está formado por tres miembros de AES, nombrados por la Junta Directiva y un representante de Bayer, que actúa como Secretario, sin voto. En la edición correspondiente al año 2004, el tribunal estuvo formado

por el Dr. Salvador Peiró (Presidente), el Dr. Juan M. Cabasés, el Dr. Diego Prior y la Dra. Carme Piñol (Secretaria, con voz y sin voto). En la edición de 2005 el tribunal está constituido por el Dr. Juan M. Cabasés (Presidente), el Dr. Diego Prior, el Dr. José Manuel Freire y la Dra. Carme Piñol (Secretaria, con voz y sin voto). Las Becas de Investigación en Economía de la Salud pueden declararse desiertas si a juicio del Tribunal calificador se estima que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. Tal y como se puede ver en el Cuadro adjunto, hasta ahora se han concedido las trece Becas de Investigación en Economía de la Salud convocadas en el período 1992 a 2004.¹

¹ Pueden consultarse las bases correspondientes a la última convocatoria, de 2005, en *Economía y Salud*, nº 52: 13 y en <http://www.aes.es>.

Becas de investigación en Economía de la Salud concedidas en el período 1992-2004

Año	Ganador/a	Título
1992	Laura Cabiedes Miragaya	<i>Grado de difusión de las novedades terapéuticas en la CE. Variables explicativas.</i>
1993	Laura Pellisé Urquiza	<i>Sistema de financiación de proveedores sanitarios. Distribución de riesgos óptima.</i>
1994	Eulalia Dalmau Matarrodona	<i>Medidas de evaluación del bienestar. El método de la valoración contingente aplicado a la Cirugía Mayor Ambulatoria.</i>
1995	Ignacio Abásolo Alessón	<i>El gasto sanitario en Canarias en 1990: estimación y análisis económico.</i>
1996	Julián Librero López y Rosa Ordiñana	<i>Indicadores de efectividad hospitalaria a partir del CMBD: implantación y validación preliminar del Programa para el Estudio de Complicaciones (PEC)</i>
1997	Marc Sáez Zafra y M ^a Antonia Barceló Rado	<i>Análisis económico de la incidencia y de la duración de la Incapacidad Temporal.</i>
1998	Rosa María Urbanos Garrido	<i>Análisis temporal de la equidad horizontal interpersonal en la prestación de servicios sanitarios públicos en España 1987-1995. Alcance y determinantes.</i>
1999	Rosa Rodríguez Monguió	<i>Disposición a pagar para evitar los efectos adversos de los medicamentos.</i>
2000	Eva Rodríguez Míguez	<i>Valoración de los tratamientos sanitarios: la importancia de la edad y de los efectos distributivos.</i>
2001	Víctor Fernández Blanco, David Oterino de la Fuente, José Baños Pino y Ana Rodríguez Álvarez	<i>Urgencias hospitalarias versus urgencias en atención primaria en Asturias: un análisis de cointegración.</i>
2002	Miguel Ángel Negrín Hernández	<i>Aplicación de las técnicas bayesianas al análisis coste-efectividad.</i>
2003	Joan Costa Font y Joan Gil Trasfi	<i>Generación de las desigualdades en salud: en busca de un modelo explicativo en España.</i>
2004	Aitana Lertxundi Manterola y Marc Sáez Zafra	<i>Influencia de la deprivación sobre la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en la Región Sanitaria Girona.</i>

Econsalud, la lista de distribución de Economía de la Salud

Los orígenes

En 1995 Pere Ibern nos informaba sobre el interés de la red internet para los economistas de la salud (*Economía y Salud*, nº 21: 8), resaltando la RedIRIS, un servicio público creado en 1988, de Interconexión de los Recursos Informáticos de las Universidades y centros de investigación españoles. Ésta es precisamente la tecnología que da alojamiento y asistencia técnica a Econsalud, la lista de distribución de Economía de la Salud, accesible desde finales de 2002. Su creación responde a un acuerdo de la Junta Directiva de AES, a iniciativa de Pere Ibern, su primer moderador. En el año 2000 Pere, insistiendo de nuevo en la relevancia de las tecnologías de la información, señalaba cómo "todos somos conscientes de que la red ofrece tanta información que uno puede perderse con facilidad" (*Economía y Salud*, nº 39: 15). Pues bien, desde finales de 2002, muchos nos perdemos menos y encontramos más, gracias a Econsalud. Los siguientes párrafos, escritos por **Pere Ibern y Beatriz González**, su sucesora en la moderación de la lista, dan buena cuenta de cómo es posible (*Economía y Salud*, nº 50: 3).

AES ha firmado un acuerdo de afiliación a la RedIRIS para la gestión de Econsalud. Somos una de las 97 listas de distribución de la RedIRIS de "Medicina" y una de las 48 listas de "Ciencias Económicas".

Objetivo: los temas

El objetivo de Econsalud es distribuir información científica relacionada con la Economía de la Salud a sus afiliados. No es un foro de debate, sino más bien un dispositivo de alerta y un almacén de información con el que se puede contar para obtener información actualizada, precisa y relevante sobre eventos (seminarios, conferencias, jornadas, congresos); publicaciones de diversos tipos (informes de organismos y organizaciones internacionales, documentos de trabajo, revistas científicas); regulación y legislación; bases de datos y sitios web; y acontecimientos de especial relevancia relacionados con la Economía de la Salud. Se priman las referencias a contenidos de libre acceso en la web.

Una lista "moderada"

Econsalud es una lista "moderada", término que no significa lo contrario de "exaltada" o "excesiva", sino que hay un moderador encargado de filtrar lo que se difunde. Cualquier suscriptor puede mandar

mensajes a la lista, pero el moderador decide si se publican o no. Frente a otras listas de distribución que son muy laxas en este sentido, la política de Econsalud es restrictiva. Somos conscientes de que la inflación de mensajes tiene más costes que beneficios para nuestros suscriptores. A nadie le gusta encender su ordenador y encontrar una larguísima lista de mensajes nuevos, la mayoría de ellos carentes de interés. Dado el perfil de nuestros suscriptores, desde el principio hemos decidido una política de filtros bastante *cerrojera*.

Los suscriptores

A finales de marzo de 2004, Econsalud tiene 311 suscriptores¹... Muchos de nuestros suscriptores son socios de AES, pero ni están todos los que son ni son todos los que están. La gran mayoría de nuestros suscriptores radican en España, aunque hay participación de Iberoamérica. La afiliación es muy variada. Aunque predomina el perfil académico-científico (universidades y centros de investigación), hay afiliados de los Servicios de Salud de las CCAA (tenemos representación de la mayoría de las Comunidades), de compañías farmacéuticas y de seguros, empresas consultoras, hospitales públicos y privados y centros de atención primaria.

Un consejo para rentabilizar el uso de Econsalud

Recibirás entre 10 y 30 mensajes de Econsalud cada mes. Échales un viazo rápido sobre la marcha si tienes tiempo ese día y después bórralos. No te angusties por no poder leerlo todo, además no todo te va a interesar. La página web tiene un excelente buscador que recupera para ti los contenidos específicos publicados en la lista, por temas y fechas. Para consultar archivos de la lista: <http://listserv.rediris.es/archives/econsalud.html>.

Cómo darte de alta en Econsalud

Para darte de alta puedes rellenar el formulario en la dirección <http://listserv.rediris.es/cgi-bin/wa?SUBED1=econsalud&A=1>

Por favor, mándanos tus sugerencias sobre Econsalud, desde hace unos meses moderada por **Enrique Bernal**, a: ebernal.iacs@aragob.es.

¹ Actualmente Econsalud tiene 382 suscriptores.

La nueva web de AES

David Casado Marín

A finales de 2004, tras algunos meses dándole vueltas al asunto, los miembros de la Junta decidimos que había llegado el momento de renovar la página web de nuestra Asociación. Los cambios en Internet se suceden a un ritmo vertiginoso y la antigua web, inaugurada en el año 2000, venía reclamando desde hacía tiempo un cambio de imagen. La nueva web de AES, estrenada el pasado 1 de mayo, ha sido elaborada con el doble objetivo de mejorar tanto el diseño como los contenidos de la anterior.

La página de inicio de la nueva web, además de una galería de fotos que se renueva automáticamente, ofrece al internauta una visión de conjunto sobre los distintos contenidos que en ella puede encontrar. Estos contenidos se organizan en dos menús desplegados que difieren tanto estéticamente como conceptualmente. El primero de ellos, situado a la izquierda, se compone de un conjunto de secciones cuyo denominador común es el carácter cambiante de la información que en ellas aparece (noticias, calendario de eventos, convocatorias abiertas de becas...). Las secciones del otro menú, situado en la parte superior del inicio, contienen toda aquella información relativa a nuestra asociación de carácter "perenne": la historia de AES, las memorias de cada año, nuestras publicaciones, las Jornadas, etc... Dedicaré los siguientes párrafos a describir brevemente las distintas secciones que componen uno y otro menú.

Quizás una de los apartados más novedosos de la web, dentro de ese primer menú de contenidos cambiantes, sea el calendario de eventos. La idea es ir informando puntualmente de todos aquellos actos -congresos, seminarios, cursos...- que puedan ser de interés para quienes se sienten atraídos por la Economía de la Salud. El que los eventos aparezcan marcados en un calendario, con enlaces que amplían la información si el internauta así lo desea, puede resultar una manera cómoda y útil de saber "dónde ir". La sección de *noticias*, por su parte, pretende que quienes visiten la web puedan estar al corriente de qué es lo que se cuece en esto de la Economía de la Salud a nivel estatal, desde la publicación de un libro hasta el nombramiento de alguno de nuestros socios como asesor ministerial... En la sección de *convocatorias abiertas*, siguiendo con esta idea de que la web resulte informativa, se

tiene previsto anunciar todas aquellas becas relacionadas con la Economía de la Salud que tengan abierto su plazo de solicitud.

Habrà quien tenga dudas sobre la tasa con la que vaya a ser renovada la información de las anteriores secciones. Ya se sabe que, tras el impulso inicial, el riesgo de que este tipo de cosas languidezcan es notable. La promesa de este webmaster es que habrá dinamismo. Y lo que me permite decir esto es que una de las mejoras más importantes de la web, aunque no sea visible para el visitante, es que la empresa que se ha ocupado de su diseño nos ha proporcionado un *software* de gestión que hace de la renovación de contenidos un juego de niños. Las novedades, por tanto, están aseguradas.

Buena parte de los contenidos de la web antigua, debidamente actualizados y organizados de manera distinta, aparecen en las diversas secciones que componen el otro menú desplegado al que me he referido anteriormente. En *Quiénes somos*, por ejemplo, se puede encontrar información sobre la historia de AES, los miembros que componen la actual Junta Directiva y las anteriores, nuestros Estatutos, así como las memorias y las actas de la Asociación. También se sigue teniendo acceso, en el apartado de *Publicaciones*, al texto completo de los 53 números de *Economía y Salud* publicados hasta el momento, y se mantienen los enlaces con las distintas revistas en las que AES juega un activo papel: *Gestión Clínica y Sanitaria*, *European Journal of Public Health*, *Gaceta Sanitaria*, etc.

Estoy convencido de que con esta nueva página, como ocurrió en su día con la antigua, nuestra Asociación hace más atractiva su presencia en Internet. Tenemos todavía, sin embargo, algunas lagunas en esto de las nuevas tecnologías. Quizás la más preocupante es que sólo disponemos de la dirección de correo electrónico de un 20% de nuestros socios. Hoy es una buena ocasión para animaros a enviar un mensaje a secretaria@aes.es en el que se indique, además de vuestro nombre y apellidos, una dirección de correo electrónico en la que poder contactaros. Y también es un día propicio, claro está, para pedirnos que os deis un paseo por www.aes.es y juzguéis vosotros mismos. *Habemus paginam.*

Publicaciones

Son ediciones de marcado interés para la Economía de la Salud en las cuales AES colabora, participa o edita, y cuyas inscripciones están incluidas en la cuota de socio de AES. Aparte de las publicaciones periódicas y de los Informes Técnicos de AES que se reseñan a continuación, es preciso mencionar la edición de libros, entre los que predominan los Libros de Ponencias y Comunicaciones editados por el Comité Organizador de cada edición de las Jornadas de Economía de la Salud.



Economía y Salud

Es el boletín informativo de AES, editado con periodicidad cuatrimestral desde diciembre de 1987. Con una tirada superior a los 1.300 ejemplares y camino de los 60 números. *Economía y Salud* es una parte importante de la vida de la Asociación.

Usualmente, contiene un editorial sobre algún tema actual, artículos realizados por especialistas en diversas materias y toda la información sobre las actividades de AES, incluyendo secciones de referencias de literatura científica y comentarios sobre novedades bibliográficas, así como colaboraciones de los socios que son siempre bien recibidas.

La revista se distribuye a todos los socios de AES y, gratuitamente, a las personas o instituciones que la soliciten. Todos los números están disponibles en la web de la Asociación. Rosa Urbanos tomó el testigo de su dirección de Txomin Uriarte a partir del número 45, para pasárselo a Laura Cabiedes en el número 49. El equipo editorial está formado, además, por David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales. El contacto para enviar colaboraciones y sugerencias es Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es).

Gaceta Sanitaria

Gaceta Sanitaria es el órgano de expresión de la SESPAS, sociedad científica en la que AES junto a otras sociedades científicas está federada. Está dirigida actualmente por Esteve Fernández.

En el equipo y consejos editoriales están incluidos destacados miembros de AES, como Fernando Antoñanzas, Jaume Puig, Montse Rué, Juan M. Cabasés, Juan José Gervas, Félix Lobo, Guillem López-Casasnovas, Carles Murillo, Joan Rovira, Vicente Ortún y José Ramón Repullo.

Gaceta Sanitaria está indexada en las principales bases de datos bibliográficas, incluyendo Medline y HealthStar.

La suscripción a *Gaceta Sanitaria* está incluida en la cuota de socio de AES. Los contenidos completos están disponibles en la red. Anualmente, un suplemento especial recoge los resúmenes de las contribuciones a las Jornadas de Economía de la Salud.





Gestión Clínica y Sanitaria

Gestión Clínica y Sanitaria es una revista de publicaciones secundarias editada trimestralmente por la Fundación Instituto de Investigaciones en Servicios de Salud, el Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra y la Fundación Gaspar Casal. En la actualidad, los editores de GCS son Ricard Meneu, Jaume Puig, Soledad Márquez, Juan del Llano y Enrique Bernal. Si bien no es una publicación propia de AES, la altísima implicación de los socios en esta revista hace que pueda sentirse como propia.

El objetivo de *Gaceta Clínica y Sanitaria* es acercar a los gestores sanitarios la investigación realizada y publicada que pueda serles útil en la toma de decisiones. Para ello, reúne resúmenes estructurados de artículos originales publicados en revistas clave de gestión, clínica e investigación en servicios sanitarios, acompañados de un comentario que orienta sobre la aplicabilidad de los resultados de la investigación en nuestro contexto y del estado del arte en la cuestión de interés.

Un acuerdo entre las instituciones editoras y AES con la Fundación Salud, Innovación y Sociedad permite que *Gaceta Clínica y Sanitaria* llegue a todos los socios de AES, recibiendo usualmente junto al boletín *Economía y Salud*.

Informes Técnicos AES

Los informes técnicos de la Asociación de Economía de la Salud pretenden aportar información y recomendaciones de política sanitaria sobre aspectos candentes en el sistema sanitario español y, particularmente, en el Sistema Nacional de Salud.

Aunque los informes son encargados por la Junta Directiva de AES, no representan una posición "oficial" de la Asociación que, en su caso, se haría pública por comunicados de la Junta Directiva. La Junta Directiva valora los informes publicados como trabajos válidos para informar la toma de decisiones sobre un tema concreto, aunque sujetos a críticas, nuevas aportaciones o cualquier otra forma de discusión.

Ocasionalmente, los informes pueden contener críticas o discrepancias con las políticas de instituciones públicas, empresas sanitarias, asociaciones u otras entidades públicas o privadas. Tales críticas deben entenderse desde una óptica positiva, esto es, como un intento de mejorar las políticas públicas desde la perspectiva y método de la Economía de la Salud y de la investigación sobre servicios sanitarios. Las posibles (y deseables) respuestas a los informes serán publicadas en *Economía y Salud*. La Junta Directiva está abierta a propuestas, especialmente de los socios de AES, sobre temas y expertos para la realización de Informes.

Desde finales de 1999 los informes técnicos se publican en *Gaceta Sanitaria*, sujetos a evaluación anónima como cualquier original, en virtud de un acuerdo de colaboración entre *Gaceta Sanitaria* y AES que pretende mejorar su difusión. Los términos del acuerdo están disponibles en la web de la Asociación. En el Cuadro se presenta una relación de los informes técnicos publicados hasta ahora. Los tres primeros fueron publicados en *Economía y Salud* (números 32, 33 y 35, respectivamente) y el resto, en *Gaceta Sanitaria*.

Nº	Año	Autor/es	Informes Técnicos AES - Título (textos íntegros disponibles en la web de la Asociación)
1	1999	López-Casasnovas, G. y Puig J.	<i>Análisis económico de la aplicación de precios de referencia en la financiación pública de medicamentos: ventajas, limitaciones e impacto esperado en España.</i>
2	1999	Peiró, S., Sempere, T. y Oterino, D.	<i>Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo.</i>
3	1999	Gérvás, J.	<i>La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública</i>
4	2000	González, B.	<i>Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios.</i>
5	2000	Artells J. J.	<i>Estrategia y asignación de recursos en la investigación biomédica.</i>
6	2000	Casado, D.	<i>Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades.</i>
7	2001	Rodríguez, M.	<i>El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas.</i>
8	2002	Meneu, R.	<i>Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución.</i>
9	2002	Pinilla Domínguez, J.	<i>Análisis comparado del impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco.</i>
10	2003	Vera-Hernández, M.	<i>Evaluar intervenciones sanitarias sin experimentos.</i>
11	2003	Carles, Misericordia	<i>Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica.</i>

Revisión de Tesis Doctorales: *Economía y Salud* (1989-2005)

Laura Cabiedes Miragaya

(Universidad de Oviedo)

Jaime Pinilla Domínguez

(Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

Economía y Salud viene publicando resúmenes de Tesis Doctorales sobre Economía de la Salud desde 1989. De hecho, esta sección se ha consolidado plenamente, contando en su haber con 81 resúmenes publicados (véase el cuadro adjunto). Con la revisión aquí realizada pretendemos dar una visión general sobre los principales temas tratados y métodos empleados en estas investigaciones, destacando los grupos de investigación y Universidades que han realizado más aportaciones al Boletín.

Al igual que en el desarrollo científico en otros campos, la mayoría de los trabajos de Tesis han surgido como respuesta a muchos de los problemas planteados por nuestro sistema de salud. Si bien la **eficiencia** (en sus distintas acepciones; técnica, asignativa y económica) ha sido el objetivo de política sanitaria más estudiado, la **equidad** (interpersonal e interterritorial), aunque en mucha menor medida, también ha sido objeto de estudio.

El **nivel hospitalario** ha sido mucho más analizado que la atención primaria. Entre las múltiples perspectivas adoptadas, predominan la eficiencia técnica (y asignativa); listas de espera (con apoyo en **modelos de simulación de colas**); servicios de urgencias (**modelos estructurales para series temporales de alta frecuencia**); utilización inapropiada de la hospitalización (**estudios cuasi-experimentales antes-después**) y sistemas de clasificación de pacientes (**GRDs**). En menor medida, también se han tratado temas como la calidad; financiación-eficiencia técnica (con apoyo en modelos de **programación matemática multicriterio y AED**; Análisis Envolvente de Datos) y la articulación de incentivos (**análisis de los grados de pertenencia**), así como la aplicación al entorno hospitalario de instrumentos de administración de la empresa. En atención primaria, también se ha estudiado la eficiencia técnica (AED) y los sistemas de clasificación de pacientes (**Grupos de Atención Ambulatoria**), junto con la comparación de los centros de salud con el modelo tradicional. Las fórmulas de **competencia dirigida** han sido estudiadas tanto en el ámbito de la producción pública de servicios sanitarios, como en el contexto de Muface y de las mutuas de accidentes de trabajo.

En el marco general de financiación y gasto, el **gasto sanitario privado** ha sido analizado desde distintas perspectivas. Además del seguimiento de su tratamiento fiscal, destacan los modelos explicativos de la compra de seguros privados en el contexto de un sistema sanitario público y la utilización de servicios en un marco de doble cobertura. Aparte del manejo de **datos de panel**, cabe resaltar el empleo del **método de la valoración contingente**, en particular de la disposición a pagar (**DAP**), así como las técnicas de *bootstrapping* (remuestreo).¹

La **evaluación económica** ha sido objeto de varias Tesis Doctorales, particularmente desde una perspectiva metodológica. Por ejemplo, el análisis de las preferencias temporales; intertemporalidad en la evaluación de perfiles de salud; años de vida ajustados por calidad (AVACs) y DAP, modelos AVAC

no lineales como el AVAC polinómico y, por último, **estimación bayesiana de los modelos multinivel** en el análisis coste-efectividad en general.

Si bien el número de estudios del **sector farmacéutico** no se corresponde con el peso de los medicamentos en el gasto sanitario, éstos han sido objeto de atención desde perspectivas muy distintas: análisis teórico, difusión de innovaciones (modelos logit) y regulación en general y de precios en particular. Respecto a los **comportamientos adictivos** (básicamente, alcohol y tabaco), se han analizado aspectos tales como el efecto del precio sobre la demanda de cigarrillos y la percepción de riesgos asociados con el consumo de tabaco (siguiendo, de nuevo, un **enfoque bayesiano**).

Dada la complejidad propia de la Economía como ciencia social, la Economía de la Salud requiere algo más que una simple deducción lógica para tratar adecuadamente una masa de información difícil de interpretar y/o explotar en el grado que se precisa sin el recurso de los métodos estadísticos. Muchos de las Tesis Doctorales encuentran en los métodos cuantitativos, estadística y econometría principalmente, un importante aliado. En general, la aplicación de métodos cada vez más sofisticados y la explotación de nuevas técnicas responden a un esfuerzo de aproximación a la realidad. Los trabajos reseñados permiten resaltar el esfuerzo realizado por los investigadores para tener en cuenta entornos caracterizados por la no existencia de mercado, muestras de datos en ocasiones demasiado pequeñas, incertidumbre, asimetrías en la información o la posible presencia de comportamientos individuales altruistas. En resumen, de la revisión de Tesis Doctorales destaca la reciente aplicación a la Economía de la Salud del método de la valoración contingente (previamente utilizado en temas ambientales) y de nuevas técnicas estadísticas, como las denominadas *bootstrapping* o el análisis bayesiano (un subtipo de meta-análisis o análisis de análisis), uno de los campos recientemente más potenciados por el progreso informático, como alternativa al enfoque clásico generalmente sujeto a consideraciones más rígidas.

Entre los grupos de investigación y Universidades dedicados a la investigación en Economía de la Salud destacan por el número de aportaciones durante el periodo analizado (1989-mayo de 2005): la Universidad de Barcelona con diecisiete Tesis Doctorales, seguida por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de Valencia, ambas con seis y la Universidad Pompeu Fabra (en funcionamiento desde octubre de 1990), con cinco. También es de justicia ensalzar la figura del Director de Tesis. En este sentido, destacan por el número de Tesis dirigidas y/o co-dirigidas, Salvador Peiró con seis, seguido por Carles Murillo y Guillem López-Casasnovas, con cinco cada uno de ellos.

¹ A modo de anécdota, la expresión *bootstrapping* se relaciona con la leyenda del Barón Münchhausen, que consiguió darse impulso con las correas de sus botas (boot straps) para salir del agua.

Relación de Tesis Doctorales cuyos resúmenes han sido publicados en *Economía y Salud* (1989-2005)(Continúa)

Autor/a (director/a)	Título	Lugar de lectura	Año de Lectura	Boletín Nº: pág.
Estany Castella, Ana	Estudio coste-beneficio de la detección precoz de la chlamidiosis genital en mujeres asintomáticas.	U. de Barcelona	1988	5:9
Ginestal Gómez, Jaime	La demanda de tabaco y la formación de capital humano en salud.	U. de York	1989	5:9
Rodríguez Martínez, Marisol	El gasto sanitario en Cataluña. Análisis del gasto sanitario privado y su contribución a la política sanitaria.	U. de Barcelona	1989	6:6
Montserrat Codorniu, Julia (Pedrós Abelló, A.)	El gasto público y la eficiencia en la prestación de los servicios sociales. Análisis del sector público y del sector privado no lucrativo.	U. de Barcelona	1990	7:8
Ortún Rubio, Vicente (Murillo Fort, Carles)	Política sanitaria, práctica clínica y eficiencia económica.	U. de Barcelona	1990	7:8
Casas i Galofré, Mercé	Sistemas de información hospitalaria basados en la casuística: los grupos relacionados con el diagnóstico. Impacto en la gestión hospitalaria.	U. Autónoma de Barcelona	1990	7:8
Moncunill i Ribas, Josep (R.Castillo)	Estructura y costes de la cobertura y autoabastecimiento de sangre y hemoderivados de una población de 700.000 habitantes.	U. de Barcelona	1989	8:10
Muñoz Machado, Andrés (Carrasco Arias, Javier)	Organización regional de un sistema de salud.	U. Politécnica de Madrid	1989	8:10
Clavero Barranquero, Antonio (Otero Moreno, José M ^a)	La Economía de la Salud en España. Una aproximación cuantitativa.	U. de Málaga	1982	9:10
Llano Señarís, Juan del (Dominguez Carmona, Manuel)	Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del municipio de Madrid.	U. Complutense de Madrid	1990	9:10
Puig i Junoy, Jaume (Recio, Albert)	La provisión de servicios sanitarios, crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español, 1974-1985.	U. Autónoma de Barcelona	1991	10:8
Guerrero Fernández Mariano, (Alfonso, J.L. y González, I.)	Análisis de factores condicionantes del nivel de salud. La población española en el periodo 1983-1987.	U. de Valencia	1991	10:9
Triadó i Ivern, Xavier M ^a (Tarragó, Francisco)	Dirección de empresas en el sector servicios, consideración especial del sector sanitario.	U. de Barcelona	1991	11:9
Rué, Montserrat (Alegre Escolano, A.)	Las leyes de mortalidad: un ajuste paramétrico para Cataluña y España.	U. de Barcelona	1992	13:7
Cabiedes Miragaya, Laura (Lobo, F. y Pérez, R.)	Estructura industrial, intervención estatal y barreras técnicas a las transacciones comerciales. Una aplicación a la industria farmacéutica.	U. de Oviedo	1992	14:8
Barber, Patricia (González, Beatriz)	La simulación como herramienta de gestión: una aplicación a la unidad de urgencias del Hospital Nuestra Señora del Pino.	U. de Las Palmas de Gran Canaria	1992	15:9
Martínez García, Esther (López-Casasnovas, G.)	Trato fiscal del gasto sanitario privado en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.	U. de Barcelona	1993	16:9
González, Yolanda (Murillo, Carles)	La demanda de seguro sanitario: una elección bajo incertidumbre.	U. de Barcelona	1993	17:8
García-Tenorio Ronda, Jesús (Guerras, Luis A.)	Las unidades estratégicas de negocio como instrumento de administración de la empresa: una aplicación a la dirección de hospitales.	U. Complutense de Madrid	1994	18:8
López de Vicuña, Fernando (J.I. Ruíz)	El enfoque analítico de las listas de espera hospitalarias. El caso del Hospital Aránzazu de San Sebastián.	U. de Deusto	1994	19:9
Bohigas, Lluís (M.A. Asenjo)	L'acreditació dels hospitals catalans: anàlisi d'una política de qualitat.	U. de Barcelona	1996	24:10
Ibern, Pere (Mena, Xavier)	Contratos de incentivos entre el gobierno y las empresas: una aplicación a los sistemas hospitalarios públicos.	U. Ramón LLull	1997	24:10-11
Pellisé, Laura (López-Casasnovas, Guillem)	Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español. Capitalización y selección de riesgos en Muface.	U. Pompeu Fabra	1996	25:10-11
Martín, José J. (Sánchez Maldonado, J. y Cabasés, J.M.)	Innovaciones e incentivos en organizaciones sanitarias: experiencias en la Comunidad Autónoma Andaluza.	U. de Málaga	1996	25:12
Peiró, Salvador (Benages Martínez, Adolfo)	Utilización inapropiada de la hospitalización: marco conceptual y situación en el País Valenciano.	U. de Valencia	1996	26:8
Prados Torres, Alexandra (Pablo Lardelli)	Aplicación de los Gupos de Atención Ambulatoria en Atención Primaria.	U. de Granada	1997	27:9
Abásolo, Ignacio (Barea, J., Gervas, J. y Alarcó, A.)	La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria (1989-1993).	U. de La Laguna	1997	28:9
Dalmau i Matarrodona, Eulàlia (Ortún, V.)	Competencia e innovación tecnológica en la atención hospitalaria. Mercados geográficos y evaluación de la eficiencia de la cirugía mayor ambulatoria en Catalunya.	U. Pompeu Fabra	1998	31:9-10

Relación de Tesis Doctorales cuyos resúmenes han sido publicados en *Economía y Salud* (1989-2005)(Continuación)

Autor/a (director/a)	Título	Lugar de lectura	Año de Lectura	Boletín Nº: pág.
Carles, Misericòrdia (Murrillo, Carles)	Financiación, compra y provisión de asistencia sanitaria: una aproximación contractual.	U. Rovira i Virgili	1998	36:10
García Izquierdo, Bernardo	El diseño de un sistema de información marketing para mejorar la eficacia en la toma de decisiones de una organización humanitaria.	U. de Deusto	1999	37:7
Lázaro, Angelina (Barberán Ortí, R.)	La preferencia temporal en la evaluación económica de programas de salud.	U. de Zaragoza	1999	37:8
Valdivieso, Bernardo (Marset, P. y Peiró, S.)	Factores asociados a la efectividad de la atención y consumo de recursos en una unidad de hospitalización a domicilio.	U. de Murcia	1999	37:9
Jofre-Bonet, Mireia (López-Casasnovas, G. y Motta, M.)	Health Care: Interaction Between Public System and Private Sector.	U. Pompeu Fabra	1998	38:9
Suárez Serrano, Eugenia (Ventura, Juan)	Las mutuas de accidentes de trabajo: un caso de competencia gestionada en el mercado sanitario español.	U. de Oviedo	1998	38:10
Guerrero Agós, Ana M. (Herrero Blanco, Carmen)	Independencia intertemporal en la evaluación de perfiles de salud.	U. de Alicante	1999	38:11
Urbanos Garrido, Rosa (Albi, E. y López-Casasnovas, G.)	Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el periodo 1987-1995.	U. Complutense de Madrid	1999	39:10
Costa i Font, Joan (Rovira, Joan y Hortalà, Joan)	Conducta individual, aseguramiento y elección colectiva: una aplicación a la política sanitaria.	U. de Barcelona	1999	39:11
Rivera Castiñeira, Berta (López-Casasnovas, G.)	Estado de salud, gasto sanitario y sus implicaciones sobre la productividad: teoría y evidencia.	U. Pompeu Fabra	2000	39:12
Borrell Arqué, Joan-Ramón (Costas, Antón)	Los precios de los medicamentos en Inglaterra y en España: competencia, regulación y financiación pública.	U. de Barcelona.	1999	40:8
Tamayo, Pedro (Ruiz-Huerta, J.)	Equidad en la asignación territorial de recursos financieros destinados a la sanidad: estudio de la situación en España.	UNED	1999	40:9
Marqués, Juan Antonio (Medrano, J. y Peiró, S.)	Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas entre áreas de salud de la provincia de Alicante.	U. Miguel Hernández de Alicante	2000	40:10
Aldasoro, Elena (F.J. Goiriena)	Calidad de las altas hospitalarias en el País Vasco, sistemas de clasificación de pacientes y asignación del gasto hospitalario.	U. del País Vasco	2000	40:11
Meneu, Ricard (Ortún, V. y García-Reche, A.)	Producción de servicios sanitarios, discrecionalidad médica y su impacto en la eficiencia económica.	U. de Valencia	2000	41:7
Rodríguez, Ana (Fernández Blanco, V. y Knox, L.)	La medida de la eficiencia asignativa en una burocracia: el sector hospitalario público español.	U. de Oviedo	2000	42:10
Rodríguez Míguez, Eva María (Pinto Prades, J. L.)	La valoración social como guía en el establecimiento de prioridades sanitarias.	U. Complutense de Madrid	2001	42:11
Vera Hernández, Ángel Marcos (Creel, M.)	Microeconomics and Asymmetric Information: Applications to Health Care Utilization.	U. Autónoma de Barcelona	2001	42:12
Pinilla Domínguez, Jaime (González, Beatriz)	Demanda de consumos nocivos para la salud. Efecto del precio sobre la demanda de cigarrillos en los jóvenes canarios.	U. de Las Palmas de Gran Canaria	2001	42:13
Alonso Magdaleno, M ^a Isabel (García Rodríguez, R. M ^a)	Análisis de las políticas de convocatoria de plazas MIR en el sistema sanitario español.	U. de Oviedo	2001	43:7
Portillo, Fabiola (Antoñanzas, F.)	Análisis económico del comportamiento adictivo: aplicación a las percepciones de riesgos asociados con el consumo de tabaco.	UNED	2001	43:8
Rodríguez-Monguió, Rosa (Rovira Forns, J.)	Del análisis coste utilidad al análisis coste beneficio en la toma de decisiones de política sanitaria.	U. de Barcelona	2001	43:9
Pinillos García, Mariola (Antoñanzas, F.)	Análisis de la eficiencia técnica de los centros de salud.	U. de Zaragoza	2001	43:10
Cots Reguant, Francesc (Puig, J.)	Análisis del coste hospitalario. Información e instrumentos para el ajuste de la función de costes hospitalarios.	U. Autónoma de Barcelona	2001	44:9-10
Mestre Ferrándiz, Jorge (Martínez Giralt, X.)	Essays on the Pharmaceutical Industry.	U. Autónoma de Barcelona	2002	44:10-11
Rueda, José Ramón (Asúa, José)	Análisis de decisiones clínicas en el abordaje de la úlcera duodenal no complicada.	U. del País Vasco	2001	44:12
López del Amo González, M ^a del Puerto (Caballero, R. y Martín J. J.)	Modelo multicriterio para la financiación de los hospitales comarcales del Servicio Andaluz de Salud.	U. Málaga	2000	44:13

Relación de Tesis Doctorales cuyos resúmenes han sido publicados en *Economía y Salud* (1989-2005)(Continuación)

Autor/a (director/a)	Título	Lugar de lectura	Año de Lectura	Boletín N°: pág.
Álvarez García, Begoña (Delgado, M. A. y Lobo, F.)	Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los desempleados: aplicación al caso español.	U. Carlos III de Madrid	1999	45:11
Urbina, Olga (Ortún, V.)	Modelización y medida de la eficiencia en atención primaria.	U. de Zaragoza	2001	45:12
González Álvarez, M ^a Luz (Clavero, A.)	La utilización de asistencia sanitaria en Andalucía. Un análisis econométrico basado en datos de panel.	U. de Málaga	2002	45:13
Aguiló Lucía, Javier (Peiró, S. y García-Granero, E.)	Resultados en cirugía general de un hospital de área: análisis de mortalidad intrahospitalaria, reingresos y complicaciones.	U. de Valencia	2002	46:9
Araña, Jorge (León, C.)	Modelización econométrica a través de simulaciones de monte carlo via cadenas de Markov (MCMC) en valoración contingente.	U. de Las Palmas de Gran Canaria	2002	46:10
Navarro Collado, M ^a José (Peiró, S., Hernández, A. y Pérez Moltó, J.)	Resultados funcionales, calidad de vida y satisfacción en la rehabilitación tras artroplastia de rodilla.	U. de Valencia	2002	46:11
Vázquez Rodríguez, M ^a Xosé (León, C.)	Valoración económica de los efectos de la contaminación en la salud.	U. de Las Palmas de Gran Canaria	2002	47:9
González Rodríguez, Paula (Herrero, Carmen)	Economic Aspects of the Public Provision of Health Care Services.	U. de Alicante	2002	47:10
Martín Rodríguez, Gloria (Murillo, C. y Guirao, G.)	Modelos estructurales y estacionalidad en series temporales económicas de alta frecuencia.	U. de la Laguna	2002	47:11
Oriol Escardibul, Josep (Calero, J.)	Beneficios no monetarios de la educación sobre el consumo. Un estudio aplicado al caso español.	U. de Barcelona	2002	48:10
Cantarero Prieto, David (Fernández-Gómez, N.)	Análisis del gasto sanitario autonómico y su financiación: especial referencia al caso de la Comunidad de Cantabria.	U. de Cantabria	2003	48:11
Aparicio Chueca, Pilar (Triadó, X.)	Descentralización y diseño organizativo de los hospitales catalanes de la red hospitalaria de utilización pública.	U. de Barcelona	2002	48:12
Martínez Pillado, Modesto (Peiró, S. y González, B.)	Impacto de una intervención continuada sobre la reducción de la utilización inadecuada de la hospitalización en un servicio de medicina interna).	U. de Las Palmas de Gran Canaria	2003	48:13-14
Etcheverry, Graciela (Galán, L. C.)	Abordaje de unidades de laboratorio bajo el paradigma de gestión clínica en el área de La Plata y Gran La Plata.	U. Nacional de La Plata	2002	49:8
Merino Castelló, Anna (Puig, J.)	La demanda de medicamentos en el nuevo marco regulatorio: un enfoque teórico y empírico.	U. Pompeu Fabra	2003	49:9
Algarra Eugenio, Salvador (Paz, V.)	Análisis de los modelos tipo consultorio y centro de salud en la atención médica primaria de la Comunidad Valenciana.	U. de Valencia	2003	49:10
Romay López, Rosa (Ladrón de Guevara).	Análisis retrospectivo de la prestación por incapacidad temporal. Propuestas de gestión.	U. Complutense de Madrid	2003	49:11
Antón García, Pedro (Peiró, S. y Aranaz, J.M ^a)	Impacto de una intervención sobre la utilización inadecuada de la hospitalización, en los servicios de cirugía general de los hospitales universitarios de la provincia de Alicante.	U. Miguel Hernández de Elche	2003	50:10
Ordaz Sanz, José A. (Guerrero, F. M. y Muriello, C.)	Análisis del seguro privado de enfermedad en España.	U. de Sevilla	2004	50:11
García Prado, Ariadna (Cabasés, J. M. y Nieto, J.)	Health Care Providers' Behavior in Developing Countries.	U. Pública de Navarra.	2004	51:11
Olivares Llenas, Eduard (Miguel, J. M., de)	Salud para la población. Análisis sociológico de la estructura del sector sanitario y evaluación de su calidad.	U. de Barcelona	2003	51:12
Stoyanova, Alexandrina P. (Rodríguez, M.)	Equity and Utilisation of Primary, Specialist and Dental Health Services in Spain.	U. de Barcelona.	2004	52:10
Abellán Perpiñán, José M ^a (Pinto, J.L.)	El análisis de las decisiones médicas en el marco del modelo AVAC.	U. de Murcia	2004	52:11
Toro Jiménez, Walter (Cervera, M.)	Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una Entidad Promotora de Salud colombiana.	U. de Politécnica de Valencia	2004	53:10
Gil Lacruz, Ana Isabel (Molina, J. A.)	Análisis económico del consumo de alcohol entre los jóvenes: Capital Humano, Capital Social y Bienestar.	U. de Zaragoza	2004	53:11
Negrín Hernández, Miguel Ángel (Vázquez Polo, F. J.)	Herramientas para la toma de decisiones económicas en el análisis coste-efectividad. Aportaciones Bayesianas con datos clínicos.	U. de Las Palmas de Gran Canaria	2005	53:12

Humor

"Pirandello... reconoce que la palabra le llegó al italiano del latín y con referencia a la salud psíquica y física, puesto que por humores se entendía los cuatro fluidos cardinales de todo ser humano, o sea, la sangre, la flema, la bilis y la melancolía o bilis negra. El desequilibrio entre cualquiera de estos fluidos producía diversas patologías mentales o corporales, por lo que la palabra *humor* permaneció durante muchísimo tiempo encerrada en el vocabulario médico".

Alfredo Bryce Echenique, *Del humor quevedesco a la ironía cervantina*. Conferencia impartida en el Aula Magna de la Universidad de Oviedo el 2 de octubre de 2002. Papeles del Aula Magna, Universidad de Oviedo, edición no venal, págs. 19-20.

Humor y salud

"Hay que sonreír y estar sano, aun a costa de la salud".

Félix de Azúa, *Historia de un idiota contada por él mismo o El contenido de la felicidad*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1988, 14ª edición, pág. 12. Primera edición en lengua española: 1986.

"A cualquiera puede hacérsele llorar con una cebolla; pero aun no se ha descubierto legumbre alguna que haga reír" (Mac Sennett, en contestación al menosprecio hacia el humor por parte de algunos filósofos).

Tomado de Ramón Gómez de la Serna, *Ismos*, Ediciones Guadarrama, Madrid, 1975, pág. 215.

Comportamientos adictivos

Escrito en una pared "En la Facultad de Ciencias Económicas, en Montevideo: *la droga produce amnesia y otras cosas que no recuerdo*".

Eduardo Galeano, "Dicen las paredes/5", en *El libro de los abrazos*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 2004, 16ª edición, pág. 204. Primera edición en España: 1989.

AVACs y valoración positiva de estados posteriores a la muerte

Diccionario infernal de Collin de Plancy (ed. 1844), refiriéndose al conde de San Germano: "Contando un día que había conocido a Pilatos en Jerusalén, describía minuciosamente la casa del gobernador, y citaba los platos servidos en la cena. El cardenal De Rohan, creyendo escuchar fantasías, se dirigió al camarero del conde de San Germano, un viejo con los cabellos blancos y aspecto honrado. – Amigo mío -le dijo-, me cuesta creer lo que dice vuestro amo. Que sea un ventrílocuo, pase; que haga oro, de acuerdo; pero que tenga dos mil años y haya visto a Poncio Platos, es demasiado. ¿Vos estáis allí?. – Oh, no monseñor -contestó ingenuamente el camarero-, llevo al servicio del conde sólo cuatrocientos años".

Tomado de Umberto Eco, *Entre mentira e ironía*, editorial Lumen, Barcelona, 1998, pág. 27.

"Con un solo brazo nos abrazaba a los dos. El brazo era larguísimo, como antes, pero todo el resto se había reducido mucho... Julio Cortázar explicaba que había podido resucitar gracias a una máquina japonesa ... Además, decía, estar muerto es una cosa que aburre".

Eduardo Galeano, *El libro de los abrazos*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 2004, 16ª edición, pág. 233. Primera edición en España: 1989.

"El doctor Marañón me contaba ... [sobre] un caso perdido de encefalitis letárgica, que cuando él dictaminaba que su muerte sería segura, ante los alumnos que rodeaban al que estaba debajo del sueño fatal, éste respondió, desde el fondo de su sueño: "¡Que te crees tú eso!".

Ramón Gómez de la Serna, *Ismos*, Ediciones Guadarrama, Madrid, 1975, pág. 220.

"En el aspecto positivo, la muerte es una de las pocas cosas que pueden efectuarse estando cómodamente tumbado".

Woody Allen, *Sin Plumas*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980, 5ª edición, pág. 102. Primera edición en lengua española: 1976; en inglés: 1972.

"¡Querido sobrino! Tu habrás dicho: ¿Para qué me querrá mi tío Alberto? Yo le miraba. No le creía capaz de una encerrona. Habló mucho y me causó impresión por un detalle, sin duda efectista: hablaba de pie, casi desde el retrato de mi abuelo. Quería que estudiase en la Universidad un curso. Me lo dijo de una manera natural, como si fuera cosa de poner unos sellos en correos ... Mi abuelo -ya muerto- estaba de acuerdo en todo. Desde que tengo uso de razón, no recuerdo haber visto nunca más un retrato que, como aquella vez el de mi abuelo, tome parte activa en una entrevista corriente, mueva tanto los ojos y los labios y haga gestos afirmativos tan variados. A mí, por aquel entonces, estas cosas me influían mucho...".

Medardo Fraile, "No sé lo que tú piensas", en *Escritura y verdad. Cuentos completos*, Editorial Páginas de Espuma, Madrid, 2004, pág. 41.

Como en casa, en ningún sitio

"La tía Eugenia ... les tenía terror a los hospitales porque aseguraba que era imposible que unos desconocidos quisieran a la gente que veían por primera vez".

Ángeles Mastretta, *Mujeres de ojos grandes*, Seix Barral, Barcelona, 1994, 4ª edición, pág. 67. Primera edición en lengua española: 1990.

Fallos de memoria

(Sobre el Dr. Richard Porson): "... había momentos en los que la memoria le fallaba y, aunque nunca olvidaba una cita, a veces no se acordaba de cenar. Cierta vez, cuando Rogers le invitó a cenar, respondió en tono abstraído: 'No, gracias, ya cené ayer'".

Edith Sitwell, *Ingléses excéntricos*, Tusquets Editores, Barcelona, 1989, pág. 184. Primera edición en inglés: 1958.

El síndrome del recomendado

Leivas [un famoso curandero lucense, en los años 30] "... aseguraba que no era lo mismo que los enfermos fueran solos a visitar al santo, que fueran con él, porque él... tenía la simpatía del santo, y atraía su mirada ... Leivas a esto lo llamaba 'la recomendación', y cobraba por hacerla ... Una vez ... acompañó a una viuda de Folgoso, que lo veía todo rojo, escupía granos de maíz que no había metido en la boca, y se quedaba afónica. Leivas la llevó al San Alberto, a Baamonde, y el santo, cuando le dio la mirada a Leivas, y éste le pasó el nombre y dolencias de la romera... meneó la cabeza: ¡Coño, Leiviñas, también traes cada caso!".

Álvarounqueiro, *Tertulia de boticas y escuela de curanderos*, Ediciones Destino, Barcelona, 1976, págs. 187-188.

Exitus (Adolfo Bioy Casares, *De jardines ajenos*, Tusquets Editores, Barcelona, 1997):

"Al cura que trata de darle la extremaunción, Malesherbes le dice: -Basta, señor. Váyase. No soporto su estilo" (pág. 40).

"Las últimas palabras de Claudel (según Julien Green, Journal X) fueron: 'Doctor, ¿cree que habrá sido el salchichón?'" (pág. 30).

"¿Morir, querido doctor? Esto es lo último que haré" (Lord Palmerston, últimas palabras) (pág. 32).

Epitafio de W. C. Fields: "A pesar de todo, preferiría estar en Filadelfia" (pág. 33).

El tosedor

"Don Adelardo López de Ayala, que era un gran tosedor, dijo un día a sus amigos que, en vez del 'Yace en Paz', pusiesen en su lápida 'Cesó de Toser'".

Ramón Gómez de la Serna, *Nuevas páginas de mi vida*, Alianza Editorial, Madrid, 1970, pág. 190.

Epidemiología

"Lo importante no es tener o no tener microbios, sino tenerlos o no amaestrados".

Ramón Gómez de la Serna, *Greguerías*, Espasa-Calpe, Madrid, 8ª edición, 1972, pág. 101.

" Soy un microbio. Un vibrión del cólera ... Ella se llamaba Margarita... yo le di ese nombre ... cuando era aún muy pequeña... la boda hizo gran mella en la familia, porque 981.642 de sus hermanas se volvieron a casar al mismo tiempo que ella, así como una multitud de hermanos -más de un millón, no me acuerdo del número exacto...".

Mark Twain, *Trois mille ans chez les microbes. Par le microbe B. BkSHP*, Editions de la Différence, 1985, págs. 49, 46 y 47.

"Exclamación de la abuela inglesa de Borges, al leer las noticias necrológicas de un diario de Buenos Aires (que en algún momento fue la mayor ciudad italiana del mundo): ¡Cómo se mueren los italianos!".

Adolfo Bioy Casares, *De jardines ajenos*, Tusquets Editores, Barcelona, 1997, pág. 48.

Cómo acabar de una vez por todas con el psicoanálisis

"En cierta ocasión, Freud tenía unos caramelos de miel en el bolsillo y ofreció algunos a Jung. Rank se enfureció. Se quejó conmigo de que Freud favorecía a Jung. Especialmente en la distribución de los caramelos. Yo lo ignoré, porque no sentía especial simpatía por Rank, ya que hacía poco tiempo se había referido a mi monografía, *De la euforia en los gasterópodos*, como 'el cénit del razonamiento mongoloide'".

Woody Allen, *Cómo acabar de una vez por todas con la cultura*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980, 7ª edición, págs. 99 y 100. Primera edición en lengua española: 1974; en inglés: 1966.

"Con los conocimientos adquiridos de este sueño, Freud pudo ayudar a Metterling, y los dos se hicieron bastante amigos fuera del psicoanálisis, aunque Freud jamás permitió que se le subiera a sus espaldas".

Woody Allen, *Cómo acabar de una vez por todas con la cultura*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980, 7ª edición, pág. 13. Primera edición en lengua española: 1974; en inglés: 1966.

Aversión al riesgo

"Sé que mucha gente, con más años de experiencia en África que yo, por supuesto, los tiene por peligrosos canibales... Pero yo, en lo que me fue dado conocerlos, de manera profunda, creo, jamás sentí que lo fueran... Bueno, canibales sí sé que lo son, pero, como se ve, vivo para contarlos...".

Mary Kingsley, *Viajes por el África occidental*, Valdemar, Madrid, 2001, pág. 211. Publicado por primera vez en Inglaterra en 1897.

Los Econos (estudio etnográfico)

"En medio de sus tribulaciones, los Econos se mantienen como una vieja raza guerrera orgullosa de sí misma. Pero parece que son incapaces de dar una 'respuesta creativa' a sus propios problemas. Es muy fácil descubrir lo que guardan dentro de sus almacenes, si no reciben algún género de ayuda que les venga desde fuera".

Axel Leijonhufvud, "La vida entre los Econos", *Información Comercial Española* nº 590, 1982: pág. 68. Publicado previamente bajo el título "Live among the Econ", *Western Economic Journal*, XI (3), 1973, págs. 327-337.

"El dinero es mejor que la pobreza, aunque sólo sea por razones financieras".

Woody Allen, *Sin Plumas*, Tusquets Editores, Barcelona, 1980, 5ª edición, pág. 103. Primera edición en lengua española: 1976; en inglés: 1972.

El impacto de la Economía de la Salud en la Política y en la Gestión

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa y CRES
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
<http://www.econ.upf.es/~ortun/>



¿Cómo la Economía de la Salud (ES), una parte de la Economía Aplicada, que no se configura como área de conocimiento -concepto por otro parte anacrónico y superado- ni facilita la identificación profesional -no existe el 'cuerpo de economistas sanitarios'- ni goza de otras bases de poder, puede plantearse su impacto en la política y la gestión sanitaria?

Porque lo tiene, aunque no pueda afirmarse si gracias a Nyami-Nyami o propiciado por:

- Un desarrollo de la base disciplinaria económica, de las bases de datos y de los métodos econométricos muy acelerado durante estas dos últimas décadas. España obtiene una muy buena calificación en Economía en el *ranking* mundial, como se verá.

- La apertura de la ES en España tanto al mundo como a otras disciplinas, lo cual unido a una temprana internacionalización atrajo talento diverso y estimuló una masa crítica que auto-alimenta el proceso.

- La orientación a objetivos socialmente apreciados como la producción de salud y de servicios sanitarios, así como el interés científico del sector sanitario, más avanzado que el resto de sectores con financiación predominantemente pública a la hora tanto de hacerse preguntas difíciles -¿para qué sirve lo que hacemos?- como de contestarlas.

- La disponibilidad de ciertos recursos para investigación, provenientes tanto de organismos públicos como de fuentes privadas (fundaciones e industria).

- La relevancia de los temas trabajados por la ES en España lo que ha dado audiencia, y protagonismo en ocasiones, a sus autores en la configuración de la política sanitaria. Curiosamente la política sanitaria -con alguna excepción- no ha afectado todavía la agenda de investigación en ES, aunque resulta muy previsible que lo haga en un futuro cercano.

Cualquier afirmación sobre la contribución de la ES a la política y gestión sanitarias requeriría:

1. Aislar las medidas de política y gestión sanitarias con impacto favorable en el bienestar social, evaluación de la que en general se carece (ya que no se trata de recoger todas las medidas ni de contribuir a la maleficencia).

2. Establecer la proporción de la mejora atribuible a la ES, para lo cual se precisan dos datos: Riesgo relativo -probabilidad de mejora con exposición a la ES dividida por probabilidad de mejora sin exposición a la ES- y exposición al "factor de riesgo" ES.

Ninguno de los dos requisitos se tiene ni será fácil que se tenga. Las horas de que se ha dispuesto para preparar estas líneas permiten, como mínimo, una aproximación, tampoco la primera, al impacto de la ES en la política y gestión sanitarias a través de: Primero. Establecer unos sucintos paralelismos entre desarrollos políticos y contribuciones de la ES; Segundo. Aventurar cuáles son las innovaciones en gestión clínica y sanitaria en las que la contribución atribuible a la ES sea más clara; Tercero. Reivindicar la importancia que ha tenido educar el olfato de los decisores desde la ES. En todo momento se proporcionan sugerencias acerca de cómo continuar avanzando en el tema planteado.

Contribuciones de la Economía de la Salud a la Política Sanitaria

Tomando la cronología de medidas recogidas en el *Health Care Systems in Transition* para España, de Ana Rico et al,¹ se observa que muchas de ellas, desde la transición, han tenido un *input* de ES: Insalud y primeras transferencias a las Comunidades Autónomas 1978, reforma de la atención primaria 1984, Ley General de Sanidad de 1986 (Ernest Lluch), financiación fundamentalmente impositiva a partir de 1989, Informe Abril de 1991, Ley del Medicamento y financiación selectiva de medicamentos de 1993, ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de 1995... No obstante, todavía es temprano para apreciar el impacto de contribuciones de la ES de estos últimos lustros tales como:

- Relación entre crecimiento económico y salud; papel de los diversos determinantes de la salud.

- Evaluación económica tanto a través de preferencias reveladas como declaradas, pese a que -con todo- ésta es posiblemente la contribución de la ES más normalizada. Está llegando el análisis coste-beneficio generalizado y con él la respuesta, no siempre deseada, a cuántos recursos habría que dedicar a la salud.

- Mejora en los indicadores de resultado de los servicios sanitarios.

- Límites a la racionalidad y comportamientos adictivos.
- Eficiencia en la innovación, producción, prescripción y dispensación de medicamentos.
- Estudios de utilización sanitaria, necesidad, demanda y sus determinantes.
- Producción y organización de servicios sanitarios.
- Desigualdades, contradicciones entre eficiencia y equidad.
- Mercados de *inputs* (recursos humanos, tecnología...).
- Adecuación de las instituciones, gestión pública, mecanismos de cuasi competencia y mercado.
- Explicitación de prioridades. Merece destacarse el liderazgo internacional conseguido ya con el sistema de priorización en cirugía electiva empleando valores sociales y consideraciones clínicas (Espallargues, M. *et al*). La importancia de las "recomendaciones" -en un país que no parece apreciar la inequidad e ineficiencia que comportan- le puede conferir a este liderazgo cierta similitud con el que se consiguió al disponer del primer registro informático de la enfermedad de Hansen (lepra) del mundo hace casi 25 años: donde había mucha lepra no disponían de informática y donde la informática estaba desarrollada apenas había lepra.

Cabe mencionar también ciertas influencias perniciosas de la ES, tales como una aplicación indebida del concepto de consumo excesivo a partir de funciones de demanda o convertir la discusión sobre, por ejemplo, organización e incentivos en una finalidad en sí misma olvidando su carácter instrumental respecto a la consecución de bienestar social relacionado con la salud.

Contribuciones de la Economía de la Salud a la Gestión Clínica y Sanitaria

Aquí la "base de datos" para contribuciones bien podrían ser los 23 números aparecidos de la revista de publicaciones secundarias *Gestión Clínica y Sanitaria*³ o alguna obra de amplia cobertura (Juan del Llano et al, *Gestión Sanitaria*. Barcelona: Masson, 1998). De nuevo la mayor parte de las contribuciones apenas comienzan a aplicarse, al mismo tiempo que alguno de los "avances" registrados tiene un indudable *input* de ES:

- Sistemas de ajuste de riesgos, incluyendo sistemas de clasificación de pacientes.
- Indicadores de comportamiento, medidas de eficiencia.
- Contratos programa, perfeccionamiento presupuestario, sistemas de información, cuadros de mando.
- Articulación entre niveles asistenciales.
- Financiación capitativa.
- Nuevas formas organizativas.
- Evaluación económica aplicada a las decisiones clínicas.
- Incorporación de las preferencias del paciente en las decisiones clínicas.
- Medicina basada en la evidencia científica.

Producir ciencia y aplicarla (inventar e innovar)

El impacto de una disciplina relativamente menor, la ES, aunque aplicada y orientada a la solución de problemas, sobre algún aspecto de la realidad sanitaria española merece un poco de marco general: España ocupa el lugar décimo del mundo en cuanto a producción de artículos científicos según el *Institute for Scientific Information* y el octavo lugar en Economía y Empresa.⁴ Este área de Economía y Empresa es más bien pequeña -representa un mero 1% de esa producción científica española- y el subcampo de ES, minúsculo. Un estudio bibliométrico sobre producción científica española serviría para contrastar la hipótesis de si España ocupa el mismo lugar en la jerarquía mundial de ES que el implicado por haber obtenido la organización del 5º Congreso Mundial de la *International Health Economics Association* (este Julio del 2005 en Barcelona).

La realidad resulta menos risueña cuando abandonamos la producción de nuevo conocimiento y nos trasladamos a la innovación. Innovar supone generar un bien o servicio apreciado o, en ausencia de mercado, valorado por las personas. Y aquí nuestra situación general empeora: la dispersión europea en indicadores de actividad académica, financiados principalmente con dinero público, resulta muy inferior a la dispersión que ofrecen las patentes, un claro exponente de la actividad innovadora. Si España se compara con el país líder europeo en innovación, Suecia, verá sus publicaciones científicas per cápita multiplicadas por tres y sus patentes per cápita multiplicadas por 25.⁵

Innovación en Sanidad parcialmente atribuible a la Economía de la Salud

La innovación en Sanidad se da fundamentalmente en producto y secundariamente en proceso especialmente en entornos, como el español, sometidos a escasa intensidad competitiva (aunque no se precise mercado alguno para que se de competencia). Esta misma falta de intensidad competitiva provocará una menor innovación institucional y organizativa.

La innovación en producto tiene una relación muy lejana con la ES y no será abordada aquí. En cambio, una reciente indagación sobre las innovaciones más significativas en *Gestión Clínica y Sanitaria* durante los últimos veinte años en España seleccionó nueve, seis de las cuales pueden relacionarse con la ES.

1. Actuaciones contra el tabaquismo.
2. Evaluación de medicamentos (y tecnologías en general) sobre bases más científicas.
3. Atención primaria.
4. Los sistemas de ajuste de riesgo (incluye las medidas de producto intermedio ajustadas por casuística tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico).

5. El programa de Médicos Internos y Residentes como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos.

6. Los programas de gestión de enfermedades.

Aunque los capítulos del libro (Meneu, R, Ortún, V. y Rodríguez Artalejo, F., eds.: *Innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson, 2005) que analizan cada una de las innovaciones citadas tienen enfoques bastante diferentes, en conjunto ponen de manifiesto algunas características de la innovación en España que pueden ser tenidas en cuenta para potenciarla en el futuro:

1. Algunas políticas públicas han facilitado la innovación. Ejemplos de ello son el programa MIR, los programas de trasplantes, las actuaciones contra el tabaquismo, la atención primaria de salud, y la evaluación de medicamentos.

2. Una buena parte de la "innovación" en España ha pasado por adaptar innovaciones foráneas, lo cual constituye el significado de innovación más significativo para cualquier institución, empresa o país que no sea líder mundial. Cuando la frontera de posibilidades de producción se desplaza hay que tratar de viajar hacia ella.

3. Algunos investigadores/académicos con cierta influencia política en momentos concretos de nuestra historia reciente han desempeñado, y desempeñan, un papel clave impulsando algunas innovaciones en España. Sabemos que la afiliación de políticos y gestores a sociedades científicas es muy escasa. Por el contrario, entre los 700 socios de AES existen bastantes académicos, clínicos y gestores que podrían proporcionar su valoración sobre cuál ha sido el impacto de la ES en la política y gestión sanitaria utilizando el método del Nobel Stiglitz, aplicable a personas que hayan desempeñado destacadas responsabilidades políticas, gestoras o asesoras (como Joan Artells, Eduardo Bandrés, José Barea, Juan Bigorra, Lluís Bohigas, Juan Cabasés, Enrique Castellón, Javier Elola, Antonio Correia actual Ministro da Saúde de Portugal, Guillem López-Casasnovas, José-Manuel Freire, Ginés González actual Ministro de Salud y Ambiente en Argentina, Javier Hernández, Fernando Lamata, Félix Lobo, Vicente Navarro, Jaime Rabanal, José-Ramón Repullo, Norberto Sanfrutos, Josep Santacreu...).

El método Stiglitz

Stiglitz comparte la polivalencia de los economistas académicos en EEUU y ha contribuido de forma destacada a la ES como disciplina. Durante un tiempo fue miembro y presidente del Consejo de Asesores Económicos de Clinton. Su artículo "The private uses of public interests: incentives and institutions" [*JEP* 1998; 12 (2): 3-22] proporciona una espléndida reflexión sobre todo lo que media entre "invención" e "innovación" en Economía. De cómo fracasaron la mayor parte de las mejoras sociales que abordó y a que se debió el fracaso. Obviamente,

tanto la política como la gestión requieren capacidades de implantación y para ello las habilidades analíticas tienen una importancia secundaria. Lo "fácil" en la vida, aquello para los que nos formaron y formamos, es encontrar soluciones; ya es mucho. Lo "difícil", no obstante, es aplicar estas soluciones venciendo las resistencias de quienes crean perder con las mismas y no gozando del respaldo de quienes no perciben sus beneficios. Un ejemplo: identificar el trasplante renal como alternativa más eficiente que la diálisis resulta "fácil"; conseguir promover el trasplante -en un país hipotético con el índice de dializados más alto del mundo porque, al pagar por acto, se dializaban casi hasta los cadáveres- resulta "difícil". Difícil, porque quienes tienen que impulsar el trasplante renal son los propietarios de las clínicas de diálisis (ese *moonlighting* en la "competencia" que también se da en países como España, donde hoy por hoy resulta anatema plantear un *moonlighting* leal en el sector público).

Disponemos de un antecedente inmediato del método Stiglitz en nuestro país. Joan Rovira y Fernando Antoñanzas analizaron este preciso tema hace sólo cinco años ("Las repercusiones de la Economía de la Salud en la Política Sanitaria de España", en *AES*, ed: *Avances en la Gestión Sanitaria*. Palma de Mallorca, 2000: 201-212) y de ellos se tomarán dos falacias que complican la ya de por sí difícil tarea de relacionar la ES con los cambios, o ausencia de cambios, en la política y gestión sanitaria atribuibles a conocimientos generados por la ES.

1. La de la miopía, relacionada con el corto plazo en el que se pretenden observar unas repercusiones que pueden tardar más de una década en producirse.

2. La del *input* invisible: cursos, conversaciones informales y similares pueden tener una influencia mayor en la práctica que las investigaciones publicadas.

El impacto de la Economía de la Salud no pasa por que políticos, sanitarios, clínicos y gestores "sepan" Economía

Andreu Mas-Colell reflexionando sobre cuál había sido el impacto de la Economía, como disciplina, en el bienestar social destacaba su contribución a la moderación de las fluctuaciones económicas: "¿Nos podemos apuntar los economistas académicos este tanto? Si en el futuro nos lo atribuyen no seré yo quien lo discuta. Ahora bien, es cierto que los conocimientos de física que un buen ingeniero necesita son limitados. Puede que todo lo que necesite un responsable de la política económica sea un buen olfato. Al fin y al cabo, Alemania y Japón no se han distinguido durante este siglo (el XX) por sus espléndidas escuelas de pensamiento económico... Pienso, no obstante, que la economía académica es parcialmente responsable del éxito. Es ésta la que determina qué libros de texto estudian los futuros ingenieros o, con otras palabras, quién les educa el olfato".⁶ Cámbiese el tercio pensando en el político o gestor sanitario como "ingeniero".

La educación del olfato desde la Economía de la Salud

Se expondrán algunos ejemplos de la que parece haber sido una clara aportación de la ES a la educación del olfato.

A) Transparencias en curso para gestores con 10 conceptos básicos de ES, argumentados y aplicados a situaciones conocidas por la audiencia:

1. Necesidades humanas ilimitadas pero recursos finitos.
2. Economía se refiere tanto a beneficios como a costes (aunque la Economía se introdujo en la política sanitaria de la mano del "problema de la explosión de costes" simplemente porque "costes" suena a economía y apenas empieza a disiparse esa impresión generalizada).
3. Los costes no se reducen al hospital ni siquiera a los servicios de salud.
4. Las opiniones implican juicios de valor.
5. Muchas reglas sencillas del funcionamiento del mercado no son aplicables al caso de los servicios de salud.
6. Considerar los costes no es inmoral.
7. Elección referida a cambios marginales, no a la actividad total.
8. La asistencia, sólo una forma de mejorar la salud.
9. La paradoja de la prevención: beneficio social con poco atractivo para el individuo por preferencias temporales diferentes para costes y beneficios.
10. La equidad tiene un coste muy alto.

B) Salvador Peiró: "El objetivo fundamental de la gestión sanitaria es contribuir a mejorar el nivel de bienestar relacionado con la salud de individuos y poblaciones. Pasar de Humpty Dumpty -lo importante es saber quién manda- y la gestión de lo complementario a la gestión de lo esencial -los cuidados- es hoy por hoy un ejercicio de audacia. No hacerlo, un ejercicio de cobardía no exenta de riesgos".⁷ De aquí sigue el discurso de hacer más gestora la clínica y más clínica la gestión, de reducir la impresionante brecha entre eficacia y efectividad en gestión sanitaria, discurso en el que los economistas se funden con otros profesionales en la multidisciplinar investigación sobre servicios sanitarios.

C) Transparencias sobre qué han de saber los clínicos de Economía:

1. Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.
2. Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
3. Que las utilidades relevantes son las del paciente, siempre que no olvidemos la paradoja de la salud (mejora de indicadores objetivos y empeoramiento de la percepción subjetiva de la salud) que llevaría a centrarse indebidamente en los usuarios 'www' (*well, wealthy, worried*).

¿Hasta qué punto se ha educado el olfato? En la población de gestores, clínicos y académicos de AES -claramente sesgada- sabemos que no existen diferencias en el grado de conocimientos sobre ES entre los distintos grupos identificables en AES: economistas académicos, clínicos y gestores.⁸ Parece, pues, que puede educarse el olfato.

Recapitulando: la "exposición" a la ES parece ser efectiva aunque no puede establecerse hasta qué punto esa exposición aumenta las probabilidades de mejoras en el bienestar social a través de la política y gestión sanitarias (desconocimiento de riesgos relativos). Los indicios recogidos señalan:

1. Notorios avances en la capacidad de la ES producida por españoles varios de contribuir, lo cual se notará más en un futuro, especialmente cuando política y gestión configuren en mayor medida la agenda de investigación en ES a través de sus necesidades y encargos.
2. Secuencias temporales -con retraso y sin inferencia de causalidad alguna- entre contribuciones de la ES y cambios en política y gestión.
3. Atribución razonable a la ES de cierto papel en las innovaciones en gestión clínica y sanitaria más importantes habidas durante los últimos veinte años en España: actuaciones contra el tabaquismo, evaluación de medicamentos y tecnologías en general sobre bases más científicas, atención primaria, sistemas de ajuste de riesgo, programa MIR y programas de gestión de enfermedades.
4. Un claro rol educativo, de olfato como mínimo, para la ES que ha sabido integrarse en los movimientos salubristas, gestores y clínicos orientados a la mejora de la salud sobre bases científicas.
5. Consolidación de tendencia para la ES en España: líder mundial en alguna ocasión, adaptador de innovaciones foráneas que permitan viajar a la frontera de posibilidades, reduciendo la brecha entre eficacia y efectividad, siempre.

¹ Disponible en: <http://www.who.dk/document/e70504.pdf>.

² <http://www.aatrm.net/pdf/br0402ca.pdf>.

³ Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.

⁴ Véase <http://isi02.isiknowledge.com/portal.cgi?DestApp=ESI&Func=Frame>.

⁵ Archibugi, D. y Coco, A.: "Europa en la carrera de la innovación". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa* 2004; 20: 35-56.

⁶ "La reflexión económica del siglo XX des del siglo XXI". *Revista Econòmica de Catalunya* 1992; nº 17: 11-14.

⁷ *Revisiones en Salud Pública* 1997; 5: 141-147.

⁸ Puig, J. et al: "Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud". *Gaceta Sanitaria* 2000; 14(5): 378-385.

Un documentalista en busca de la Economía de la Salud

Nota de la editora: **presentación de Manuel Arranz**



Cuando encargué este trabajo a Manuel Arranz estaba contactando con un documentalista que, además, conoce perfectamente el terreno (físico y virtual) de la salud. Ricard Meneu, Salvador Peiró y Vicente Ortún me habían remitido al profesional más que adecuado para elaborar en muy pocos días un estudio de estas características. A Manuel, le avalaba, además de su

actividad en la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, su labor como miembro del Consejo Editorial de *Gestión Clínica y Sanitaria*, con la revisión sistemática de publicaciones clave en este ámbito. Con la premura ("desasosiego", dicen en mi tierra) del proceso de edición en el que, según todos irracionalmente, me ví metida, llamé rápidamente por teléfono a Manuel (Ricard me había facilitado, también irracionalmente, su número). Antes de que Manolo me enviase el resultado de su incursión por el camino de PubMed y otros senderos, ya me había encontrado con el escritor. No puedo dejar escapar la oportunidad de hacer

una breve presentación del autor en su faceta literaria, echando mano de las pocas reservas de racionalidad que me quedan. Aparte de múltiples traducciones (el título no es casualidad) y artículos en revistas culturales, Manuel Arranz es autor de varios libros. No seré yo quien trate de encasillar su obra. Además otros más cualificados ya han dicho que no es posible. A partir de su aproximación como documentalista a la Economía de la Salud *Ya no hablamos de lo mismo*¹ porque podemos mirarla desde una perspectiva hasta ahora no explorada y, por tanto, saber algo más sobre "eso que hacen los economistas de la salud". Ésta es pues la aportación (y cruzo los dedos para que no sea la última) de un escritor/documentalista/traductor (y prefiero no indagar más) que, *Con las palabras*² (y algún que otro número), no dudó en decirme hace unos días: *Voy a hablaros de vosotros*.³

¹ Manuel Arranz, *Ya no hablamos de lo mismo. Divagaciones sobre el vuelo de los búhos y el arte de tocar la flauta*, Ed. Pre-Textos, Valencia. Colección Textos y pretextos, nº 733, Abril de 2005.

² Manuel Arranz, *Con las palabras*, Ed. Pre-Textos, Valencia, 1992.

³ Manuel Arranz, *Voy a hablaros de vosotros*, Huerga y Fierro, Madrid, 2003.

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud
arranz_man@gva.es

Hoy en día la literatura sobre Economía de la Salud no cuenta todavía con una base de datos de referencia, como cuenta por ejemplo la biología molecular, el sida, o incluso la ginecología. La explicación a este hecho no reside únicamente en que la Economía de la Salud sea una disciplina relativamente reciente y relativamente secundaria (tanto para la Economía como para la salud), y tampoco en que su clientela potencial no justifique suficientemente una base de datos propia, sino en que la naturaleza de la misma disciplina hace que ésta se encuentre diseminada en varios (y variopintos si me permiten la expresión) recursos de información. Algunos de estos recursos son de una fiabilidad fuera de duda, como EconLit, PubMed, o Embase, y otros todo lo contrario, como nuestros ISOC e IME. EconLit, patrocinado por la *American Economic Association*, es un recurso de economía de primerísima magnitud, como PubMed lo es por lo que a la salud se refiere. Si nuestro objetivo hubiera sido calibrar la salud de la Economía, no habríamos tenido más remedio que utilizar EconLit como fuente de nuestros desvelos, pero habida cuenta de que de lo que se trata es de la Economía de la Salud, la consulta a PubMed parece más indicada. Añádase a lo dicho, como razón suplementaria y concomitante, que PubMed puede consultarlo cualquiera, mejor o peor claro está, cosa que no es el caso con EconLit.

Las razones por las que PubMed ha acabado convirtiéndose en la fuente de información por excelencia en

biomedicina son de sobra conocidas. Pero sin ninguna duda una de esas razones reside en la disponibilidad de un potente y refinado lenguaje de interrogación (*Mesh*) que garantiza una precisión y exhaustividad en las búsquedas de información incomparables con cualquier otro sistema. Si a esto se le añade la actualización diaria de su base de datos, la calidad de sus registros, y la estricta selección de las fuentes, sin olvidar por supuesto su disponibilidad universal, se comprende fácilmente por qué una búsqueda en PubMed suele considerarse suficiente para satisfacer la mayoría de las necesidades de información en su ámbito de referencia. Lo cual no quiere decir, naturalmente, que en algunos casos no debamos consultar otras fuentes relacionadas o complementarias.

Medline es la base de datos de referencia de PubMed. Las citas provienen de aproximadamente 4.800 revistas en 30 idiomas distintos. El 50% son artículos publicados en EEUU, y el 80% disponen de resumen. Su crecimiento anual es de más de medio millón de referencias, y diariamente incorpora entre 1.500 y 3.500 referencias. Su volumen actual se eleva a doce millones de referencias. Durante el año 2004 se calculó que en PubMed se realizaron 30 millones de búsquedas por mes.

Economía de la salud (Health economics) no existe en Medline como descriptor de asunto, remitiendo su búsqueda a *Economía médica (Economics, medical)*. Habida cuenta

de que este término no incluye los *estudios de Costes y análisis de costes*, ampliamos la búsqueda al término más general *Economics*, que engloba a ambos, considerando que, puesto que la cobertura temática de PubMed está centrada en la biomedicina y la salud, cualquier artículo recuperado bajo ese término tendría siempre alguna relación con la Economía de la Salud. Y, naturalmente, así fue.

El término *economía* aparece en el título de 282 revistas (12 de ellas contienen ambos términos, *economía y salud*), sin embargo la *Economía de la Salud*, y en consecuencia las revistas que publican artículos sobre la misma, se encuentran bajo los epígrafes correspondientes a *Health Services* y *Health Services Research*, (*Subject Headings List*, del índice de revistas indexadas).

El término *Economía* aparece definido como *ciencia de la utilización, distribución, y consumo de servicios y materiales*. En nuestra búsqueda el término lo seleccionamos en todos los casos como tema central del artículo (*Major Topic heading*). No contemplamos la economía como calificador de otros descriptores (intervenciones, programas, servicios, administración, enfermedades, etc.), al comprobar que se alejaban de nuestro asunto.

Limitando la búsqueda a los años 1990-2005 se obtuvieron un total de 109.756 referencias que respondieran a los criterios de búsqueda que mencionamos. Dado que nuestro objetivo era localizar los trabajos de autores españoles en revistas internacionales, introducimos el límite *spain* en el campo de la dirección del autor. Al añadir además *NOT Spanish* eliminábamos todas las referencias de artículos publicados en revistas españolas. En definitiva, éstos fueron los criterios de búsqueda: **"Economics" [MAJR] AND Spain [Affiliation] All Fields, NOT Spanish, Publication Date from 1990 to 2005, MEDLINE.**

Establecer comparaciones entre las grandes bases de datos puede hacerse siempre y cuando tengan elementos comunes que comparar. El volumen de las referencias, la calidad de los registros, su cobertura geográfica o lingüística, la mayor o menor facilidad de acceso, son elementos que se prestan siempre a la comparación. Sin embargo nada parecido a lo hecho en PubMed puede hacerse en las bases de datos españolas, porque las diferencias, con ser notables, no se limitan sólo a estos aspectos, sino a la disponibilidad o no de un vocabulario controlado. Pero naturalmente algo puede hacerse y algo debe hacerse. La base de datos del ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades)

y la del IME (Biomedicina), pertenecientes ambas al CSIC, no disponen de un lenguaje documental estrictamente hablando, y su sistema de recuperación de la información no permite hacer demasiadas cosas, pero tienen a su favor que todas las revistas españolas de su ámbito temático están representadas. Teniendo en cuenta que en PubMed (2005) España sólo cuenta con 50 revistas indexadas en su base de datos, la consulta al ISOC y al IME, máxime en el tema que nos ocupa, es por tanto bastante necesaria.

El ISOC y el IME disponen de un formulario de búsqueda por pantalla idéntico, limitado a la búsqueda por palabras en el campo seleccionado. Los campos opcionales se reducen a título, autores, ISSN y Revista, lo que supone una limitación importante e insalvable en las búsquedas, que sin duda se refleja en los resultados (pérdidas). Hemos buscado las palabras **economía, coste, beneficio, financiación, gasto y presupuesto**, truncándolas oportunamente para no perder información, y las hemos combinado con las palabras **salud, sanidad y sanitario**, y limitado la búsqueda a los años 1990-2005, como en el caso de Pubmed. En el cuadro adjunto se pueden ver los resultados de la búsqueda.

De las 121 referencias encontradas en PubMed (artículos de autores españoles en revistas internacionales), 19 eran revisiones y 65 análisis de costes. Respecto a los trabajos de Economía de la Salud publicados en revistas españolas, dos publicaciones acapararon la casi totalidad de los mismos: *Gaceta Sanitaria* (65 artículos), *Medicina Clínica* (58 artículos). En cuanto a las revistas internacionales merecen mencionarse *Health Economics* (19 artículos), *Pharmacoeconomics* (13 artículos), y *Health Policy* (11 artículos). Se aprecia un crecimiento importante y similar en las bases de datos de salud (PubMed e IME), pero no así en el ISOC, cuya producción se mantiene prácticamente constante. Estos resultados nos parecen congruentes con el desarrollo de la Economía de la Salud (mayor presencia progresiva de trabajos en bases de datos de biomedicina, y consiguientemente en publicaciones biomédicas, que en publicaciones de Economía). Hay que tener en cuenta además que estas búsquedas se han realizado en mayo del 2005 y que los resultados afectan más a las bases de datos españolas dada la menor actualización de las mismas. A nuestro juicio las 121 referencias encontradas en PubMed son un indicador de la buena salud de la Economía de la Salud española. Ya quisieran otras disciplinas, la mía propia sin ir más lejos, contar con algo parecido.

Presencia de la investigación española sobre Economía de la Salud en las publicaciones indexadas en las bases de datos ISOC, IME y Medline¹

Años	ISOC	IME	PubMed
1990-1994	47	22	14
1995-1999	58	48	36
2000-2005	54	64	71
1990-2005	159	134	121

¹ Base de datos de referencia de PubMed

Hágase según arte (h.s.a.)

Laura Cabiedes Miragaya
Universidad de Oviedo

Es una suerte encontrar -y tener la ocasión de difundir- páginas de temas tan sugerentes y elaboradas con tan buen hacer como la *Literature, Arts, & Medicine Database*; una recopilación bibliográfica comentada de prosa, poesía, cine, vídeo y pintura.¹ Creada en el verano de 1993 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York, su mantenimiento corre a cargo del *Hippocrates Project*, laboratorio multidisciplinar para la aplicación de tecnologías de la información a la educación en humanidades médicas. Aunque es cierto que constituye un fondo inestimable para fines pedagógicos, no deja por ello de tener interés general. La mayoría de los comentarios son realizados por el propio equipo editorial, constituido actualmente por 23 miembros. "Aviso para navegantes", como diría Juan Gervas, una vez que se entra en esta página es irresistible navegar durante horas.

Así comenzó mi cruce por sus interesantes secciones: en primer lugar, la literatura, con Oliver Sacks. Muchas de sus obras recogen casos de pacientes con problemas neurológicos, como *Un antropólogo en Marte* (*An Anthropologist on Mars*, 1995) o *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero* (*The Man who Mistook his Wife for a Hat*, 1985). En *Despertares* (*Awakenings*, 1973), fuente de inspiración de la película homónima, narra la dura experiencia de un ensayo clínico en pacientes con encefalitis letárgica (o de St-Louis) que, tras ser tratados con Levodopa (un medicamento indicado para el parkinson) vuelven de su letargo, sufriendo después graves efectos secundarios y procesos de regresión. El mundo de los sordos (*Viendo voces; Seeing Voices*, 1989) y las bases físicas de la identidad son otros temas tratados por Sacks, en este último caso, desde su perspectiva como paciente, tras un accidente de montaña (*A Leg to Stand On*, 1984). Y sus memorias de la infancia, con la mención al tungsteno, materia que aun hoy tanto le atrae (*Uncle Tungsten: Memories of a Chemical Boyhood*, 2001).

Aparte de la *Literature, Arts, & Medicine Database*, otra posible fuente de información sobre la medicina en la literatura es la revista *Literature and Medicine*, publicada desde 1995 por Johns Hopkins University Press.²

En el terreno cinematográfico, consulté el comentario de LaCivita acerca de una película que no

había visto, con un título que me llamó la atención: *Artículo 99*, dirigida por Howard Deutch en 1992. Cuenta LaCivita cómo el *film* trata en tono humorístico el proceso de burocratización de la sanidad y las consecuencias de las medidas de contención de costes en un Hospital de Veteranos. Artículo 99 hace referencia a la norma que regula las prestaciones, excluyendo de la cobertura los problemas no relacionados con el ejercicio militar. La película muestra el enfrentamiento entre la administración y los médicos, debido a esta normativa, finalmente soslayada por los facultativos. Me enteré después de que ésta es la película que en "España se presentó con el título *Paro cardíaco*"³.

Para quienes opten por utilizar material cinematográfico en su actividad docente en Ciencias de la Salud, otra fuente de información interesante es la *Revista de Medicina y Cine/Journal of Medicine and Movies*, creada recientemente por profesores de la Universidad de Salamanca.⁴ También convendría seguir de cerca la actividad conocida como *Biocinema*, desarrollada desde el año 2002 en la Licenciatura en Biología de la Universidad Pompeu Fabra. Josep-Eladi Baños y Félix Bosch, parte del equipo pionero, son los autores del artículo que se presenta a continuación.⁵

La última aportación a este Número Especial de *Economía y Salud* da buena cuenta de cómo impartir una conferencia con apoyo en material cinematográfico. Se trata de la Lección de Apertura de Curso 2004-2005 (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) y, por tanto, dirigida a un público plural, impartida por Beatriz González López-Valcárcel bajo el rótulo "¿Qué hace la Economía por nuestra Salud? Y es con esta fórmula magistral, "hecha según arte", con la que cerramos por hoy la botica.

¹ Accesible en <http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med/lit-med-db/about.html>.

² Disponible en http://www.press.jhu.edu/journals/literature_and_medicine/editorial.htm. Permite el acceso gratuito a un número.

³ La base de datos de *European Audiovisual Observatory* incluye un listado de bases de datos de numerosos países, muy útiles para identificar películas, particularmente el título original. Disponible en <http://www.lumiere.obs.coe.int/>.

⁴ Accesible en <http://www.usal.es/revistamedicinacine>. Están disponibles los números 1 y 2 del vol. 1 (2005).

⁵ En el marco de *Biocinema* impartieron cursos como "Desarrollo de nuevos fármacos y productos sanitarios", compartido con Joan Bigorra. Véase <http://www.upf.es/pro/2002/3361/12335.htm>.

Más cine, por favor*

Josep-Eladi Baños y Félix Bosch

Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida
Universitat Pompeu Fabra

Formar un médico es una tarea que supera los seis años que dura la licenciatura... La facultad de Medicina sólo supone el principio de la adquisición de las competencias cognitivas, prácticas y actitudinales necesarias para ser un buen médico... El tema de las actitudes es el más peliagudo por diversas razones. En pocas ocasiones se ha establecido cuáles deberían ser y, en menos, se ha tomado el interés necesario para confirmar que se han alcanzado... No es ajeno a este problema la dificultad de establecer actividades en las cuales los estudiantes participen activamente mediante la reflexión personal o en grupo. En los últimos años, diversos autores han sugerido que las películas proyectadas habitualmente en salas comerciales pueden constituir un importante recurso docente en los estudios de medicina.

Películas según los objetivos educativos

Las películas comerciales pueden emplearse para alcanzar conocimiento factual. Por ejemplo, *Easy rider* (Dennis Hopper, 1969) o *The emerald forest* (La selva esmeralda; John Boorman, 1985) pueden emplearse para explicar los efectos psicodélicos de algunas drogas de abuso, especialmente las sensaciones de despersonalización y las crisis de pánico asociados a su consumo. También *As good as it gets* (Mejor imposible; James L. Brooks, 1997) es una buena película para ilustrar el trastorno obsesivo-compulsivo y *Lorenzo's oil* (El aceite de la vida; George Miller, 1992) permite aprender bastantes aspectos sobre las enfermedades debidas a errores metabólicos. Algunos autores han empleado películas como elemento docente de asignaturas específicas. Así, Farré et al¹ han descrito recientemente cómo emplear películas como *Awakenings* (Despertares; Penny Marshall 1990), *Lorenzo's oil* o *Miss Evers' Boys* (El experimento Tuskagee; David Feldshuh, 1992) en la enseñanza de la farmacología clínica. García et al² han descrito asimismo cómo las películas pueden ser útiles para explicar algunos temas de microbiología. En este sentido, *The city of joy* (La ciudad de la alegría; Roland Joffe, 1992) constituye una buena lección de salud pública aplicada a las enfermedades infecciosas del tercer mundo.

Quizá el uso más importante de las películas es la ilustración de situaciones complejas que son difíciles de comprender si los estudiantes no tienen experiencia directa^{3,4}. Asimismo, la génesis de debates sobre temas determinados es difícil sin la utilización de elementos 'desencadenantes' que ilustren situaciones límite de forma veraz. Las películas pueden utilizarse como sustitutos controlados de lo que podría ser la vida real y convertirse en un instrumento docente ideal para tales situaciones. El ejemplo típico es la ilustración de la relación médico-paciente... En este sentido, *La maladie de Sachs* (Las confesiones del Dr. Sachs; Michel Deville, 1999) es una película excelente para abordar las sutilezas, las dificultades y la implicación del médico en su relación diaria con los pacientes. También *The doctor* (El doctor; Randa Haines, 1991) debería ser de obligada visión para todos los estudiantes de medicina a fin de considerar cómo un médico puede convertirse súbitamente en un paciente y observar su propia práctica de forma considerablemente distinta a partir de entonces⁵.

Otro aspecto relevante y difícil de explicar en un contexto tradicional es el relativo a los límites de la investigación biomédica y la necesidad de un control externo a los propios

científicos. Diversas películas pueden ser empleadas con este fin, pero una de nuestras preferidas es *Mary Shelley's Frankenstein* (Frankenstein de Mary Shelley; Kenneth Branagh, 1994) la última y más fiel recreación de la obra original de la escritora británica... Al contrario de lo que ocurre en las otras versiones, Kenneth Branagh hace de Frankenstein y no de su criatura el centro de la película. Al conseguirlo permite plantear asimismo un tema importante, la responsabilidad con los propios actos en general y en el ámbito de la investigación, en particular. Una segunda película de interés para ilustrar este tema es *Extreme measures* (Al cruzar el límite; Michel Apted, 1996) basada en la novela del médico norteamericano Michael Palmer. De nuevo, el tema de la ética de la investigación clínica se plantea con toda su crudeza y el eterno debate sobre el valor de cada individuo enfrentado con el de la sociedad se presenta de forma muy atractiva y sugerente. Muy recomendable, en fin.

También existen numerosos ejemplos del uso de películas en el ámbito de la psicología y la psiquiatría. A las ya citadas en párrafos anteriores, debería añadirse también algunas películas de Hitchcock como *Spellbound* (Recuerda, 1945) o *Marnie* (Marnie la ladrona, 1964), para mostrar la influencia del psicoanálisis para rastrear las causas de algunas enfermedades mentales. A ésta podría añadirse también *One flew over the cuckoo's nest* (Alguien voló sobre el nido del cuco; Milos Forman, 1975), una famosa película sobre la vida en los hospitales psiquiátricos. Los problemas derivados de la adicción a drogas, especialmente a heroína, se reflejan también en *The basketball diaries* (Diario de un rebelde; Scott Kalvert, 1995) o en la clásica *The man with a golden arm* (El hombre del brazo de oro; Otto Preminger, 1955).

Finalmente, las películas han abordado con frecuencia las complejas relaciones entre enfermedad, sociedad y medicina. Por ejemplo, la génesis de enfermedades de reciente aparición y su repercusión personal y social, como el sida, ha sido considerada en una magnífica película, *Philadelphia* (Filadelfia; Jonathan Demme, 1993). En otras, lo que se plantea es la confrontación entre intereses políticos y de salud pública como muestra *Outbreak* (Estallido; Wolfgang Petersen, 1995) donde se expone una crisis causada por la aparición de una epidemia contemporánea en los Estados Unidos.

¹ Farré M, Bosch F, Roset PN, Baños JE. Putting clinical pharmacology in context: the use of popular movies. *J Clin Pharmacol* 2004; 44:30-36.

² García Sánchez JE, Fresnadillo Martínez MJ, García Sánchez E. El cine en la docencia de las enfermedades infecciosas y la microbiología clínica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20:403-406.

³ González Blasco P. Literature and movies for medical students. *Fam Med* 2001; 33:426-428.

⁴ Lee YM, Ahn DS. Medical themed film and literature course for premedical students. *Med Teacher* 2004; 26:534-539.

⁵ Alexander M. The Doctor: A seminal video for cinema education. *Fam Med* 2002; 34: 92-94.

* Agradecemos a los autores y a la Dirección de *Revista Andaluza de Patología Digestiva* el permiso para publicar parte del artículo "Las películas comerciales en la docencia de la medicina: más cine, por favor", *Rev And Patol Dig* 2005; 28: 10-13. A los párrafos aquí recogidos le siguen, en el mencionado artículo, varias recomendaciones para la elección de las películas, así como sobre la organización y evaluación de las sesiones.

¿Qué hace la Economía por nuestra Salud?

Lección de apertura de curso 2004-2005 (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)*

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



Cuando me presento como economista de la salud me suelen preguntar "¿Pero qué es eso?" "¿A qué se dedican?" "¿Para qué sirve?" A lo largo de los próximos minutos intentaré responder, valiéndome de fragmentos de películas a modo de ilustración, porque al fin y al cabo los modelos económicos

también cuentan historias.

La ES (Economía de la Salud) ayuda a mejorar la asignación de los recursos de la sociedad. Esa es una tarea difícil, controvertida y antipática, máxime cuando jugamos con la vida y la muerte de las personas. Pero no trabajamos solos en esta misión. Colaboramos estrechamente con otras disciplinas, en una corriente llamada *investigación de servicios sanitarios* en la que cada una aporta su propia óptica de la realidad, algo así como los varios tipos de mapas-físico, meteorológico, de carreteras-informan sobre aspectos complementarios de la geografía. La ES no es un coto cerrado de los economistas. La Asociación Española de Economía de la Salud (AES), que tengo el honor de presidir es un punto de encuentro y de debate entre médicos, farmacéuticos, juristas y economistas, entre gestores y clínicos, entre teoría y práctica, entre academia y profesión.

"La bolsa o la vida", decían los asaltantes de diligencias en los *Westerns*. Las decisiones de asignación de recursos en general, y de tratamientos médicos en particular, han de sopesar el coste y el resultado, lo que cuestan y la salud que ganan. Tradicionalmente, clínicos y gestores estaban separados por una barrera impermeable. Los clínicos no se sentían responsables de sus gastos. Aunque los médicos asignan en su práctica diaria el 70% del gasto sanitario, en el pasado se desentendían de las consecuencias económicas de sus decisiones clínicas, y acusaban a los gestores de contar únicamente los costes, desentendiéndose de la salud de los pacientes.

En la película "paro clínico" se refleja muy claramente esa tensión. Los médicos del hospital tienen que robar por la noche, en el sótano, material quirúrgico que necesitan y el gerente les niega. He aquí la confrontación:

PARO CLÍNICO

Hoy en día, "gerencialismo" y "eficientismo" son términos peyorativos porque hemos roto esa barrera. Gracias a economistas de la salud como **Alan Williams**, profesor de la Universidad de York y al que muchos consideramos un padre académico, se ha cambiado el enfoque bilateral de la ética médica (el médico tiene que hacer todo lo posible por 'Su' paciente, sin tener en cuenta el coste de oportunidad de no hacer nada por otros que esperan ahí fuera, posiblemente más necesitados) por un enfoque colectivo (el médico para la sociedad). Hoy en día hay consenso respecto a que, como dice el profesor **Vicente Ortún**, "no basta con hacer más gestora la clínica, hay que hacer también más clínica (o sanitaria) la gestión".

La asignación de recursos es, en último término, un problema de equilibrio entre grupos de intereses. Dado que los recursos son limitados, dar a unos implica negar a otros. Cómo priorizar es una difícil decisión. ¿Ampliar el programa de detección precoz del cáncer de mama a los 40 años?, o comprar una PET para que tal hospital se ponga a la última en aparatos diagnósticos? O ampliar la cobertura dental? O poner en marcha un plan de choque contra las listas de espera quirúrgicas? O atender las reivindicaciones de las asociaciones de pacientes de tal o cual enfermedad? Los gobiernos de todos los países se enfrentan continuamente a esas reivindicaciones. Como ilustración, veamos esta secuencia de "El aceite de la vida", película que cuenta la lucha de unos padres por curar a su hijo, aquejado de una rara enfermedad degenerativa para la que no hay tratamiento efectivo.

LORENZO'S OIL

Los gobiernos corren el riesgo de adoptar una posición meramente reactiva; atender las reivindicaciones de los que más y mejor gritan, de los que salen en la prensa, de los que influyen en la opinión pública. Las autoridades sanitarias necesitan una brújula que les ayude a decidir y a argumentar sus decisiones. La ES tiene esa brújula de información porque explicita los juicios de valor subyacentes en las posibles decisiones alternativas sobre asignación de recursos.

Necesitamos conocer mejor el mundo para poder cambiarlo. La ES es en último término una ciencia empírica que trata de mejorar el bienestar social. La econometría ("medida de la economía") elabora modelos matemáticos para entender el por qué del comportamiento de las personas y las organizaciones, para predecir el futuro inercial y para cuantificar las consecuencias de las políticas. Así los modelos econométricos orientan la política sanitaria aportando evidencia al "tribunal de los hechos". Decía **Schumpeter** que la Economía es la única ciencia con números -los precios- que poseen entidad propia y no son sólo medidas de otra dimensión de la realidad. Por eso, añadía Schumpeter, "todo economista es un econométra, le guste o no". Pues bien, los avances recientes de la econometría de la salud han sido espectaculares. Con métodos cada vez más sofisticados, y datos más ricos, estamos obteniendo nuevos resultados empíricos, algunos sorprendentes. Esos modelos econométricos, con cuyos detalles no les voy a castigar ahora, se basan en axiomas sobre las preferencias y el comportamiento de las personas. Son los cimientos de todo el análisis económico. Pues bien, según los supuestos clásicos, de hace más de cien años, el hombre, *homo economicus*, es un ser racional y egoísta que habita un mundo hipotético con información perfecta. Esos supuestos son irreales. En las últimas décadas, la ciencia económica ha sido capaz de modificarlos sin perecer en el intento. En contra de lo que pensaban los clásicos, no siempre la "mano invisible" del mercado organiza el caos. En ausencia de información perfecta, como ocurre en el mundo en general y en la sanidad en particular, tal vez esa mano sea invisible porque no exista, dice **Stiglitz**, premio Nobel de Economía en 2001. Cuando hay asimetrías de información los mercados son imperfectos, no asignan bien los recursos, se vuelven estrechos, incluso inexistentes. Pero tampoco el Estado es el árbitro por encima de los ciudadanos, garante del bien común. La Economía actual reconoce móviles altruistas en los ciudadanos y móviles egoístas en los gobernantes y se ha

demostrado, por ejemplo, que la donación altruista asigna mejor que el mercado la sangre y hemoderivados para transfusiones. El altruismo tiene cabida en el análisis económico actual de la sanidad. En la película "Al límite", Nicolas Cage trabaja en una ambulancia medicalizada, y describe así su sentimiento de gratificación personal, de recompensa no monetaria, por salvar vidas:

AL LÍMITE

"¿Qué hace la Economía por tu salud?", dice el título de esta lección. Por tanto yo debería hablarles de sus logros, retos y limitaciones, de sus cuentas liquidadas y de sus cuentas pendientes. Pero "¿Cómo pueden haber tantos besos en una canción?", canta Joaquín Sabina. Y yo me pregunto cómo pueden haber tantos logros, tantos retos, tantas luces y tantas sombras de la ES en los 20 minutos que me quedan. No tengo más remedio que ser selectiva. Les voy a hablar de cuatro áreas en las que a mi juicio nuestras aportaciones son más relevantes y útiles.

1. Los sistemas sanitarios y sus reformas. Aprendiendo en cabeza ajena

Los sistemas de salud del mundo se diferencian en sus dosis de "Estado" y "Mercado", de regulación y de libertad, y en cómo resuelven los inevitables conflictos entre eficiencia y equidad. Generalmente, hay que renunciar a alguna cota de eficiencia para reducir las desigualdades, y los economistas ayudamos a calibrar el coste de esas renunciaciones, estudiando las preferencias de las poblaciones y su aversión a la desigualdad.

Los recursos ni son hoy ni serán nunca suficientes para colmar todos nuestros deseos y necesidades. Todos los sistemas de salud imponen límites y mecanismos de racionamiento que si están bien diseñados no limitarán el acceso a la atención sanitaria que realmente se necesita. En unos países los mecanismos de racionamiento son monetarios (precios o primas de seguros), en otros no lo son (listas de espera, trabas burocráticas).

Donde hay cobertura y financiación pública universal se raciona con mecanismos ajenos al mercado. Frecuentemente las listas de espera son un problema grave (y no exclusivo de España). Además, la provisión pública suele asociarse a ciertos males: ineficiencia

institucional de las burocracias públicas, aplicación rígida de normas administrativas, falta de incentivos para la eficiencia, uso inadecuado de muchos recursos. Canadá es uno de esos países. La película "Las invasiones bárbaras" nos introduce en un hospital público canadiense con una planta sobrecargada y otra cerrada. El hijo de un paciente le propone a la gerente que traslade a su padre a la planta vacía. La respuesta de la gerente ilustra muy bien los efectos secundarios de la rigidez administrativa:

Q LAS INVASIONES BÁRBARAS

El análisis económico sugiere que si los pacientes pudieran pagar un plus por mejores servicios hoteleros en los hospitales públicos sin que la calidad médica de la atención se viera afectada, el bienestar social mejoraría, al conciliar las preferencias individuales con los intereses colectivos.

La cobertura universal y gratuita incentiva la utilización excesiva de recursos que no contribuyen a mejorar la salud. Los países que no imponen barreras monetarias garantizan equidad en el acceso, pero cojean por el lado de la eficiencia.

Pero los sistemas basados en aseguramiento privado no obligatorio, cojean además por el lado de la equidad. EEUU nos viene a todos a la cabeza. Porque si no se garantiza la cobertura sanitaria universal, se discrimina injustamente a los más débiles, imponiéndoles barreras de acceso a un bien preferente. El listón de la equidad del sistema de salud de EEUU es mucho más bajo que el nuestro. En España sería intolerable que el seguro de un ciudadano no cubriera los trasplantes y que se condenara a morir a un niño por falta de cobertura, como le ocurre al hijo de John Archibald en la película "John Q". Desesperado, John secuestra la planta de urgencias del hospital, tomando rehenes, para exigir que su hijo sea incluido en la lista de espera del trasplante.

Q JOHN Q

La ES ha contribuido a mostrar que no hay sistema sanitario perfecto y que casi todos se encuentran en un proceso crónico de reforma, con cierta tendencia convergente. En los últimos años, dos organismos internacionales (OMS, OCDE) han desarrollado pro-

yectos para medir y comparar el desempeño de los sistemas de salud de los países. Personalmente, me parece mucho más prometedor el de la OCDE que, analizando comparativamente cómo los países organizan los recursos para enfrentar la enfermedad isquémica del corazón, el cáncer de mama, y el infarto, y comparando sus logros de salud, permiten "aprender en cabeza ajena".

Por cierto, España sale bien en esas fotos. Consigue buenos indicadores de salud con un gasto razonable, quedando en el séptimo puesto de los 191 países del mundo según la OMS. Un estudio canadiense reciente nos sube al podio de los sistemas de salud de países desarrollados. Somos un ejemplo a imitar para Canadá.

2. Evaluación económica. Cómo medir y valorar la utilidad de la salud

La evaluación económica, encomendada a las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, es una herramienta que ayuda, junto a otros criterios, a priorizar programas de salud y tratamientos para poblaciones específicas. Incluso ha nacido una nueva disciplina, la Farmacoeconomía, que tiene por objeto evaluar medicamentos para recomendar o no su financiación pública, y hay países -Reino Unido, USA, Canadá, Australia, Bélgica e Israel- donde la evaluación económica es preceptiva para autorizar la financiación pública de los nuevos medicamentos.

Los dos platillos de la balanza son costes y resultados de salud. Los costes no son solamente monetarios, ni tienen siempre valoración en el mercado (pensemos en el coste intangible del dolor y el sufrimiento), ni se cuentan únicamente los costes directos. Por ejemplo, hay que contar la pérdida de productividad laboral por causa de la gripe como coste indirecto de la enfermedad. Son costes de oportunidad, cuantifican el valor de la renuncia.

En cuanto a los resultados, se trata de medir y valorar la efectividad, es decir, la ganancia de salud. Los costes se pasan a euros, pero la efectividad se puede medir de muchas maneras, dependiendo del programa que estemos evaluando. Unos salvan vidas, otros alargan la esperanza de vida, otros mejoran su calidad. Necesitamos una métrica común, una unidad de medida de la efectividad que incorpore las dos dimensiones, cantidad y calidad de vida. Pues, bien, esa unidad de medida, contribución significativa de la ES y resultado de un proyecto europeo de investigación llamado **Euroqol**, es el **AVAC**: Año de Vida Ajustado por Calidad.

La ratio **coste-efectividad** es un criterio de eficiencia que se define como lo que cuesta conseguir una mejora unitaria de salud: cuánto nos cuesta ganar un AVAC.

Con apoyo en algunos informes recientes de NICE, la Agencia encargada desde 1998 de evaluar nuevos tratamientos y elaborar guías clínicas para Inglaterra y Gales, se estima que ganar el equivalente a un año de vida en buena salud con un programa de cesación tabáquica cuesta unos 676 euros, mientras que cada AVAC ganado con Orlistat, un medicamento contra la obesidad, cuesta unos 72.000 euros, y con interferón beta para tratar la esclerosis múltiple cuesta 294.000 euros, unos 49 millones de pesetas. Hay una enorme variabilidad de coste por AVAC ganado con distintas intervenciones recomendadas por la agencia inglesa: la ratio de coste obesidad tabaco es de 107 a 1.

Las correspondientes tablas que comparan el coste-efectividad de distintos tratamientos no han de ser tomadas como recetas a aplicar ciegamente en las decisiones de si financiar o no los tratamientos médicos, sino como una orientación para no actuar a ciegas, porque la disposición social a pagar por ganar salud depende de quiénes sean los beneficiarios y de cómo se distribuyan los AVACs ganados.

Estas estimaciones no tienen en cuenta la incertidumbre de los resultados. Cuantifican el coste-efectividad esperado o promedio, pero también importa, y mucho, el riesgo, el intervalo de confianza, diríamos en estadística. Aunque la Medicina se Base en la Evidencia (**MBE**), esa evidencia es fragmentaria, incompleta e incierta. Hay incertidumbre diagnóstica y sobre la efectividad de muchos tratamientos médicos a corto y a largo plazo. La película "Caro diario" refleja la variabilidad en la práctica médica que resulta de esa incertidumbre. El protagonista peregrina de médico en médico hasta que acaba siendo diagnosticado de linfoma:

CARO DIARIO

Por otra parte, las estimaciones nada nos dicen sobre cómo se concentran las ganancias de salud y quiénes son los beneficiarios. A sus efectos es lo mismo alargar 50 años la vida de una sola persona que alargar un año la vida de cada una de las 50 que sufren una enfermedad. Para la sociedad no es

lo mismo. A la sociedad le importa no sólo cuánta salud se consigue, sino para quién. La película "Acción Civil" refleja esta valoración social aunque en otro contexto, el de los juicios por daños contra la salud:

ACCIÓN CIVIL

Antes decía que los conflictos entre eficiencia y equidad son frecuentes. Permítanme llamar la atención sobre el tamaño de la ventana por la que miramos. Si nuestra ventana no se limitara a la región o el país donde vivimos, si fuera el planeta, lo más eficiente sería invertir en los países pobres, en los que la productividad marginal de un euro es cientos, si no miles, de veces mayor que aquí. Y estas intervenciones serían también equitativas, al reducir las desigualdades en salud. Pero los procesos sociales de priorización tienen ventanas estrechas.

Mientras en el primer mundo vamos convirtiendo la obesidad en el principal problema de salud y los Estados del Bienestar se tambalean ante los fuertes vientos de derecha, en otra parte del planeta el estado de malestar de las personas mata por desnutrición.

¿Qué hace la Economía por tu salud? dice el título de esta lección. Pues encontrar intervenciones que no solamente ganan salud a costa de sacrificio, sino que suponen un ahorro neto y por tanto sería no sólo absurdamente ineficiente, sino también inmoral, no intervenir. El test de fenilcetonuria que se hace a todos los recién nacidos es uno entre muchos casos de ratio coste-efectividad negativa. A largo plazo, la prueba cuesta menos de lo que ahorra no hacerla.

Un ejemplo de mala práctica por omisión es el retraso de varios años en la aplicación del test de hepatitis B a la sangre para transfusiones, cuando ya los epidemiólogos del CDC habían descubierto la asociación estadística entre los portadores del virus de hepatitis B y del virus del SIDA, enfermedad mortal para la que no había entonces ni tratamiento efectivo ni test diagnóstico directo. La película "En el filo de la duda" cuenta esta historia real.

EN EL FILO DE LA DUDA

La ratio coste-efectividad del test de hepatitis B a la sangre para transfusiones era en 1983 muy baja. Habría salvado miles de vidas, habría ganado millones de AVACS, costando sólo 100 millones de dólares anuales.

3. Avance tecnológico y sostenibilidad del sistema

En 1900, la esperanza de vida al nacer de los españoles no llegaba a 34 años, y para las mujeres era menos de 36. Actualmente, ronda los 75 años para los varones y 82 para las mujeres. Ese paso de gigante en añadir años a la vida (que también vida a los años) se debió en gran parte al avance tecnológico en sanidad.

La tecnología médica es imparable. A diferencia de lo que ocurre en otros sectores, las nuevas tecnologías no sustituyen, sino complementan, el trabajo humano. En parte por eso, el avance de la frontera tecnológica propulsa hacia arriba el gasto sanitario. **Cutler**, un economista de Harvard, ha demostrado que los beneficios de las innovaciones médicas de los últimos 50 años han sido mayores que los costes, al menos en EEUU y para determinadas enfermedades¹.

Pero no siempre es así. Por ejemplo, un artículo reciente publicado en el BMJ² muestra que el aumento exponencial de prescripciones de fármacos contra el colesterol en el NHS inglés desde 1996 no se asocia a una reducción significativa de infartos. El problema es que se usan extensivamente las tecnologías en pacientes que sólo marginalmente se pueden beneficiar de ellas, o nada en absoluto, mientras que hay grupos desatendidos (no diagnosticados, no tratados). Se trata de romper las bolsas de ineficiencia redistribuyendo recursos.

Las innovaciones médicas cuestan, y mucho, llegando a poner en riesgo la sostenibilidad financiera de los países. Es muy difícil predecir con precisión cuánto costará el avance tecnológico en el futuro porque "El futuro ya no es lo que era" y de él solo sabemos que no será como creemos:



REGRESO AL FUTURO

Aunque sin poder viajar al futuro como el protagonista de la película, la Comisión Europea acaba de presentar un informe sobre las previsiones de crecimiento del gasto público por el envejecimiento

de la población con horizonte en el año 2050. A España le costará un 1,5% más de PIB la asistencia sanitaria.³ Seguro que las puertas tecnológicas por abrir nos costarán mucho más. Un estudio que se publicará en breve estima que habrá que dedicar a la sanidad el 17% del aumento de recaudación impositiva en los próximos 10 años en España para lograr la sostenibilidad del sistema.⁴

La tendencia del gasto farmacéutico público en España es alarmante.

Suelen darse dos reacciones, no excluyentes, cuando las necesidades de gasto sanitario rebasan el presupuesto disponible. La primera es posponer el pago, en una ficción administrativo-burocrática que desliza el gasto contable al año siguiente hasta que las facturas guardadas en el cajón afloran y se reconoce el déficit. Está ocurriendo estos días en España; han aflorado mil millones de euros de déficit sanitario. La segunda es limitar la utilización, restringir la actividad, engrosar las listas de espera. Ambas soluciones son insatisfactorias.

En mi opinión, sería deseable un pacto de Estado por la sanidad en el que se comprometiera financiación pública adicional para incluir en el catálogo de prestaciones innovaciones coste-efectivas, o dirigidas a grupos de pacientes que la sociedad decidiera priorizar. Ese pacto ha de decidir quién y cómo va a financiar el inevitable crecimiento del gasto sanitario, incluyendo los ahorros por mejoras de gestión de los recursos públicos, que requerirán reformas organizativas políticamente valientes, empezando por la necesaria integración de niveles asistenciales. La experiencia inglesa con NICE es una referencia obligada para España. Precisamente ayer se reunía en Madrid un foro sobre este tema.

Terminemos este apartado con un videoclip de "La Ciudad de la Alegría". En una Calcuta pobrísima, los médicos de las ONG trabajan por vocación con recursos precarios y a pesar de todo consiguen curar, cuidar y salvar vidas. La tecnología, aunque útil, no lo es todo. Veamos al médico recién llegado del primer mundo en su primer día de trabajo:



LA CIUDAD DE LA ALEGRÍA

4. ¿Quién debe pagar la sanidad y cómo?

Los economistas buscamos fórmulas óptimas para financiar los servicios de salud. Esta búsqueda abarca problemas muy diversos y complejos: cómo pagar a los hospitales y a los médicos, cómo fijar primas de seguros, cómo distribuir el presupuesto sanitario entre regiones, qué fórmulas y niveles de co-pago son aconsejables. Gracias a la ES, hoy comprendemos esos problemas mejor que hace una década, pero me temo que seguirán sin resolver cuando hayan pasado otros diez años porque no existe una fórmula mágica universalmente válida, sólo hay soluciones para el aquí y ahora.

Todos esos problemas tienen en común la búsqueda de un equilibrio, de reparto de responsabilidades y riesgos entre las partes. Su objetivo común es fomentar la utilización adecuada de los servicios sanitarios coste-efectivos y evitar el derroche y el uso inadecuado.

Si un hospital cobra retrospectivamente todas las pruebas y tratamientos que haga a sus pacientes, sean o no necesarios, no asume ningún riesgo, el financiador asume el 100%. En los años ochenta, los americanos inventaron los **GRD**, una clasificación de pacientes basada en diagnósticos, con la propiedad de que todos los pacientes del mismo grupo deben costarle al hospital aproximadamente lo mismo si son atendidos con los estándares al uso. Hoy en día, los hospitales españoles y los de la mayor parte de países, usan fórmulas de financiación basadas en tarifas por GRD para compartir el riesgo entre el hospital y su financiador.

La idea de financiar la atención sanitaria de una población con criterios *per capita* ajustados por riesgo o por necesidad se aplica a diferentes niveles. El Reino Unido la utiliza para repartir el presupuesto entre regiones, y el sistema de financiación autonómica de la sanidad vigente en España desde 2002 responde a este mismo principio, aunque su concreción es mucho más burda.

El gran reto de ajustar por riesgo es cómo predecir el gasto sanitario que necesitará cada persona. Hay modelos econométricos que predicen el gasto sanitario a partir de datos clínicos y del gasto en el pasado, pero su capacidad predictiva es todavía baja. Tendremos que llegar, por la senda de los avances científicos, al punto "Gattaca", una película situada en algún momento del hipotético futuro en el que se puede determinar el capital genético de cada ser

humano en cuanto nace, conocer qué salud tendrá y cuánta atención médica requerirá.



En el mundo Gattaca los modelos econométricos serán muy precisos, pero la libertad del hombre estará muy cercenada. "Gattaca" cuenta la historia de superación personal de un hombre genéticamente imperfecto que consigue burlar el sistema.

Qué parte del riesgo financiero debe ser asumida por el paciente, si alguna, es otra cuestión controvertida. España tiene niveles de co-pago muy bajos, comparados con otros países del entorno, y sólo para medicamentos. Globalmente, los usuarios pagan en torno al 6,5% de los medicamentos del SNS. En Cataluña se ha empezado a discutir la posible imposición de otros co-pagos, y es previsible que las tentaciones de responsabilizar al usuario de parte de la carga financiera de su asistencia se intensifiquen en el futuro inmediato, como medida para paliar el déficit sanitario. Los economistas tenemos dos consejos al respecto. Primero, son preferibles los co-pagos evitables (por ejemplo, los precios de referencia de los medicamentos) a los obligatorios. Segundo, es aconsejable modular en su caso los co-pagos en función de la efectividad y del coste-efectividad de los servicios.

Y eso es todo. Espero que esta lección haya estimulado su curiosidad por nuestra disciplina y que la próxima vez que nos veamos ya no tengan que preguntarme "¿Qué es eso de Economía de la Salud?, ¿Para qué sirve?".

Agradezco a mi hermano Armando y a Rafael Vicente sus noches en vela este verano grabando videoclips conmigo; a Ricard Meneu, a Vicente Ortún y a Juan Oliva sus sugerencias sobre películas y sobre ES, a Patricia Barber su inestimable y continua ayuda, a mis hijos su paciencia y a mis compañeros su apoyo moral. Todos los fallos son míos.

*El texto completo está disponible en:

http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/19888/Conferencia_Apertura_de_curso_200.pdf.

¹ D M Cutler and M McClellan "Is technological change in medicine worth it?" *Health Affairs*, Vol 20, Issue 5, 11-29 2001.

² Azeem Majeed, P Aylin, S Williams, A Bottle, B Jarman "Prescribing of lipid regulating drugs and admissions for myocardial infarction in England" *BMJ* vol 329 18 sept 2004.

³ http://www.minvws.nl/images/2508976C.doc_tcm11-54021.pdf.

⁴ J Puig y otros *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: editorial Masson, 2004.



ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

ASOCIACIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA • **WEB:** <http://www.aes.es>

HORARIO: Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7