

en este número

| | pág. |
|--|------|
| EDITORIAL | 1 |
| JORNADAS TÉCNICAS AES | 3 |
| – Cádiz, febrero 2002 | |
| XXII JORNADAS AES | 3 |
| – Pamplona, mayo 2002 | |
| TEMAS | 5 |
| – La financiación autonómica de la sanidad española y el reto del proceso transferencial. | |
| – La IT por contingencias comunes en profesionales de los centros asistenciales de Canarias. | |
| TESIS | 7 |
| – Las convocatorias de plazas MIR en el SNS español. | |
| – Análisis económico del comportamiento adictivo: las percepciones de riesgos asociadas al tabaco. | |
| – Del ACU al ACB en la toma de decisiones de política sanitaria. | |
| – La eficiencia técnica de los centros de salud. | |
| LIBROS | 11 |
| VARIOS | 12 |
| – La economía solidaria. | |
| – Convenio de colaboración con la Fundación BBVA. | |
| – Becas Bayer de investigación en economía de la salud. | |
| NOTICIAS DE AES | 16 |

editorial

MEDICAMENTOS, GLOBALIZACIÓN Y PAÍSES EN DESARROLLO

Joan Rovira,
Banco Mundial, Washington



El sector farmacéutico está experimentando en los últimos años una aceleración del proceso de mundialización (ahora se dice globalización). Uno de los aspectos más determinantes fue la aprobación del acuerdo TRIPS sobre derechos de propiedad intelectual, en el marco del GATT. El acuerdo TRIPS supuso un proceso de generalización internacional del sistema de patentes, de especial relevancia para el sector farmacéutico. El acuerdo, promovido esencialmente por la industria investigadora y el gobierno de los Estados Unidos, implica el fin de la posibilidad de “free riding” por parte de un país, que había caracterizado la situación previa. Posibilidad que en los últimos años estaban aprovechando países de desarrollo intermedio como Brasil o India, pero anteriormente había sido utilizada por otros como España o Suiza.

Aunque había quien señalaba que los países menos desarrollados también se beneficiarían a la larga, la generalización progresiva de los principios del TRIPS – especialmente de la patente de producto – implicaba a la larga una transferencia de poder económico y recursos de los países menos desarrollados hacia los más desarrollados. Para los países en desarrollo la aplicación del TRIPS suponía normalmente un incremento de los precios y del gasto en medicamentos y una reducción de la actividad industrial. En algunos casos, implicaba la imposibilidad de financiar determinados tratamientos como los antiretrovirales. Este tema es el que provocó la “rebelión” de Sudáfrica y Brasil contra un sistema que se percibía como intolerable desde un punto de vista, no sólo económico, sino también humano y social. Este proceso ha tenido su culminación en la reciente cumbre de la Organización Mundial del Comercio en Doha, donde los países en desarrollo, actuando de forma coordinada, lograron una declaración que destaca la primacía de los objetivos de salud pública por parte de los países en la interpretación de los acuerdos TRIPS y su plasmación en la legislación nacional. Por ejemplo, en lo que respecta a la capacidad de los gobiernos para otorgar licencias obligatorias en situaciones que consideren como emergencias. Un tema que ha quedado pendiente es el que se refiere a la situación de los países que no tienen capacidad industrial para producir medicamentos, y no pueden aprovecharse de la posibilidad de emitir licencias obligatorias.

En respuesta a las tensiones generadas por los casos de Sudáfrica y Brasil, la OMS lideró un proceso de negociación con la industria investigadora para posibilitar el acceso mediante un sistema de precios diferenciales, cuyos resultados todavía no están claros. Paralelamente, se han puesto en marcha iniciativas de fondos de donación internacionales para abordar la financiación de medicamentos y otras actividades sanitarias en los países en desarrollo.

A continuación efectúo un rápido repaso a los principales problemas pendientes en el panorama farmacéutico internacional desde la perspectiva de los países en desarrollo y a posibles opciones para abordarlos.

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

Editor del boletín: Txomin URIARTE
Han colaborado en este número:

Joan ROVIRA, Francisco GÓMEZ LUY, Juan M. CABASÉS, Carlos AIBAR, David CANTARERO, Conrado DOMÍNGUEZ, Delia DÁVILA, Rosa URBANOS, Mª Isabel ALONSO, Fabiola PORTILLO, Rosa RODRÍGUEZ-MONGUIÓ, Mariola PINILLOS, José Luis RETOLAZA, Vicente ORTÚN, Paula BAGÉS y Puerto LÓPEZ DEL AMO, como participantes más directos.

1. Acceso de las poblaciones de los países de bajo ingreso a los medicamentos existentes.

La atención mundial se ha centrado en los problemas de acceso a nuevos medicamentos bajo patente, tal como los antiretrovirales, aunque una gran parte de la población mundial no tiene acceso ni siquiera a medicamentos antiguos disponibles en forma de genéricos. En el caso de los medicamentos bajo patente se han propuesto diversas opciones: precios diferenciales relacionados con la capacidad adquisitiva de cada país; creación de fondos internacionales de financiación mediante donaciones voluntarias; royalties diferenciales; licencias obligatorias. El problema es adecuar el precio a la capacidad de pago de cada país manteniendo el incentivo para que las empresas continúen investigando nuevos fármacos necesarios. Los problemas que presentan los precios diferenciales son la posibilidad de comercio paralelo que reduzca los precios en todos los países al nivel del precio más bajo. Las licencias obligatorias o los royalties diferenciales no son una solución para un país que no tenga capacidad para producir medicamentos. Por otra parte, algunos países no tienen capacidad para financiar medicamentos esenciales, ni siquiera si los pagasen al coste de producción. La situación empeora en el caso de medicamentos cuya correcta administración requiere recursos humanos y de capital inexistentes en muchos países.

2. Medicamentos para enfermedades huérfanas.

Un problema más grave que el anterior es el de enfermedades características de países de bajo nivel de ingreso. En este caso el problema no es el acceso, sino la inexistencia o insuficiencia de investigación que pueda generar nuevos medicamentos. La causa de esta carencia es que el mecanismo habitual de recuperación de la inversión en I+D por parte de las empresas investigadoras es a través del precio de venta. Si no hay una demanda solvente, las posibilidades de recuperación son inexistentes. Así, se da la aparente paradoja de que se la industria continúe investigando en áreas relativamente bien cubiertas, como es el caso de los moduladores de lípidos, pero que en caso de éxito permiten al innovador hacerse con una apetitosa cuota de un mercado ya existente, mientras se dediquen pocos o nulos recursos a enfermedades que diezman la población de los países en desarrollo. Las opciones para generar la investigación necesaria pasan por empujar desde la oferta –investigación pública, subvenciones a la investigación privada, coordinación de los programas de investigación– o tirar desde la demanda, asegurando por ejemplo una demanda solvente al hipotético futuro producto mediante un fondo de compra basado en donaciones. De hecho, la cuestión más amplia que subyace al problema anterior, es si las prioridades de investigación de productos que finalmente se financian en gran parte con fondos públicos deben ser establecidas por las empresas a partir de su percepción de la que esperan sea la demanda potencial solvente.

3. Ayuda internacional humanitaria y al desarrollo

Tradicionalmente los organismos internacionales tales como UNICEF se ocupaban de suministrar vacunas y medicamentos esenciales a los países más pobres y en caso de emergencias. En los últimos años, los bancos y agencias de desarrollo internacionales se han implicado progresivamente en el desarrollo de los sectores sociales y del sector salud y, en último término, en el sector farmacéutico. En este contexto cabe plantearse si los préstamos deben orientarse básica o exclusivamente a inversiones físicas y desarrollo de capacidad gestora y reguladora, o si debe aceptarse también la compra de medicamentos, un bien fungible, mediante un préstamo. En este contexto hay que considerar los problemas de sostenibilidad, dependencia y responsabilización de las autoridades nacionales

en los programas. También se han planteado problemas con las donaciones de medicamentos de carácter espontáneo, que pueden ser totalmente inútiles e incluso generar una carga al país “beneficiario”. Otro problema potencial de las donaciones, que suelen reflejar las prioridades percibidas por los donantes, es que pueden atraer recursos nacionales trayéndolos de aplicaciones más prioritarias.

La multiplicidad de agencias financiadoras, donantes o consultoras con sus propios objetivos a menudo convergentes puede generar confusión, duplicaciones e ineficiencias en los países receptores. Para evitar estos problemas es preciso reforzar la colaboración ya iniciada entre agencias.

Otro aspecto importante es la colaboración de los organismos internacionales con la industria. Si en el pasado las relaciones fueron a menudo tensas y marcadas por posturas ideológicas, ahora la situación es la opuesta. Agencias internacionales e industria viven una aparente luna de miel en la que se multiplican las colaboraciones - “partnership” es el término de moda – para ayudar a los países en desarrollo. En qué medida estas colaboraciones son efectivas y no comprometen la independencia futura de demandantes y reguladores en los países beneficiarios es una pregunta que todavía no tiene una respuesta definitiva.

4. Corrupción y fraude

Muchos piensan que la corrupción es el principal obstáculo al desarrollo en los países más pobres. La experiencia de todos los países, tanto ricos como pobres, ilustra que el farmacéutico es un sector con grandes posibilidades para la corrupción. Además, los países menos desarrollados disponen de una limitada capacidad de control de los medicamentos, lo que los hace susceptibles a la introducción de fármacos fraudulentos, en el mejor de los casos, total o parcialmente inefectivos, y en otros, potencialmente nocivos. La actitud de los países desarrollados ante este problema no es siempre un ejemplo de ética: por ejemplo, hay países industrializados que no aplican a los medicamentos para la exportación que se producen en su territorio los mismos criterios de control y seguridad que exigen para los destinados al consumo local. Los organismos que exigen a los países prestatarios la compra de medicamentos por concurso, a fin de fomentar la competencia y minimizar la corrupción, deberían considerar la posibilidad de excluir las empresas de dichos países de dichos concursos.

5. Aspectos industriales

El debate sobre medicamentos y países en desarrollo no siempre contempla de forma clara y explícita el papel de los objetivos industriales: muchos países en desarrollo aspiran legítimamente a desarrollar su propia industria farmacéutica. Sin embargo, estos objetivos pueden ser ilusorios o, tal vez peor, una forma de favorecer proyectos inviables de unas élites industriales nacionales mediante ayudas públicas y limitaciones a la competencia.

6. Establecimiento de prioridades

¿Cuál ha de ser el papel de los organismos internacionales en el establecimiento de prioridades para la asignación de recursos financiados mediante sus préstamos y donaciones a países en desarrollo? ¿Deben primar las prioridades nacionales? ¿Deben identificarse las prioridades nacionales con las que plantea el gobierno?

¿Deben las agencias promover mecanismos de establecimiento de prioridades y asignación de recursos transparentes y basados en enfoques analíticos, tal como el análisis coste-efectividad?

Toda una agenda para investigación, debate y negociación.

jornada técnica

MESAS DE PONENCIAS

9:30 - 11:30 **La calidad como estrategia**

Antonio Torres Olivera
Rafael García Rodríguez
José Joaquín Mira Solves
Guillermo Vázquez Mata
Rafael de la Torre Carnicero

12:00 - 14:00 **Gestión por Procesos**

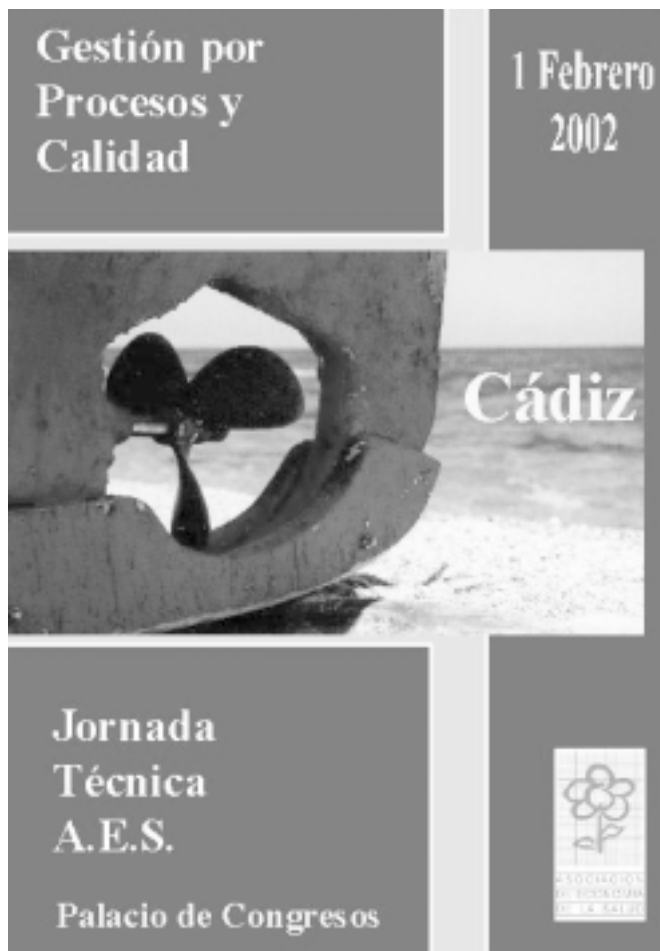
Oscar Moracho del Río
Carmen Cortés Martínez
Mariano Alonso Romero
Lázaro Rodríguez Ariza
Manuel Larrán Jorge

16:30 - 18:30 **Estrategias para la Calidad**

Gonzalo Suárez Alemán
Salvador Peiró
Manuel Galán Vallejo
Emilio Ignacio García
Francisco Alarcón Trujillo

Página WEB:

www.cica.es/aliens/jaescadiz



XXII jornadas AES

Los días 29, 30 y 31 de mayo de 2002 la Universidad Pública de Navarra (Pamplona) será la sede de las XXII Jornadas de Economía de la Salud, bajo el lema genérico «La Organización Territorial de la Sanidad».

Culminado en el año 2002 el proceso de transferencia a las CC.AA. de la gestión de los servicios de Insalud, las Jornadas pretenden ser un foro de encuentro que contribuya al intercambio de conocimientos, ideas y experiencias sobre las nuevas realidades presentes en las relaciones y los mecanismos de coordinación entre los distintos órganos ya existentes o de nueva creación. Sin dejar por ello de avanzar en las restantes áreas de la disciplina y que han contribuido a vertebrar tradicionalmente las Jornadas de Economía de la Salud.

Dado el abanico de temas propuestos y su importancia en un momento en que se ha ultimado la territorialización del Sistema Nacional de Salud, las XXII Jornadas de

Economía de la Salud se configuran como un adecuado foro de debate social y profesional. La experiencia de jornadas anteriores permite confiar en la aportación de los diferentes públicos interesados para completar un programa atractivo y relevante.

Inicialmente se han programado **dos conferencias plenarias** a cargo de Robert Evans y Christopher Murray. **R. Evans**, desde hace más de veinte años un referente en la economía de la salud, procede del Canadá, uno de los países con mayor tradición en la territorialización sanitaria. **C. Murray** ha sido el coordinador del equipo de la OMS que ha elaborado su polémico «Informe 2000. Sistemas Sanitarios: mejorando la eficiencia», en que se definen y calculan diversos indicadores de los objetivos y el funcionamiento de los sistemas sanitarios, con el fin de servir de base de comparación entre sistemas, a la vez de proporcionar una guía para la toma de medidas de política sanitaria.

Para articular las diferentes áreas de interés para los participantes, se han programado **ocho mesas** a las que contribuirán tanto algunos ponentes invitados como aquellos trabajos presentados por los asistentes que aporten información o perspectivas que puedan enriquecerlas, a quienes animamos a enviar sus contribuciones:

- **Experiencia internacional en financiación,**
- **Mecanismos de coordinación,**
- **Evaluación nuevas fórmulas de gestión,**
- **Análisis Económico de la Sanidad,**
- **Gestión Clínica,**
- **Financiación Autonómica,**
- **Recursos Humanos**
- **ONG**

Además de las tradicionalmente dedicadas a:

- **Evaluación económica,**
- **Medicamentos,**
- **Contabilidad y precios,**
- **Utilización de Servicios Sanitarios.**

En la actualidad se cuenta con los siguientes ponentes:

Robert Evans
Christopher Murray
Reinhard Busse
Peter Smith
Eddy van Doorslaer
Beatriz González
Rosa Urbanos
Joao Pereira
Adam Wagstaff
Javier Rey
Angela Blanco
Juan Luis Beltrán
Oriol Amat
José Sánchez Maldonado
Juan Ventura
Vicente Ortún
Salvador Peiró
Ricard Meneu.

Como actividad precongresual, el Taller FBBVA sobre «Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud» se dedicará a **Modelos Bayesianos en Economía de la Salud**, siendo impartido por
M. Sculpher
Liz Fenwick
Steve Palmer
F. J. Polo.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta: Marisol Rodríguez

Vocales: Ricard Meneu
José Martín Martín,
Juan Manuel Cabasés
Ignacio Abásolo
Rosa Urbanos
David Casado

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Juan Manuel Cabasés

Vocales: Tarsicio Forcén
Idoia Gaminde
Ariadna García
Milagros Larráyoiz
José Luis Moreno
Luis Oquiñena
Julián Pérez,
Fernando San Miguel
Pilar Astier

FECHAS DE INTERÉS

1.- Los asistentes que deseen presentar una comunicación deberán remitir, **antes del**

día 23 de febrero de 2002, un resumen de la misma.

2.- **Antes del 22 de marzo** comunicación a los autores de la aceptación de sus trabajos.

3.- Envío mediante **correo electrónico** del texto definitivo **antes del 12 de abril de 2002**, a la Secretaría de las Jornadas.

4.- La fecha límite para obtener descuento en la inscripción por pago anticipado **será el 12 de abril de 2002**.

INSCRIPCIONES

Antes del 12 abril: Socios, 300 €. No socios, 350 €. Estudiantes, 100 €.

Después del 12 de abril: Socios, 3550 €. No socios, 400 €. Estudiantes, 120 €.

En la página web de las Jornadas se encuentra el Boletín de Inscripción para poder realizar la misma a través de correo electrónico. Esta no será efectiva hasta la realización de una transferencia a la cuenta de las Jornadas con el importe correspondiente.

Titular: XXII Jornadas de Economía de la Salud.

Cuenta: La Caixa
Oficina: Avda. Sancho el Fuerte
Nº de cuenta: 2100 1561 47 02 00066738

Además de realizar la inscripción mediante el boletín, deberá enviarse mediante fax o carta, una copia de la transferencia bancaria.

Al cierre de este Boletín han confirmado ya su participación las siguientes entidades:

- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dpto. de Salud (Gobierno de Navarra).
- MSD de España S.A.
- Laboratorios Esteve
- Pfizer S. A.
- Glaxo Smithkline
- Fundación BBVA
- Iberia
- Renfe

Oferta de Hoteles y Viajes

En la dirección www.viajesarga.com se puede obtener todo tipo de información sobre reservas de hoteles y viajes, la organización ha conseguido importantes descuentos para el desplazamiento de los participantes tanto en RENFE como en IBERIA.

La dirección es: Viajes Arga
bayona@viajesarga.com
Tlfno. 948 199 222

Persona de contacto. Cesar Galvé

Organiza:

Departamento de Economía de la Universidad Pública de Navarra y la Asociación de Economía de la Salud.

Secretaría Técnica:

XXII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Edificio de Administración y Gestión

Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadía

31006 - Pamplona (NAVARRA)

Tlfno. 948 168914. Fax: 948 169661

Email:

economia.salud@unavarra.es

<http://www.unavarra.es/directorio/congresos/apoyo/salud/index.htm>.



«LA FINANCIACION AUTONOMICA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA Y EL RETO DEL PROCESO TRANSFERENCIAL»*

David Cantarero Prieto



Introducción

El próximo traspaso de las responsabilidades de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a las diez regiones que aún no disponen de dichas competencias situará el gasto autonómico en más del 40% del total de las Administraciones Públicas además de suponer un paso importante en el proceso de construcción del sistema sanitario español del siglo XXI. En esta investigación se analiza parte de esta problemática estructurándose el trabajo con la siguiente secuencia. En primer lugar, se realiza un breve recorrido histórico por las diversas reformas de la financiación autonómica y, especialmente, de la sanitaria. En segundo lugar, se aborda el análisis de la financiación de la asistencia sanitaria regional pasando revista a las alternativas existentes a la luz de la Teoría del Federalismo Fiscal y de la experiencia comparada. A continuación, se revisan críticamente los objetivos que se pretenden conseguir con el nuevo modelo de financiación y las implicaciones que supone el mismo contemplando a su vez las tareas pendientes en el marco de la sanidad posttransferencial. Con ello se enlazan dos campos de la Economía aplicada: la Economía de la Salud y el Federalismo Fiscal.

Sanidad autonómica y transferencias

Con el fin de llevar a cabo los objetivos planteados, en primer lugar, el trabajo muestra cómo los mecanismos de financiación de la sanidad autonómica han seguido en nuestro país una trayectoria paralela a los correspondientes modelos de financiación autonómica general si bien en el caso de la sanidad las reformas efectuadas en el pasado no han sido suficientes. En este sentido, en una primera parte descriptiva se expone el escenario económico en nuestro país en donde las soluciones respecto a la financiación de la sanidad como servicio público esencial dentro del Estado de Bienestar hacían que fuera urgente un marco financiero estable.

En este horizonte y en base a las diferentes aportaciones teóricas y la experiencia comparada se planteaban a debate básicamente tres alternativas que han sido estudiadas y valoradas en este trabajo: la "Línea Gasto" (financiación específica basada en un sistema de transferencias condicionadas) que consistía en el mantenimiento de una situación similar a la de 1998-2001 sobre la base de los criterios "per cápita", "necesidad", "gasto histórico", "gasto efectivo" y "eficiencia productiva", la "Línea Ingreso o Espacio Fiscal", que implicaba la integración, con diferentes opciones (parcial con transferencias condicionadas o incondicionadas y total), en el sistema de financiación autonómica general y, en contraste con otros trabajos, se aborda el análisis de la situación actual y las implicaciones de la generalización del proceso transferencial a partir del "Modelo Mixto" que implicaba la combinación de los dos anteriores. En este punto, una de las aportaciones del trabajo es ahondar en las ventajas y extensiones futuras del criterio de "necesidad" dentro de este modelo mediante la estimación de

indicadores adecuados de necesidad de gasto sanitario para las regiones españolas en base, por un lado, a una aproximación teórica y, por otro, a técnicas de análisis multivariante y econométrico encontrando como solución adecuada un ajuste básicamente en función de criterios demográficos, socioeconómicos y de estado de salud a partir de la evidencia empírica.

Así, el día 27 de julio de 2001 se alcanzó un acuerdo a fin de establecer un nuevo modelo de financiación autonómica para el conjunto de las CCAA de régimen común. En concreto, hay que señalar que este nuevo sistema basa su funcionamiento en la determinación de la financiación adecuada definida en función de la participación en una "cesta de tributos" para atender a las necesidades de gasto autonómicas obtenidas por adición del bloque general de competencias comunes, bloque de competencias sanitarias y bloque de competencias en servicios sociales. A destacar que precisamente éste es uno de los primeros trabajos académicos que aborda las implicaciones de este nuevo modelo al considerar la integración de la sanidad en el modelo general frente a la situación anterior en donde ésta tenía una financiación específica y además formaba parte del presupuesto de la Seguridad Social. Precisamente por eso se hace hincapié en los considerables avances que plantea pero también nos preocupamos por abordar las cuestiones aún por resolver y determinados "efectos no previstos" que pueden provocar problemas en el futuro.

En último lugar, como una de las principales aportaciones del trabajo, dado el momento actual previo a la generalización de las transferencias sanitarias, se estiman los efectos económicos de la integración de la financiación sanitaria en el nuevo sistema de financiación, bajo distintas hipótesis para 1999 (año base) y 2002 (año de comienzo). A este respecto, cabe señalar que, según los resultados obtenidos, en el modelo de financiación autonómica de la sanidad (1998-2001) para el año 1999 la nota más destacada es la ausencia de autonomía fiscal de las regiones a la hora de decidir sobre su nivel de gasto sanitario autonómico y, como consecuencia, la falta de corresponsabilidad fiscal. En contraposición, se ofrece también con referencia para ese mismo año estimaciones de los recursos disponibles a través del nuevo sistema bajo el supuesto de integración de la sanidad y en donde se apuesta claramente por un elevado grado de autonomía fiscal a todas las CCAA, lo que condicionará por un lado, el importe estimado de recaudación que correspondería a las CCAA y por otro, el grado de autonomía fiscal.

Asimismo, una vez determinadas las cantidades a recibir por cada CA en el año base, se compara en base a proyecciones dinámicas de la financiación sanitaria en el año 2002 lo que se habría obtenido en caso de haber continuado con un modelo finalista similar al anterior (1998-2001) versus la situación real de integración en el nuevo modelo de financiación general, tomando como base de un marco estable de financiación diferentes previsiones en cuanto a las magnitudes económicas relevantes. Dichas proyecciones muestran que, en conjunto, las regiones analizadas obtendrían una ganancia potencial de financiación al integrarse la financiación

de la sanidad en el nuevo sistema general vigente ya en el año 2002 aunque los resultados diferirían en las distintas CCAA, observándose que las mayores ganancias potenciales corresponderían a las CCAA que aún en el año 2001 no gestionaban las competencias sanitarias. Esto se debería fundamentalmente al crecimiento previsto de los ITE por encima del PIB. En cualquier caso, y a pesar de que la heterogeneidad en el nivel de autonomía fiscal de las CCAA seguirá siendo un factor decisivo, a la hora de definir el horizonte de cara al futuro de cada una de ellas, resulta claramente apreciable la mejora que se produciría desde el punto de vista de la suficiencia financiera, autonomía y corresponsabilidad fiscal con la integración de la sanidad en el modelo general de financiación autonómica.

En conclusión

De los resultados obtenidos, se deduce en cuanto a la trayectoria histórica de los sistemas de financiación autonómica y los específicos para la sanidad que, frente al caso de los primeros en donde solamente a partir de 1997 se empieza a apostar por la "Línea de Autonomía en el Ingreso o Espacio Fiscal", los segundos han venido abogando hasta el año 2001 por la opción "Línea Gasto", lo que ha planteado a la financiación sanitaria problemas financieros. En segundo lugar, en el trabajo se analiza la situación previa al nuevo modelo en donde se planteaban las alternativas ante las que debía enfrentarse la reforma del sistema de financiación autonómico de la sanidad.

El nuevo sistema aprobado el pasado 27 de julio de 2001 por el CPFF supone una clara apuesta por el "modelo mixto" ya que no existe una integración total sin condiciones. En tercer lugar, el trabajo constata que si bien aún es pronto para realizar consideraciones definitivas acerca de los efectos reales de la integración de la sanidad en el nuevo esquema general de financiación puede decirse que, en caso de haberse puesto en marcha ya en el ejercicio 1999, ésta habría supuesto un beneficio neto para las CCAA desde la perspectiva de la suficiencia, autonomía y corresponsabilidad fiscal. De todos modos, en cuanto a cuestiones pendientes, es decir, lo que pueda suceder a partir del 2002 parece que, a pesar de lo planteado aquí, es necesario ser extremadamente cautelosos ante los resultados de las próximas liquidaciones presupuestarias a fin de poder pronunciarse sobre si efectivamente este modelo supondrá el cierre definitivo de la financiación autonómica por lo que nuestra labor a partir de este momento sería precisamente el seguimiento de la evolución del modelo.

* Algunas partes del presente trabajo se integran dentro del proyecto "Descentralización del gasto sanitario e implicaciones de su integración en el nuevo modelo de financiación autonómica", en curso de realización. Agradezco la ayuda a la investigación concedida por el Instituto de Estudios Fiscales para la elaboración de este proyecto.

Resumen del trabajo de investigación galardonado con el premio nacional "Julio Alcaide linchausti" para jóvenes investigadores en 2001.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES EN PROFESIONALES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS*

Conrado Domínguez Trujillo - Delia Dávila Quintana



Objetivos

Abordamos este trabajo por tres razones fundamentales. La primera de ellas es la relación de las IT con el Absentismo Laboral, que es un fenómeno que se viene produciendo desde que surgen las relaciones laborales basadas en el trabajo asalariado por cuenta ajena. Sus implicaciones económicas y sociales han dado lugar, en los países de mayor desarrollo industrial y donde se producen con creciente virulencia, a plan-

tear reiteradamente la necesidad de aplicar medidas efectivas para paliar sus consecuencias y reducir su incidencia. Así, en el Plan de Salud de Canarias 1997 se planteaba como objetivo "conocer las situaciones que causan incrementos de la IT, tanto en su incidencia como en su duración media".

Lo que parece evidente en la actualidad es la estrecha relación que guarda el absentismo con la inadaptabilidad al puesto de trabajo, así como con la progresiva pérdida de motivación por razones que todos conocemos (dificultades de adaptación a las nuevas características del empleo, falta de motivación, condiciones del entorno, actitud de directivos,...)

La segunda razón que nos lleva a realizar este estudio es la importancia creciente que creemos que debe cobrar el triángulo trabajo-salud-seguridad en el trabajo, ya que es un derecho para los trabajadores el trabajar sin riesgos para su seguridad y su salud. De hecho, parece evidente que una buena calidad de vida laboral contribuye a tener niveles más aceptables de salud.

Hay, por tanto, problemas de salud laboral que están relacionados con la organización y condiciones de trabajo, las materias empleadas, los horarios, los incentivos, los estilos de dirección, etc., que pueden deteriorar la salud del trabajador y que, sin embargo, se consideran enfermedades comunes. Estos casos son especialmente evidentes en el sector sanitario en el que, el manejo de pacientes suele llevar aparejado un deterioro de salud del trabajador. Esto nos lleva a plantear que la *humanización del trabajo*, o adaptación del trabajo al ser humano, es una de las alternativas para mitigar las consecuencias negativas que la organización del trabajo ha generado en aras del desarrollo y la división o superespecialización del trabajo.

La tercera razón que nos lleva a realizar este estudio es que viene a cubrir una laguna importante en el ámbito de la investigación en gestión y administración sanitaria.

En Canarias, como en el resto del Estado, las enfermedades profesionales y los acciden-

tes laborales han sido y siguen siendo objeto de estudio por las repercusiones económicas y sociales que tienen. Sin embargo, las Incapacidades Temporales por Contingencias Comunes no han sido estudiadas con profusión.

En este trabajo se analizan, por un lado, los aspectos teóricos en los que se sustentan los sistemas, conceptos y definiciones de los binomios Salud-Enfermedad y Absentismo-Protección Social y, por otro lado, se realiza un análisis estadístico con la base de datos construida a tal efecto.

Método

Se ha realizado un procesamiento estadístico univariante y multivariante de la información referente a los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes en los profesionales adscritos a los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la provincia de Las Palmas, desde el 1 de enero de 1994 al 30 de septiembre de 1998. La descripción de las diferentes variables se lleva a cabo agrupando éstas en: *variables personales* (edad, sexo, número de hijos y estado civil), *variables profesionales* (categoría, hospital, unidad, tipo de contrato y antigüedad) y por último *las variables inherentes al proceso* (diagnósticos [codificación según CIE-9-MC], días de IT, día, mes y año en que se inicia el proceso).

Durante el periodo de estudio se han producido y estudiado 21.598 procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, que se corresponden con 6.176 individuos, por lo que, cada uno por término medio ha sufrido 3,5 procesos. A continuación se mencionan algunos de los resultados más destacados del estudio por procesos, si bien se realizó un análisis diferenciado por individuos, que proporcionó resultados similares.

Resultados

La edad media de los individuos que sufren estos procesos es de 40,77 años y son las mujeres quienes más procesos presentan, manteniéndose estos resultados si calculamos tasas de incidencia, es decir, relativizamos sobre la base de la plantilla por sexos en los diferentes centros asistenciales.

La duración media de los procesos de IT por contingencias comunes, es de 34,1 días, durante el periodo de estudio. Los procesos de IT en mujeres tienen una mayor duración que en los hombres (36,25 días frente a los 28,66 de los hombres).

Las duraciones medias más altas se producen en Grupos Diagnósticos que conllevan periodos de convalecencia más largos (Neoplasias, trastornos mentales y enfermedades endocrinas).

Si analizamos la asociación con la estabilidad contractual de los profesionales, se observa un mayor número de procesos de Incapaci-

dad Temporal en aquellos con contratos más estables, caracterizados por una mayor duración media en días de IT de los mismos, con independencia del estamento sanitario al que pertenezca el profesional.

En relación al número de procesos de IT, al número total de días de IT y al número de días de IT por proceso, la categoría profesional con mayores índices es la de Auxiliar de Enfermería.

La unidad de Hospitalización es la que mayor número de procesos de IT presenta. No obstante, la relativización basada en el número de profesionales de cada unidad nos indica que la más absentista por procesos es la de Hostelería (4,67 procesos por trabajador). Asimismo, es también esta unidad de Hostelería la que presenta mayor número de días de IT por cada 100 días de plantilla contratada (13,26 días frente a los 5,84 días de media)

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes nos encontramos con la Gripe (13,76 %), seguida de las alteraciones de la Espalda y los procesos de tipo Depresivo. Existe una importante diferencia entre la duración media observada y su duración estándar, de determinados procesos de IT tales como los relacionados con trastornos de la región cervical, procesos gripales y amigdalitis.

El coste directo generado por procesos de IT por contingencias comunes, en el ámbito y periodo de estudio asciende a 4.398.477.232 pesetas, sin tener en cuenta costes sociales ni de oportunidad.

Conclusiones

Cabe destacar, como principales conclusiones, el peso relativo del Grupo Diagnóstico denominado Listado Complementario asociado a la IT (20,71% del total), sobre todo en aquellos partes de baja donde no se especifica patología o ésta es ilegible, ya que con pequeñas medidas correctoras la información de los procesos sería más clara y concisa.

El año 1997, tras la implantación de medidas para contener el absentismo laboral, constituye un punto de inflexión tanto en el número de procesos registrados como en la duración de los mismos.

Otras conclusiones relevantes son las que señalan que las duraciones medias de los procesos son significativamente distintas entre categorías; que existe una dependencia entre la duración de los procesos y la patología, así como entre la categoría profesional y el diagnóstico del proceso de IT. También se ha detectado que hay diagnósticos propios de unidades o servicios de los centros asistenciales específicos.

* La Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en profesionales de los Centros Asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la provincia de Las Palmas. José M. Álvarez Vázquez, Delia Dávila Quintana, Conrado Domínguez Trujillo, Félix de las Heras Conversa e Ignacio Santana Padrón. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones y Producción Documental, 2000.

ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE CONVOCATORIA DE PLAZAS MIR EN EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL*

M^a Isabel Alonso Magdaleno



La convocatoria de plazas de formación médica especializada—plazas MIR—es uno de los principales instrumentos de planificación de los recursos humanos en el sector sanitario. Sin embargo, éste no se ha utilizado adecuadamente a lo largo del tiempo. Así, durante la segunda y primera mitad de los años setenta y ochenta, respectivamente, la oferta de plazas, y por ello el número de médicos especialistas disponible, no fue suficiente para atender las necesidades requeridas por el sistema sanitario en aquel momento de expansión. Ello supuso la necesidad de contratar a especialistas extranjeros y a licenciados para trabajar como especialistas sin serlo, con la finalidad de cubrir el desfase generado en esos años. Igualmente, durante la segunda mitad de los años ochenta y década de los noventa, se produce un incremento progresivo del número de plazas MIR¹; coincidiendo con un período en el cual las necesidades se ralentizan. Estos importantes desfases, o desequilibrios, entre empleo y formación han generado numerosos problemas a lo largo de los años—bolsa histórica de licenciados sin especialidad, MESTOS, bolsa de médicos especialistas (...)—, abocando al sistema sanitario a una situación de inestabilidad creciente y afectando a su *eficiencia*.

El estudio

La situación actual por la que atraviesa el sistema sanitario español, en esta materia, es fruto de la utilización de unas inadecuadas políticas de convocatoria caracterizadas por una deficiente planificación de los recursos humanos del sector, falta de anticipación y excesiva orientación al corto plazo. Así, en un primer momento, dichas políticas han estado determinadas por las necesidades inmediatas de especialistas; así como por la resolución de los problemas, a corto plazo, a los que se enfrentan determinados colectivos. Ello muestra la tendencia administrativa a utilizar *políticas sintomáticas*, lo que acaba ocasionando que el problema continúe latente y permanezca a largo plazo.

Por ello, el principal objetivo que persigue este estudio es realizar un análisis pormenorizado de las actuales políticas de convocatoria de plazas de formación médica especializada, cuestionando su idoneidad; así como proponer nuevas políticas y medidas que permitan mejorar la importante situación de *ineficiencia* generada en el sector a lo largo del tiempo debido a tales actuaciones y tendencias.

A tal efecto, se utiliza como metodología la *dinámica de sistemas*, pues la construcción de un modelo de simulación—que tenga presente la existencia de relaciones no lineales entre las variables, bucles de realimentación entre las mismas, así como la presencia de retrasos o demoras en el sistema—permite encontrar explicaciones causales al patrón de comportamiento observado, mejorando, en este sentido, el conocimiento que se posee del sistema y contribuyendo a gestionar de un modo más adecuado el proceso de convocatoria de plazas.

Por otro lado, respecto a las actuales políticas de convocatoria, su idoneidad se cuestiona en un primer análisis en el cual se realiza una proyección—utilizando la metodología comentada anteriormente—de la evolución del número de médicos especialistas para los próximos veinte años. Así, a partir de dicho análisis se concluye que si la Administración Sanitaria continúa convocando plazas de formación especializada como hasta el momento, el número de médicos especialistas continuará incrementándose durante los próximos años. Igualmente, del análisis realizado por especialidades, se concluye que algunas se incrementarán notablemente—lo que generará un importante desempleo—, mientras que otras tenderán a ser deficitarias. Los resultados obtenidos coinciden con otras proyecciones efectuadas por diversos autores. Todo ello pone de manifiesto la *deficiente planificación* que caracteriza a las actuales políticas de convocatoria.

De este modo, y a la vista de los resultados obtenidos, se analiza, en primer lugar, el porqué de dichas políticas de convocatoria; tomando como base teórica la *Teoría de la Agencia*. Se enfatiza en el comportamiento del individuo como maximizador de su utilidad y en la existencia de un importante conflicto de intereses entre las partes implicadas en el proceso de convocatoria de plazas. A continuación, se procede a identificar los principales puntos de apalancamiento del sistema; es decir, los verdaderos causantes de tal evolución, al objeto de actuar sobre los mismos y proponer una serie de políticas, y medidas alternativas, que permitan alcanzar un mayor equilibrio en el sistema. A este respecto, analizando los principales aspectos teóricos relacionados con la estructura del sistema que se pretende reflejar, realizando una exhaustiva revisión de la abundante legislación existente sobre formación sanitaria especializada en España, así como un continuo seguimiento de las noticias en prensa—dada la gran polémica suscitada por el tema durante los últimos años—y la obtención de información cuantitativa, se elabora

un *modelo dinámico*; identificando un primer diagrama causal de partida, que a continuación se traduce a un *diagrama de flujos* y posterior *modelo matemático*. Dicho modelo, a su vez, se somete a diversas técnicas de validación estructural, estadística y de comportamiento, lo que permite constatar su fiabilidad a la hora de representar la evolución del sistema que se trata de analizar. El modelo construido y validado permite disponer de un laboratorio de aprendizaje, en el cual se constatan los efectos que puede tener sobre el sistema el comportamiento de los diversos agentes que intervienen en el proceso; así como el impacto, sobre el mismo, de distintas políticas de convocatoria de plazas.

Una nueva política

En este sentido, y mediante el contraste de hipótesis que se efectúa, se comprueba cómo las *políticas de convocatoria* utilizadas por la Administración Sanitaria *son fruto del comportamiento oportunista* de los diversos agentes que intervienen en el proceso. Igualmente, se contrasta que la utilización de una *política* como la *actual* tiende a perjudicar, aún más, la evolución del sistema a corto y medio plazo; convirtiéndola en *insostenible a largo plazo*. Se pone de manifiesto, por tanto, la necesidad de adoptar nuevas políticas gestoras que deben ser combinadas con ciertas medidas, pues el empleo de medidas puntuales o aisladas puede agudizar el problema. Del mismo modo, se comprueba como una política basada en previsiones y control de los retrasos formativos del sistema tiende a mejorar la situación de todos los colectivos implicados en el proceso de convocatoria. Dicha mejora es aún más notable si se combina con ciertas medidas tales como el establecimiento de unos *numerus clausus más restrictivos*, un *control del nuevo acceso al sistema por parte de los especialistas ya formados*, y una *reducción de la edad de jubilación forzosa* de los facultativos, siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea y equiparándola al resto de países comunitarios; importantes puntos de apalancamiento, como se ha comprobado mediante el análisis de sensibilidad que se efectúa con el modelo.

* Tesis Doctoral defendida en el Departamento de Administración de Empresas y Contabilidad de la Universidad de Oviedo el 14 de septiembre de 2001. Dirigida por el Dr. Rafael M^a García Rodríguez, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: ialonso@econo.uniovi.es.

⁽¹⁾ Sobre todo a partir del año 1995, momento en el cual entra en vigor la normativa comunitaria, estableciéndose la obligación de estar en posesión del título de médico especialista para poder ejercer en el sistema sanitario público español y en cualquier otro país comunitario.

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL COMPORTAMIENTO ADICTIVO: APLICACIÓN A LAS PERCEPCIONES DE RIESGOS ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE TABACO*

Fabiola Portillo



En el análisis económico del consumo de tabaco concurren varios aspectos esenciales de interés, derivados de las características que presenta, lo que ha motivado que su estudio haya sido objeto de destacada atención en el pasado más reciente. Entre estos aspectos, cabe señalar los siguientes: por un lado, la naturaleza adictiva del tabaco, ampliamente reconocida por la literatura científica; por otro lado, los riesgos para la salud de los fumadores que comporta su consumo, cuya determinación se ha visto favorecida por el desarrollo de la epidemiología; y, finalmente, el reconocimiento de fallos del mercado, plasmados en externalidades e información imperfecta, abriendo una nueva vía de participación del sector público en esta materia.

Este trabajo está orientado a abordar el estudio de los anteriores aspectos y, más concretamente, a analizar y contrastar empíricamente la influencia de las percepciones de los riesgos asociados con el consumo de tabaco en el comportamiento de los consumidores. La elección de este campo de investigación responde tanto a la relevancia teórica como a la oportunidad del tema, ya que el consumo de tabaco es un hábito mantenido por millones de personas y objeto de numerosas políticas públicas.

Desde el punto de vista teórico, la economía ha tratado la adicción mediante el reconocimiento explícito de que el consumo presente del individuo depende del consumo pasado, incorporando en el análisis los conceptos de tolerancia, refuerzo y abstinencia, rasgos distintivos básicos de este tipo de comportamientos. Sin embargo, a pesar de estos aspectos comunes, los modelos económicos de adicción no son equivalentes en su estructura analítica ni en las implicaciones prácticas de política pública que se derivan de cada uno de ellos.

Por otra parte, es evidente que el potencial adictivo del consumo de tabaco no es igual para todos los individuos y, además, comporta riesgos para la salud del fumador. Por tanto, en la maximización intertemporal de la utilidad interviene la valoración del consumidor acerca de la magnitud de dichos riesgos, ya que, bajo el supuesto de racionalidad, esta variable influirá en la elección. Así, los modelos económicos de adicción bajo incertidumbre ponen de relieve la importancia de las consideraciones sobre el riesgo inherente al consumo de bienes adictivos perjudiciales para analizar el comportamiento del consumidor. En este sentido, la naturaleza subjetiva de las probabilidades asignadas por los individuos a los riesgos asociados con el consumo de tabaco justifica el interés del análisis de la formación de dichas percepciones, para lo cual, el enfoque bayesiano proporciona un desarrollo teórico de gran utilidad.

Objetivos:

En el contexto planteado, el objetivo principal de este estudio es medir la influencia de la

información en las decisiones económicas relacionadas con los bienes que generan adicción, centrándonos para ello en el consumo de tabaco.

Metodología:

Los aspectos generales de la investigación, que se basa en los modelos económicos de adicción bajo incertidumbre, han sido examinados, en primer lugar, al análisis de los determinantes de la percepción de los riesgos atribuibles al consumo de tabaco, a la determinación de la información que posee la población española sobre los riesgos mencionados, a la contrastación de la hipótesis de racionalidad de los consumidores en la elección del hábito tabáquico y, por último, al estudio de la repercusión de las medidas antitabáquicas informativas en las percepciones de riesgos.

Los datos estadísticos utilizados proceden de dos encuestas. Una de ellas, de ámbito nacional, realizada en España, en 1997, a una muestra de más de 2.500 entrevistados, y la otra, que se limita a los estudiantes de diversas titulaciones de la Universidad de La Rioja, aplicada a una muestra de 435 universitarios, en 2000.

Para ello, se ha empleado tanto el análisis univariante como el multivariante, mediante la estimación de modelos probit y de regresión lineal, y se ha discutido la endogeneidad de las variables hábito tabáquico y percepción de riesgos en ambos modelos. Con el propósito de lograr estimaciones consistentes de los parámetros y, asimismo, contrastar los resultados obtenidos, se han aplicado distintos procedimientos de estimación y contrastes de especificación.

Resultados y conclusiones:

En la primera parte de la tesis, se ha efectuado una valoración crítica de las diferentes propuestas teóricas del análisis económico del comportamiento adictivo, evaluando la situación actual y planteando las principales vías de avance en este ámbito. Asimismo, se han cuantificado los riesgos absolutos relacionados con el consumo de tabaco—a partir de las tasas de prevalencia de tabaquismo y de mortalidad por distintas causas en la población española, y de estudios nacionales e internacionales sobre morbilidad y mortalidad para las enfermedades más relevantes—, de los cuales no se tenía conocimiento, ya que las estimaciones disponibles se limitaban a los riesgos relativos.

En uno de los estudios empíricos realizados a partir de la encuesta de ámbito nacional, se ha puesto de relieve la presencia de sesgo primario—esto es, infravaloración de los riesgos elevados y sobrevaloración de los riesgos que presentan reducidas probabilidades de ocurrencia— en las percepciones medias de los riesgos derivados del consumo de tabaco, por lo que cabe calificar la situación española de información imperfecta respecto al conocimiento de la magnitud de estos riesgos. Por otra parte, se han establecido las principales variables que intervienen en la formación de las

percepciones de riesgos de la población española—entre las que cabe destacar, género, edad, nivel educativo, características del hábitat y hábito tabáquico—, observándose algunas características diferenciales con respecto a otros países desarrollados, lo que explicaría, en cierta medida, el menor descenso en las tasas de prevalencia de fumadores en nuestro país con respecto a nuestro entorno.

En lo relativo al análisis realizado para determinar si los individuos tienen en cuenta los riesgos derivados del consumo de tabaco en sus elecciones sobre consumir o no dicho producto, las estimaciones obtenidas mediante la aplicación de distintos métodos econométricos indican que las percepciones de riesgos tienen un efecto negativo y altamente significativo en la probabilidad de fumar. Así, un aumento en la valoración subjetiva de los riesgos sanitarios del tabaquismo, reduciría la incidencia y prevalencia de fumadores en la población española. Estos resultados son consistentes con la hipótesis de racionalidad en la elección del hábito tabáquico y con las conclusiones de otros estudios empíricos previos. Los principales resultados obtenidos, se resumen en los siguientes: (1) la valoración subjetiva del riesgo es un variable significativa en la determinación del hábito tabáquico de los individuos; (2) los jóvenes y los individuos de menor nivel educativo presentan una mayor probabilidad de fumar que sus equivalentes adultos y de mayor nivel educativo; (3) el consumo de alcohol y el tabaquismo están directamente correlacionados.

Finalmente, y siguiendo con el estudio de la percepción de riesgos, se ha realizado un trabajo empírico dirigido a medir las repercusiones del cambio en las advertencias sanitarias contenidas en los envases de tabaco contemplado en la directiva comunitaria, recientemente aprobada por el Parlamento Europeo, que incluye el diseño y realización de una encuesta. Con una base muestral de 435 entrevistados, se puede concluir que esta medida antitabáquica tendría un efecto a corto plazo en la percepción del riesgo absoluto estadísticamente significativo, y estimado en un aumento de entre el 5,70 y el 20,79 por ciento, dependiendo de las distintas variables utilizadas para cuantificar dicho efecto.

También se ha tratado de establecer una correspondencia entre las implicaciones de una política basada en la provisión de información sobre los riesgos y otro tipo de políticas de carácter fiscal, encaminadas a disuadir del consumo de tabaco mediante el incremento de los precios. En este sentido, se llega a la conclusión de que un aumento del precio de la cajetilla comprendido en el intervalo del 15,15 al 24,83 por ciento es equivalente a un aumento en la percepción de riesgos del 14,82 por ciento, que es precisamente el que se lograría, en términos medios, con la aplicación de la normativa comunitaria.

* Tesis doctoral defendida en 2001 en el Departamento de Economía Aplicada Cuantitativa de la UNED, dirigida por el Dr. Fernando Antoñanzas Villar.
E-mail: fabiola.portillo@dee.unirioja.es

DEL ANÁLISIS COSTE UTILIDAD AL ANÁLISIS COSTE BENEFICIO EN LA TOMA DE DECISIONES DE POLÍTICA SANITARIA*

Rosa Rodríguez-Monguió



Justificación y objetivos

La relevancia del Análisis Coste Utilidad (ACU) para la descripción de estados de salud y elección entre distintas alternativas de tratamiento es indiscutible. Sin embargo, las

dificultades que supone la interpretación de indicadores de resultado sanitario heterogéneos y, a menudo, no comparables, reducen las posibilidades de aplicación directa para la toma de decisiones. El Análisis Coste Beneficio (ACB) es el método por el que los economistas, tradicionalmente, han evaluado la eficiencia asignativa de las distintas opciones de tratamiento/ programas sanitarios.

El objetivo de esta tesis es obtener una medida de valoración del resultado sanitario que, a partir de los fundamentos teóricos del ACU y el ACB, posibilite la toma de decisiones de política sanitaria basada en la eficiencia asignativa de los recursos públicos. Este objetivo se aborda desde dos perspectivas complementarias, (1) La propuesta de un marco teórico a partir del cual podemos derivar conclusiones con relación a la valoración monetaria de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) como medida del resultado sanitario y, (2) La aplicación de los fundamentos teóricos de las metodologías del ACU y ACB a dos aspectos claves en la toma de decisiones de política sanitaria: la valoración de las ganancias en salud que supone evitar o reducir la incidencia de efectos adversos asociados al consumo de medicamentos y la aplicación de criterios explícitos de ordenación de las prestaciones sanitarias desde la perspectiva de la evaluación económica.

Método y estructura

Esta tesis constituye, en su primera parte, una revisión y análisis de los fundamentos teóricos sobre los que se erige la metodología del ACU y ACB. Las diferencias teóricas existentes entre la función de utilidad definida por von Neumann-Morgenstern y la función definida en términos de estados de salud imponen restricciones sobre la conducta individual, no siempre validadas empíricamente. En el *primer capítulo* se recogen las principales diferencias teóricas entre la función de utilidad definida en términos de la renta monetaria y la definida en términos de calidad y cantidad de vida, se analizan los supuestos inherentes a la función definida en AVACs, sus implicaciones fundamentales y se revisan los resultados de su contrastación empírica. Además, en este primer capítulo, se propone una *variación del modelo general de AVACs* que permite incorporar al análisis la valoración de

cambios en los distintos estados de salud temporales que definen la sucesión de estados a lo largo de la vida de un individuo. El modelo de estados de salud temporales permite cuantificar los AVACs ganados al evitar los distintos problemas de salud en los que se encuentra el individuo a lo largo de su vida.

En el *segundo capítulo* se incluye una breve revisión de los *fundamentos teóricos* de la metodología de *valoración contingente*, se repasan las distintas *técnicas de estimación en unidades monetarias del resultado sanitario* y se analizan las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Esta primera parte concluye con una reflexión en torno a la conveniencia metodológica y la relevancia práctica de los AVACs y la Disposición a Pagar (DAP) como medidas del resultado para la toma de decisiones de política sanitaria.

Los AVACs permiten comparar distintas alternativas sanitarias sobre la base del número de años de vida ganados, pero no es posible evaluar la eficiencia asignativa con la que se obtienen esos años de vida. La DAP por una ganancia en salud permite expresar en unidades monetarias la utilidad de dicha ganancia. El objetivo del *tercer capítulo* es construir un puente que permita recorrer la distancia entre la medida de la utilidad expresada en AVACs y la medida del beneficio en salud expresada en unidades monetarias. Para ello, se propone un *modelo teórico que relaciona la utilidad de una ganancia en salud y la valoración monetaria de dicha ganancia*. El capítulo incluye la estimación, de acuerdo con la relación especificada, del valor monetario de una ganancia en AVACs obtenida al evitar un problema de salud leve. A partir de la cuantificación del valor monetario por AVAC ganado es posible, en principio, transformar los resultados de ACU en resultados de ACB. El capítulo concluye con un análisis de *contrastación empírica* de la relación teórica especificada entre una y otra medida de evaluación económica.

La mayor parte de los medicamentos tienen asociados efectos adversos de distinta consideración. La incidencia de estos efectos y las implicaciones sobre el bienestar, en general, y, sobre la salud en particular, van a determinar la ganancia neta en salud derivada de esos medicamentos. Los *capítulos cuarto y quinto* constituyen una *descripción y aplicación empírica*, respectivamente, de la *pérdida de bienestar que supone para el individuo la aparición de distintos efectos adversos leves*. El objetivo del capítulo quinto es obtener valoraciones de la ganancia en salud que supone para el individuo eliminar o reducir el riesgo de incidencia de un determinado efecto adverso leve, desde una doble perspectiva: la propia del ACU y la del ACB. Los resultados obtenidos permiten derivar conclusiones respecto a la (des)utilidad que supone un deter-

minado efecto adverso y la cantidad que el individuo está dispuesto a pagar por evitarlo con relación a la ganancia en salud derivada del medicamento para cuya patología está indicado.

El valor de una ganancia en salud, cuantificada en AVAC o cualquier otro indicador de efectividad, es una medida del beneficio sanitario que comparado con el coste de obtención de esos AVAC nos da un indicador de la eficiencia técnica de un presupuesto sanitario. Ello nos permite priorizar los programas disponibles y asignar los recursos de forma que se maximice el resultado en términos de AVACs ganados. Pero el ACE y ACU no permiten determinar la eficiencia asignativa, es decir, si la financiación de un determinado programa aumenta o no el bienestar de una población. En este sentido, en el *capítulo sexto* se aborda la *elaboración de un catálogo o paquete* como procedimiento de delimitación u ordenación de las prestaciones sanitarias. A lo largo del capítulo sexto se argumenta la necesidad e interés de la elaboración de un paquete de servicios para los distintos tipos de sistemas sanitarios. A continuación, se explora un procedimiento de delimitación en función de los objetivos, población beneficiaria, contexto de aplicación y criterios de selección de las intervenciones en salud, que sistematiza las distintas propuestas y experiencias que se están llevando a cabo. Dicho método se basa, fundamentalmente, en el enfoque de la evaluación económica y comprende los procedimientos de definición y los criterios de ordenación de las prestaciones, así como la aplicación de tales criterios de acuerdo con los objetivos que motivan la definición de un paquete.

A modo de conclusión

Esta tesis constituye una investigación sobre las medidas de resultado propias del ACU y ACB aplicadas a la toma de decisiones de política sanitaria, basadas en la eficiencia asignativa de los recursos públicos. En concreto, se propone un modelo teórico que, de acuerdo con ambas técnicas de evaluación, permite valorar en unidades monetarias los Años de Vida Ajustados por Calidad -AVACs-. A partir del modelo propuesto es posible asociar unidades monetarias a las unidades de utilidad, habiendo obtenido unas y otras para una misma ganancia en salud. Estos fundamentos teóricos se aplican a dos aspectos claves de la política sanitaria, la fijación del precio de los medicamentos con un mayor perfil de seguridad y la ordenación de las prestaciones sanitarias.

* Tesis doctoral defendida en el Departamento de Teoría Económica de la Universidad de Barcelona el 19 de abril de 2001. Dirigida por el Dr. D. Joan Rovira Forns, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: rodmong@arrakis.es

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA TÉCNICA DE LOS CENTROS DE SALUD*

Mariola Pinillos García



En momentos como el actual en el que los cambios sociodemográficos están provocando un aumento de la demanda de servicios sanitarios y las nuevas tecnologías y tratamientos clínicos, un incremento de los costes, la preocupación por el gasto sanitario y por su eficiente gestión y asignación es inevitable. Tal es así, que el objetivo de la eficiencia ha sido aplicado a diferentes ámbitos de la gestión sanitaria: a la gestión clínica directamente vinculada con la atención de los profesionales sanitarios a sus pacientes (*microgestión*, según la clasificación de los niveles de gestión de Ortún, 1990), a la gestión de los centros sanitarios (*mesogestión*) y a la relacionada con la gestión del sistema sanitario (*macrogestión*).

Esta tesis se centra en el ámbito de la *mesogestión*, concretamente en el estudio del comportamiento productivo de los centros de salud españoles desde el punto de vista de su eficiencia técnica.

El enfoque de valoración

Dicho estudio se enfrenta al reto de superar los problemas relacionados con la especificación del proceso de transformación de los factores en productos, la identificación y medida del producto, la dificultad de control de los usuarios de la Atención Primaria de Salud, el desconocimiento del motivo real de su consulta y del efecto que ésta pueda tener en su estado de salud, o la falta de información esencial para la adecuada especificación del proceso productivo; aspectos que condicionan tanto el enfoque de valoración como el método de análisis.

De hecho, es la realidad informativa, organizativa y productiva de la Atención Primaria española, la que motiva su estudio en términos de eficiencia y la que, asimismo, aconseja que la valoración se realice a través de la *estimación no paramétrica de una frontera de producción* que permita el análisis de la eficiencia con la que los centros de salud combinan los recursos disponibles para ofrecer el servicio de atención primaria (capítulos 1 y 2).

El método

El método utilizado para llevar a cabo dicha valoración es el *Análisis Envoltente de Datos (DEA)*. Se trata de una técnica de estimación flexible, capaz de transformar una situación productiva en la que diversos recursos generan múltiples productos en un único índice de eficiencia, índice que se identifica con el valor que maximiza el cociente entre la suma ponderada de *outputs* y la suma ponderada de *inputs* de la entidad analizada.

Las grandes virtudes que este método de estimación de la eficiencia presenta en entornos productivos complejos y difícilmente modelizables explican su creciente aceptación, sobre todo en ámbitos que, como el de la Atención Primaria, han estado hasta hace poco más de un lustro vetados a este tipo de análisis. De hecho, la mayoría de los estudios de eficiencia en atención primaria han optado por la utilización de esta técnica como método de valoración. Ahora bien, la revisión de estos trabajos muestra las dificultades a las que han tenido que hacer frente y las restricciones con las que se han llevado a cabo; dificultades y

restricciones que afectan sensiblemente al alcance de los resultados, así como a la calidad y validez de alguna de las conclusiones.

El objetivo

El propósito de esta tesis es ofrecer un análisis de la eficiencia técnica de los centros de salud españoles tratando de solventar alguna de las limitaciones detectadas en las aplicaciones previas. En concreto, aquéllas propias de la técnica de valoración seleccionada que, desde el punto de vista de la autora, podrían minorarse si su tratamiento fuese considerado una exigencia del propio método de análisis. A saber: la elevada sensibilidad de los resultados al tamaño y heterogeneidad de la muestra, a la presencia de entidades extremas y/o a la inadecuada selección de las variables y la imposibilidad de validar estadísticamente la robustez de los resultados obtenidos.

El método de trabajo propuesto en el capítulo 3 para valorar la eficiencia técnica de los centros de salud se apoya en esta idea.

Propuesta de trabajo

En ausencia de pruebas estadísticas específicas que permitan valorar la bondad del análisis, la correcta aplicación del método se convierte en un aval de la calidad de los resultados obtenidos. En este sentido, este trabajo considera que las fases que deben guiar cualquier aplicación del Análisis Envoltente de Datos han de ser cuatro: (1) la selección de la muestra, (2) la especificación del modelo, (3) el análisis de los resultados y (4) la validación de los mismos. Ahora bien, la principal aportación de esta tesis no está tanto en la secuencia de ordenación metodológica planteada (muy similar a la propuesta por Golany y Roll hace una década), sino en la forma de abordar los problemas específicos que cada una de las etapas plantea en su aplicación al ámbito de la Atención Primaria de Salud.

La selección de la muestra

La primera decisión a la que debe hacer frente un estudio que, como el que plantea el Análisis Envoltente de Datos, valora la eficiencia en términos relativos, es la selección de una *muestra de entidades comparables* entre sí. Pocos son, sin embargo, los trabajos que se han preocupado por garantizar una muestra homogénea antes de aplicar el método envoltente de datos. No hacerlo enfrenta al análisis a un conjunto de problemas concatenados que restan fiabilidad a los resultados obtenidos. Para evitarlos y, dado que la homogeneidad afecta tanto al entorno como a los centros objeto de estudio, esta tesis plantea un proceso de *selección en dos etapas* con el que, tras comprobar que existen distintos entornos de salud en el contexto nacional y seleccionar uno homogéneo (primera etapa), se eligen, ya en la segunda etapa, las entidades (homogéneas en productos y recursos) que habrán de determinar la muestra objeto de estudio. La selección muestral se completa con un análisis preliminar de *outliers* que permita detectar la presencia de entidades extremas. La identificación de este tipo de entidades en análisis determinísticos como el que aquí se plantea es decisiva ya que condiciona tanto la definición de la frontera de referencia como la cuantificación de los índices de eficiencia. Sin embargo, y aunque las alternativas teóricas que se sugieren a tal fin son diversas, no es habitual que las aplicaciones empíricas se preocupen por esta

cuestión, motivo por el que no existe un procedimiento de análisis de uso generalizado. Ante esta situación, este trabajo plantea la aplicación ordenada y complementaria de tres de los métodos propuestos en la literatura: el modelo de Wilson (1995), el método del número de referencias y el modelo de Pastor et al. (1999).

La especificación del modelo de análisis

Si la cuidada selección de la muestra es decisiva para garantizar la estabilidad y coherencia de los resultados, la validez de los mismos depende de la correcta especificación del modelo de análisis. Dos son las decisiones que afectan a la que este trabajo presenta como segunda fase del proceso de aplicación del Análisis Envoltente de Datos: la formulación matemática del problema y la selección de las variables que definen el modelo empírico. Ambas decisiones están claramente condicionadas por la realidad organizativa-productiva e informativa de la atención primaria española. En este sentido, y con la intención de enriquecer el análisis de la eficiencia y, a la vez, de comprobar la sensibilidad y capacidad explicativa del método, se plantea en primer lugar un *modelo productivo básico* al que, posterior y sucesivamente, se irán incorporando dos *variables adicionales*: una representativa de la *influencia del paciente* en el proceso productivo y otra indicativa de la *calidad del producto* ofrecido por el centro de salud.

A tal fin, y en ausencia de un indicador de calidad total operativo y de uso generalizado, se diseña uno que, además de respetar los requisitos impuestos por la propia definición de calidad, cumpla con las exigencias matemáticas que permitan su incorporación al análisis de la eficiencia como una dimensión más del producto ofrecido. Dicho índice determina la calidad del producto ofrecido a través de la valoración ponderada de distintas características de la estructura, el proceso y el resultado obtenido por cada centro de salud, tal como establece Donabedian (1988).

El análisis de los resultados

La aplicación de los distintos modelos propuestos a la muestra de centros previamente seleccionada permite obtener unos resultados cuyo análisis constituye la tercera fase del proceso de aplicación del Análisis Envoltente de Datos. Además de cuantificar la eficiencia técnica de los centros analizados, detectar los comportamientos ineficientes e identificar los motivos de dicha ineficiencia, dichos resultados permiten comprobar la *influencia* que la consideración de la *calidad del producto* ofrecido tiene en la valoración del comportamiento productivo de los centros de salud y la importancia que las precauciones tomadas en la aplicación del método tienen en la fiabilidad y coherencia interna de los resultados.

La validación de los resultados

El estudio concluye con la fase de validación de los resultados obtenidos; validación que, en ausencia de pruebas estadísticas específicas, se lleva a cabo mediante un estudio de la sensibilidad de dichos resultados (Nunamaker, 1985) y un análisis *ex post* complementario de los determinantes de la (in) eficiencia de los centros de salud analizados.

* Tesis defendida en el Departamento de Estructura e Historia Económica y Economía Pública de la Universidad de Zaragoza el 26 de junio de 2001. Dirigida por el profesor Fernando Antoñanzas Villar, obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude por unanimidad. E-mail: maria.pinillos@dee.unirioja.es.

ECONOMIC EVALUATION IN HEALTH CARE. MERGING THEORY AND PRACTICE
M. Drummond, A. McGuire, editors. OUP, 2001



Diseñado como complemento del bien conocido *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, ofrece temas frontera de evaluación económica de tecnologías sanitarias. Su objetivo es presentar los fundamentos teóricos de la evaluación engarzados con la práctica.

Concretamente estudia: 1.- Los juicios de valor y los fundamentos teóricos de las medidas de resultados, 2.- los temas actuales de la estimación de costes, como la consideración de los efectos del aprendizaje, los cuidados informales, y los efectos sobre la productividad, 3.- la cuestión de la elección de modelos y técnicas de decisión analítica y el manejo de la incertidumbre (uno de los aspectos más novedosos del libro), 4.- los aspectos teórico-prácticos de la obtención de datos en los ensayos clínicos, 5.- teoría y evidencia de la elección de la tasa de descuento, y 6.- la cuestión de la transferibilidad de resultados de la evaluación en contextos diferentes.

El panel de autores es del más alto nivel en la materia, incluyendo, además de los editores, a Williams, M. Sculpher, P. Dolan, M. Weinstein, A. Briggs, J. Cairns, F. Rutten, W. Brouwer, M. Koopmanschap, A. Tsuchiya, H. Glick, D. Polsky, K. Shulman, K. Kuntz, J. Heyse, J. Cook, G. Carides y F. Pang.

La edición es muy cuidada y cada capítulo ofrece una abundante lista de referencias.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: EVOLUCIÓN RECIENTE (1997-1998)
Fundación BBVA, Guillem López i Casasnovas (Director), 2001

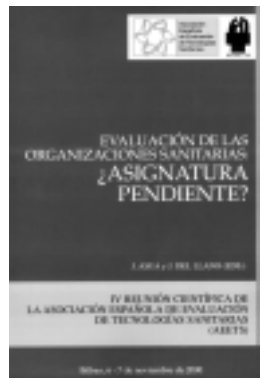
Este libro es una continuación del libro «El sistema sanitario español: Informe de una década» editado en 1999. Es una recopilación de trabajos publicados en los años 1997 y 1998 donde se evalúa el funcionamiento del sistema sanitario. Más concretamente, estos estudios tienen como objetivo estudiar la eficiencia de la prestación sanitaria, es decir, la consecución de los objetivos establecidos al menor coste social. El libro se divide en tres partes donde



se distinguen las distintas perspectivas desde la cual se ha llevado a cabo el análisis antes mencionado: micro (gestión clínica), meso (gestión de centros) y macro.

EVALUACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: ¿ASIGNATURA PENDIENTE?

Asua J, Del Llano J y Gutiérrez I. (Eds)
17x24 cm, 232 págs, Madrid 2001



Se trata del documento de recuerdo, incluso organizativo y fotográfico, de la IV Reunión Anual de la AEETS (Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias), que tuvo lugar en Bilbao los días 6 y 7 de noviembre de 2000.

Se recogen en él los resúmenes de 18 ponencias y conferencias, 10 comunicaciones orales y 27 comunicaciones en formato de poster. Los temas tratados son: La evaluación de la innovación organizativa: ¿tarea de las agencias de evaluación o de la autoridad sanitaria o de los proveedores?; Propuestas para mejorar la eficiencia de las organizaciones sanitarias; Identificación y priorización, calidad asistencial y Guías de Práctica Clínica; Evaluación de la calidad y de los cambios organizativos; Evaluación de las innovaciones organizativas en la atención primaria y en los hospitales; Papel de la evaluación en la provisión y compra de asistencia sanitaria coste-efectiva; Experiencias internacionales.

Más información en <http://www.aeets.org>.

EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL ESTADO DE LAS AUTONOMÍAS

Fundación BBV, Guillem López i Casasnovas (Director), Ana Rico Gómez (Coordinadora), 2001

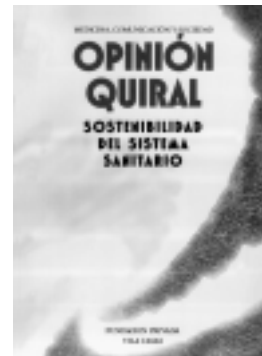


Este libro analiza y compara las políticas sanitarias de tres Comunidades Autónomas (País Vasco, Andalucía y Cataluña) en las dos últimas décadas en términos de las prestaciones a las que tienen acceso los ciudadanos tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo así como su «efecto» en la salud. El libro se divide en cinco partes divididas en dos tomos. La primera parte se centra

en el alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas haciendo énfasis en la normativa autonómica desarrollada paralelamente al marco estatal vigente. La segunda parte se basa en la financiación sanitaria y el proceso transferencial. Se trata de analizar hasta qué punto el proceso de transferencias conlleva diferencias en la financiación y composición del gasto sanitario. La tercera parte se centra en el estudio del efecto que las transferencias han podido tener en la organización y gestión de la atención sanitaria dentro de cada una de las CC.AA.. La cuarta parte analiza la relación entre los recursos y actividades de los servicios de salud gestionados por las CC.AA. y los resultados obtenidos en el nivel de salud. En la quinta (y última) parte se trata de explorar la satisfacción de los usuarios con la gestión autonómica de sus servicios de salud, como medida importante también de la evaluación de los servicios sanitarios.

SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO
Fundación privada Vilá Casas (Eds)

15x23 cm, 96 págs, Barcelona 2001



En el marco del Proyecto Quiral, del que forman parte el *Informe Quiral* y los *Cuadernos Quiral*, se ha presentado el segundo trabajo de la serie *Opinión Quiral*, recogiendo las reflexiones y las conclusiones de un debate organizado al efecto en julio del año 2001.

La mayor parte de la obra la componen las exposiciones de nueve expertos que analizan el tema de la sostenibilidad del sistema sanitario tocando los puntos de vista éticos, económicos, tecnológicos, profesionales, clínicos y productivos, desarrollando el debate que en 1991 abrió la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud.

Subrayamos algunos puntos del análisis, que pueden servir como resumen de las distintas aportaciones:

– La reforma sanitaria de la organización, el funcionamiento y la financiación, para conseguir la equidad y la calidad en la protección de la salud.

– Ya que no cabe todo para todos, ¿cómo se determinan las prioridades?

– Las características sanitarias de la sociedad en el “tercer entorno”

– El impacto de las distintas opciones de financiación en el futuro

– La revisión de los valores del profesionalismo y su regeneración

– La compatibilidad de la evolución del gasto farmacéutico con las necesidades y posibilidades de la sociedad

– El desarrollo tecnológico y los beneficios de la investigación sanitaria

Más información en

<http://www.fundacionvilacasas.org>.

ECONOMIA SOLIDARIA

José Luis Retolaza

Los mecanismos de tratamiento del ahorro de los particulares ofrecen un fuerte potencial como elementos de transformación social. No olvidemos que, por ejemplo, en el Estado español el ahorro ronda los 6 billones de euros. Por eso se ha introducido en el sistema económico el concepto de Economía Solidaria, de la que son exponente la Banca Ética y los Fondos de Inversión Éticos.

BANCA ETICA

Tendiendo en cuenta que la banca es el instrumento principal de canalización de los ahorros de la mayoría de la población, el papel de la ética en la banca adquiere una especial relevancia.

De forma sintética, podríamos definir un **banco ético** como **la institución que invierte o presta dinero con finalidades éticas, sin renunciar necesariamente a finalidades estrictamente financieras.**

Las reseñas históricas de este tipo de banco son múltiples. Algunos ejemplos pueden considerarse:

1. Las **Cajas de Ahorro**, que ya a principios del siglo XIX canalizaban los ahorros de los obreros y también de la clase media, a los que no atiende la banca privada, orientada a la alta burguesía y a las grandes empresas. Sin embargo, aunque las Cajas de Ahorros tienen en su origen la consideración de entidades benéfico-sociales, con el tiempo han experimentado una evolución que subraya cada vez más su carácter de instituciones económicas de naturaleza puramente crediticia.
2. **"Banca Cooperativa"** que engloba a los diferentes tipos de entidades relacionadas con el crédito cooperativo y cuya finalidad es dar respuesta a las necesidades financieras de sus socios. Pueden conceder créditos a personas y empresas no socias, siempre que las operaciones realizadas con terceros no superen el 50% de sus recursos totales.
3. En los países del Sur podemos observar el fenómeno de los **"Bancos de los pobres"**. Surgen bajo la creencia de que un crédito financiero, por modesto que sea, puede ser el impulso decisivo para sacar a una familia de la indigencia mediante el autoempleo. El **microcrédito** se basa en dar soporte financiero a pequeñas iniciativas empresariales por parte de colectivos que por sus condiciones socioeconómicas, no tienen acceso a las vías tradicionales de crédito.



El referente básico de este tipo de bancos es el **Grameen Bank**, fundado en Bangladesh en 1974. Destaca su elevada tasa de retorno (98% de lo prestado, es decir, casi nulo nivel de morosidad o de fallidos), especialmente si se considera el hecho de que el 90% de sus dos millones de clientes son personas que viven claramente su pobreza. Tanto es así que el microcrédito se ha consolidado como instrumento financiero habitual de cooperación con los países del sur (empleado incluso por organismos como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo).

En Europa el microcrédito ha generado la aparición de múltiples entidades que, a grandes rasgos, pueden clasificarse en dos tipos: Aquellas que recaudan ahorros en los países del norte para promover instituciones locales de microcréditos en los países del sur y que son denominadas como "banco solidarios". Y las que orientan esos ahorros a la promoción del autoempleo entre los colectivos desfavorecidos del Norte, que reciben el nombre de "bancos sociales".

4. Existen también **sistemas organizados de trueques**, llamados LETS (Local Exchange and Trading System). Se constituye por primera en Counterbay, Canada, en 1983 cuando, en medio de una fuerte crisis económica en la región, un grupo de habitantes, para evitar la emigración, decide crear un sistema de intercambio local que hiciera posible un comercio sin dinero.

En la actualidad nos encontramos con realidades de banca ética más desarrolladas. Entre las más destacadas están TRIODOS BANK (Holanda) y BANCA ETICA (Italia).

Triodos Bank

En 1980 nace oficialmente en Holanda el Triodos Bank (TB). La MISIÓN de esta institución bancaria es promover proyectos y empresas con un valor social o ecológico que beneficien a la comunidad y que respeten el medio ambiente y la libertad humana.

Aunque la matriz está en Holanda, el TB ha establecido su actividad también en Bélgica e Inglaterra. Cada una de estas ramas del TB invierte exclusivamente en su país.

Sus características principales son:

- **Pone en práctica una política selectiva de inversiones.** Sólo presta dinero a empresas, generalmente PYMES y organizaciones que trabajen en la economía social, medio ambiente, actividades sin ánimo de lucro, cooperación norte-sur (formas innovadoras de vida y trabajo).
- **No ofrece todavía una gama completa de servicios bancarios.** Los productos financieros de TB están orientados a los ahorros a largo plazo. El TB ofrece cuentas corrientes a asociaciones, ONGs y empresas, pero no a sus clientes individuales. Estos suelen acudir a otro banco para resolver el día a día financiero, y, por este motivo, TB suele ser considerado como "segundo banco".
- **Los intereses que ofrecen suelen ser similares** a los de la banca tradicional, demostrando que compromiso ético y rentabilidad económica no son incompatibles.
- **En el proceso de selección de los proyectos a financiar**, TB los analiza caso por caso y los juzga en función de sus méritos. TB concede gran importancia al factor humano (personal involucrado en el proyecto, su experiencia y su relación con TB).
- **En la cuestión de los riesgos todos sus préstamos son garantizados, pero las garantías no son exclusivamente patrimoniales.** TB tiene en cuenta las cualidades personales del promotor que demanda el préstamo y el apoyo recibido por éste de su entorno social. Así, además de las garantías patrimoniales, TB acepta garantías personales por parte de "círculos de garantía" que conocen al solicitante.
- **Las cuentas de ahorro de TB tienen una rentabilidad atractiva pero una liquidez inmediata casi nula.** Al abrir una cuenta de ahorro en TB, el cliente debe escoger en qué área de actividad desea invertir

sus ahorros o bien puede especificar el nombre de un máximo de tres proyectos donde sus ahorros sean invertidos.

- **TB gestiona una cartera de fondos de inversión**, la mayoría de ellos han sido reconocidos como fondos verdes por las autoridades del país por lo que los dividendos que se generan quedan libres de impuestos.

Banca popular ética italiana

La base de esta iniciativa está en el comercio justo al que se añadieron asociaciones de tipo cultural, cooperativas de crédito y las Mutuas de Autogestión (MAG). En el Nordeste de Italia, en 1994 se crea en este ámbito la Asociación hacia el Banco Ético, con el objetivo de comprobar la viabilidad de un proyecto para la creación de un banco alternativo. En 1995 se crea la **COOPERATIVA HACIA EL BANCO ETICO** cuyo objetivo es recaudar el dinero necesario para la creación del banco, y la gestión de todos los pasos a emprender al efecto.

Los socios ahora son más de 500 y tras ellos hay más de 10.000 personas físicas.

Inicialmente no se pueden abrir cuentas corrientes ni libretas de ahorro. La Banca Popular Ética ofrece certificados de depósitos éticos y obligaciones éticas, que al comienzo se suscriben en banco o cajas convencionales, mientras sólo exista una oficina radicada en Padova. El banco no nace con intención de destruir, de oponerse al sistema, sino de proponer algo nuevo.

Da a sus clientes una rentabilidad inferior en un 20% a la existente en el mercado para permitirse invertir en proyectos sociales con tipos reducidos y sostenibles.

El banco opera al 100% en actividades reales sin especular financieramente y pretende garantizar la total transparencia sobre todas las inversiones llevadas a cabo. Su ambición es conseguir 103 millones de euros en los próximos años para reinvertir sin demandar a los beneficiarios, de forma prioritaria y exclusiva, garantías patrimoniales. Los préstamos son concedidos sobre todo a partir de la validez del proyecto, tanto desde el punto de vista económico como ético.

Otros bancos que actúan en esta línea, cada uno con sus particularidades, son:

- Cooperative Bank, en Inglaterra.
- Caisse Solidaire Nord-Pas de Calais, en Francia.
- Banco Alternativo Suizo.
- Öko-Bank en Alemania.

El objetivo final de los bancos éticos es triple:

1. Los inversores particulares mantienen una coherencia con sus principios éticos.
2. La generalización de la banca ética puede aminorar el flujo financiero hacia áreas de actividad que son consideradas como éticamente reprobables.

3. La banca ética permite a las empresas y organizaciones alternativas acceder a vías de crédito que le vienen siendo negadas por la banca tradicional.

FONDOS DE INVERSION ETICOS

Al igual que los fondos de inversión convencionales, los Fondos de Inversión Verdes y Éticos (FIVEs), gestionan los capitales depositados por sus clientes convertidos en participaciones representativas de parte alicuotas de la cartera de **inversiones financieras realizadas por el Fondo en empresas seleccionadas en base a su comportamiento ético, sostenible y socialmente responsable.**

La importancia del fondo ético es el seguimiento de la inversión, que controlaría un comité designado por la entidad promotora.

Desde el punto de vista financiero, el fondo se gestiona con criterios estrictamente profesionales semejantes a cualquier otro fondo, pero teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por los criterios éticos antes mencionados. Una vez seleccionada una empresa que cumpla con los sistemas de selección, se aplican los criterios exclusivamente financieros por una gestión profesionalizada.

En este tipo de productos financieros, además de las variables ya conocidas de rentabilidad, liquidez y riesgo, se introduce un valor añadido que nos parece fundamental: **invertir nuestro dinero de acuerdo a nuestras convicciones.**

Criterios de selección de inversiones

Como regla general, los FIVEs invertirán en aquellas empresas que sean reconocidas por su contribución positiva a la adopción de políticas y estrategias integrales dirigidas a la consecución del desarrollo sostenible, la defensa de medio ambiente y que en sus actuaciones incorporen un comportamiento ético y socialmente responsable.

Ejemplo: El Friends Provident Stewardship, considera como **criterios positivos** de valoración, la contribución activa de las empresas seleccionadas en el cumplimiento de las siguientes áreas:

- La idoneidad social, ética y medioambiental de los bienes y servicios producidos.
- El compromiso de la empresa en la articulación de políticas activas de protección medioambiental, la conservación de los recursos naturales, la reducción de los efectos contaminantes en los procesos de producción y la eficiencia energética.
- La relación abierta y cooperativa con los consumidores.
- La selección de los proveedores en base a criterios éticos y sostenibles.
- Una política de personal que favorezca el bienestar de los empleados de la empresa en términos de contratación, ventajas

sociales y formación, un estilo de dirección participativo y cooperativo y una política activa de promoción de la igualdad de oportunidades y no discriminación.

- Una política de transparencia a la hora de informar a la sociedad acerca de sus actividades.
- Unas relaciones laborales marcadas por la transparencia, negociación, seguridad y formación.
- Involucración activa en la comunidad en la que se desenvuelven, que la hagan partícipe de la riqueza que generan.
- La producción de bienes y servicios de calidad.

Dada la dificultad de obtención de toda la información empresarial relacionada con los asuntos anteriormente descritos, lo que se va a hacer es efectuar el seguimiento sobre la base de unos parámetros, homogéneos para todo el espectro de empresas, gracias a los cuales pueda obtenerse una imagen global de la empresa, por ejemplo: dinero aportado a causas benéficas, políticas de integración de discapacitados, obtención de certificados de gestión ambiental, incidencias judiciales de carácter ambiental y laboral, condiciones de trabajo de la mujer, etc.

En cuanto a los **criterios negativos**, se excluyen de la selección de los FIVEs todas aquellas empresas que estén implicadas en las siguientes actividades:

- Degradación medioambiental, contaminación, fabricación de productos químicos destructores de la capa de ozono, pesticidas, etc.
- La explotación de animales, así como su utilización de tests para la industria (cosméticos u otros productos), el comercio de pieles y las granjas intensivas relacionadas con la producción y procesamiento de carne.
- El comercio directo o indirecto con regímenes represivos en todo el mundo, así como cualquier otro interés que puedan tener las empresas con estos. En este aspecto, los informes emitidos por Amnistía Internacional son un elemento clave para la exclusión de cualquier posible candidato.
- El comercio y/o fabricación de armamento y/o componentes para uso militar.
- Empresas y entidades financieras en las cuales no exista una total transparencia por lo que respecta al destino de sus inversiones (reales y financieras).
- Desarrollo de actividades que conlleven la explotación de los países del Tercer Mundo y su degradación medioambiental.
- Prácticas empresariales que supongan la precarización del trabajo de sus empleados.

Más información en
<http://www.reasnet.com>

CONVENIO DE COLABORACION ENTRE LA ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD Y LA FUNDACION BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA

En Bilbao, a uno de mayo de 2001

REUNIDOS

De una parte,

D. Vicente Ortún Rubio, actuando en nombre y representación de la ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD, con Código de Identificación Fiscal G-58470246 y domicilio en Barcelona, calle Sardenya 229-237, 6ª4ª, en su calidad de Presidente.

Y de la otra,

D. Rafael Pardo Avellaneda, actuando en nombre y representación de la FUNDACION BBVA, con Código de Identificación Fiscal G-78668555, y domicilio en Bilbao, San Nicolás nº 4, en su calidad de Director General.

Ambas partes, que en la representación que ostentan, se reconocen capacidad legal para suscribir el presente documento,

EXPONEN

- I. Que la Fundación BBVA (en adelante LA FUNDACION) tiene por objeto genérico la promoción, programación, desarrollo, y ejecución de actividades de índole cultural y tiene intención de desarrollar un Ciclo de Talleres FBBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud formando parte de su Programa Salud y Sistema Sanitario.
- II. Que, dada la especificidad del campo al que se refiere el expositivo anterior, LA FUNDACION considera necesario contar con la colaboración de entidades y personas cualificadas para desarrollar esta actividad.
- III. Que, la Asociación de Economía de la Salud (en adelante AES) que se creó para agrupar a profesionales de todos los ámbitos interesados por la Economía de la Salud y la Gestión Sanitaria, se halla dispuesta para colaborar con LA FUNDACION, socio institucional de AES desde 1998.
- IV. En orden a lo anterior, ambas partes consideran que una colaboración mutua puede contribuir al adecuado desarrollo y logro del proyecto indicado en el expositivo primero.

En su virtud, y de acuerdo con la exposición que antecede, ambas partes deciden suscribir el presente convenio de colaboración con arreglo a las siguientes

CLAUSULAS

Primera.- (OBJETO)

LA FUNDACION Y AES organizarán conjuntamente y con periodicidad anual un Taller FBBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud coincidiendo con las fechas de las Jornadas anuales de AES.

Segunda.- (DURACION)

El presente contrato de colaboración tendrá una duración de TRES AÑOS, contados a

partir de la firma del mismo, finalizando, en todo caso, el 31 de diciembre de 2003.

Tercera.- (COLABORACION ECONOMICA)

La Fundación BBVA contribuirá a hacer frente a todos los costes económicos derivados del Ciclo de Talleres. A estos efectos, y de forma previa a la celebración de cada taller anual, AES presentará a la FUNDACION, para su aprobación, el presupuesto económico del taller correspondiente.

Dichos presupuestos incluirán un detalle adecuado de todos los gastos vinculados a la celebración y desarrollo de cada Taller anual (Honorarios y alojamiento de ponentes, restauración, transporte de ponentes y otros gastos de organización y difusión).

LA FUNDACION se hará cargo de todas las facturas asociadas a la celebración de cada Taller anual, cuya coordinación corresponderá a AES.

Cuarta.- (EJECUCION)

El programa de cada Taller será determinado atendiendo al grado de innovación metodológica que los invitados aporten. Ante alternativas de calidades comparables, se dará preferencia a los temas más relacionados con el lema de las Jornadas y a aquellos investigadores que hayan desarrollado su trabajo en colaboración con la Fundación.

Para la adecuada planificación, ejecución y salvaguarda de los criterios científicos del Ciclo de Talleres, su seguimiento y evaluación, se creará una Comisión Paritaria de naturaleza académica, integrada por cuatro miembros pertenecientes a la comunidad científica, siendo designados dos miembros por cada una de las partes. A estos efectos las partes consideran adecuado que dicha Comisión esté formada por el Presidente del Comité Científico de las Jornadas, el Presidente del Comité Organizador de las Jornadas, el Presidente de AES y el Director del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra y socio de AES, D. Juan Cabasés Hita.

LA FUNDACION será informada de todas las deliberaciones de la Comisión y podrá aportar todas aquellas consideraciones de contenido académico que a su entender puedan resultar apropiadas para el adecuado desarrollo de los Talleres.

Quinta.- (DIFUSION)

Cada Taller anual será convocado conjuntamente por LA FUNDACION y AES y será promocionado como actividad de ambas, sin perjuicio de la difusión y convocatoria que AES realice de sus Jornadas Anuales. En estas últimas se incluirá la referencia al Taller Fundación BBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud.

AES se compromete a destacar la colaboración de LA FUNDACION en cuantos medios se utilicen para la promoción y difusión de los Talleres, así como en la memoria anual del organismo, respetando en todo caso el logotipo o las directrices de imagen externa que se indiquen por LA FUNDACION. A estos efectos, AES se compromete a presentar a LA FUNDACION para su aprobación, todos los bocetos del material, destinado a la difusión de los Talleres, en fase de diseño.

Para la adecuada difusión de los Talleres, las partes acordarán la organización de las ruedas de prensa que se consideren oportuno realizar. Dichas ruedas de prensa serán realizadas de forma coordinada por los Departamentos de Comunicación de ambas Instituciones y se convocarán de mutuo acuerdo y en la fecha que más convenga a ambas partes.

A fin de realizar esta labor con rigor, AES facilitará la gestión de la recepción de la siguiente documentación para el Departamento de Comunicación de LA FUNDACION.

- Una síntesis de dos folios en la que se aborden los objetivos del Taller y unas breves líneas sobre sus ponencias más relevantes.
- Un breve curriculum vitae de todos los ponentes, el texto de sus respectivas intervenciones y un resumen de un folio de cada una de las mismas.

Una vez finalizado cada Taller, la documentación final aportada por los ponentes será remitida a LA FUNDACION, la cual podrá, si lo estima oportuno, editar una publicación referida a los Talleres.

Sexta.- (ARBITRAJE)

Es voluntad de ambas partes renunciar expresamente al fuero judicial, y someter a arbitraje toda controversia, cuestión o incidencia que entre ellas pudiera surgir, en relación con este contrato.

El arbitraje resolverá la diferencia en equidad y su administración se encomienda al árbitro designado por el Decano del Colegio de Abogados de Vizcaya.

Serán competentes, en todo caso, los Juzgados y Tribunales de Bilbao.

Y en prueba de conformidad con cuanto antecede, las partes intervinientes firman el presente Convenio por duplicado, en el lugar y fecha al principio indicados.

ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD
Presidente
p.p

FUNDACION BBVA
Director General
p.p.

BECAS BAYER DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD CONVOCATORIA AES 2002

La investigación en economía de la salud tiene un importante papel en la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, así como en otros ámbitos relacionados con la salud. Conscientes de esta importancia, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD**, junto con **QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER**, que propuso y ha financiado estas ayudas desde su inicio, vienen convocando desde 1990 las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMÍA DE LA SALUD** cuyos objetivos esenciales son:

- Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en áreas relevantes de la salud o los servicios sanitarios, que tengan una alta calidad metodológica, y en los que alguna de las diversas orientaciones y disciplinas de la economía de la salud tengan un papel preponderante.
- Apoyar la formación de investigadores noveles o jóvenes en economía de la salud, favoreciendo su incorporación a proyectos a desarrollar en equipos de investigación consolidados.
- Estimular la cooperación entre diversas disciplinas favoreciendo el abordaje multidisciplinario de la investigación en economía de la salud.

Por todo ello, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD** convoca las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMÍA DE LA SALUD - 2002** para proyectos de Investigación en Economía de la Salud, creadas a propuesta y financiadas por **Química Farmacéutica BAYER S.A.** y cuya concesión se realizará de acuerdo a las siguientes bases:

- 1.- Se concederá una **Beca de Investigación en Economía de la Salud** a un proyecto de investigación en Economía de la Salud, original e inédito.
- 2.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal sea español o desarrolle su actividad profesional en España.
- 3.- El desarrollo del Proyecto debe realizarse necesariamente en España.
- 4.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos Proyectos iniciados o en curso siempre que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención de entidades públicas o privadas. No se podrán presentar Proyectos que opten a otros premios o becas de investigación similares, nacionales o extranjeros.
- 5.- Para concursar se enviará original y cuatro copias de la Memoria del Proyecto de investigación a la secretaría de AES (C/ Sardenya 229-237, 6º, 4º, 08013 Barce-

lona). El plazo de entrega de los Proyectos termina **el 19 de abril del 2002.**

6.- La Memoria del Proyecto de investigación se remitirá en cualquiera de los formatos utilizados usualmente por las agencias oficiales de financiación de la investigación en España (CICYT, FIS, etc), debiendo constar los apartados siguientes:

6.1. Solicitud de la beca, donde conste el nombre y apellidos del solicitante (investigador principal) y del resto de los investigadores, centro de trabajo y dirección de contacto y, en su caso, el papel a desempeñar por el/ los investigadores noveles incluidos en el proyecto.

6.2. Antecedentes sobre el tema del Proyecto de investigación, o interés científico y práctico del mismo.

6.3. Hipótesis y objetivos generales y específicos de la investigación.

6.4. Material y Métodos. Incluyendo fases de desarrollo y tiempo de duración estimado, que no debe ser superior a 18 meses. A juicio del Tribunal, se podrá ampliar la duración hasta un máximo de 6 meses más.

6.5. Limitaciones previstas.

6.6. Análisis de la viabilidad del proyecto de Investigación, detallando los medios necesarios para su realización y justificando la disponibilidad de los mismos.

6.7. Currícula de todos los investigadores participantes, con especial referencia a la experiencia y publicaciones sobre el tema del Proyecto de Investigación, preferiblemente en cualquiera de los formatos oficiales de las agencias de financiación de la investigación.

6.8. Presupuesto detallado.

7.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** tienen una dotación de 6.010,12 euros, entregándose en tres fases: 1.803,04 euros en el momento de su concesión, 1.803,04 euros transcurridos 6 meses de la iniciación del Proyecto de Investigación, tras la preceptiva autorización de los Miembros del Tribunal del informe de evolución de dicho Proyecto, y una última entrega de 2.404,04 euros al ser aprobado por el Tribunal el trabajo terminado en su redacción definitiva. El trabajo irá acompañado de un resumen no superior a 1.000 palabras que se publicará en el Boletín y/ o en la página web de AES

8.- El tribunal estará formado por tres miembros de AES, nombrados por la Junta directiva y un representante de Bayer, que actuará como Secretario, sin voto.

9.- El proceso que se seguirá por el Tribunal para la adjudicación de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud**, será el siguiente:

9.1. El Secretario de la AES entregará oportunamente a cada uno de los Miembros del Tribunal, copia de todos los Proyectos recibidos, a fin de su completa información antes de la reunión deliberadora.

9.2. En fecha que oportunamente fijará el secretario de AES, el Tribunal se reunirá en los locales de la AES o en la sede las Jornadas de Economía de la Salud, en Pamplona, para reunión deliberatoria y de adjudicación de la Beca, la cual se realizará por votación secreta. En caso de que alguno de los Miembros del Tribunal no pudiese, por fuerza mayor, asistir a la reunión, enviará al Secretario de AES, que le representará, informe escrito de su valoración así como de su voto.

10.- Los investigadores que hayan ganado alguna de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** en ediciones anteriores, podrán optar a la convocatoria actual siempre y cuando hayan entregado la redacción definitiva del trabajo ganador.

11.- La concesión de una Beca no presupone el pago de los importes pendientes cuando el investigador incumpla alguna de las Bases a juicio del Tribunal.

12.- La concesión de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** se hará pública en las **XXII Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en Pamplona del 29 al 31 de mayo de 2002**

13.- Las decisiones del Tribunal son inapelables. Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** podrán declararse desiertas si a juicio del Tribunal calificador se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. En este caso, su importe se dedicará a otro tipo de ayudas, de común acuerdo entre AES y Bayer.

14.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** son una ayuda no condicionada y su concesión no implica ninguna cesión de derechos de autor ni establece ningún tipo de condicionante para la publicación de los trabajos por los autores en las revistas o editoriales que consideren de interés, aunque las publicaciones deberán hacer constar - en la forma que sea habitual en las correspondientes publicaciones- la recepción de la Beca.

WEB AES. ENERO 2002 (HTTP://WWW.AES.ES)

Puerto López del Amo

La página sigue cumpliendo su cometido de testigo permanente de la Asociación e instrumento de relación con los interesados en la Economía de la Salud. Baste como ejemplo los 23 socios que desde agosto de 2000 se han incorporado a AES procedentes de 10 CCAA diferentes. En la pestaña AES-Socios Institucionales, se relacionan las Instituciones que colaboran con AES.

Hemos incorporado en novedades el hipervínculo al programa y cuestiones organizativas de la Jornada Técnica de Cádiz, que se celebrará el día 1 de febrero con el lema *Gestión por procesos y calidad*. También se puede encontrar el hipervínculo a la página de las XXII Jornadas en Pamplona.

Desde las novedades se puede acceder a la página web que recoge la historia de nuestras Jornadas. Como en ediciones anteriores, de las XXI Jornadas en Oviedo, la presidenta del Comité Científico ha seleccionado un conjunto de textos que permanecerán en la web como testigo de la calidad científica de las contribuciones de los invitados a estas Jornadas.

Se pueden encontrar actualizadas las diferentes actas: de la junta, de la asamblea y de SESPAS y el conjunto de Socios Institucionales.

También este Boletín *Economía y Salud* se encuentra en la pestaña de Publicaciones-Economía y Salud y podemos contar que el último número (42, octubre 2001) apareció en la web antes de que llegase en papel a los socios (las cosas del directo).

Además de los clásicos ya comentados, continuamente se hace referencia a cuestiones de actualidad para los socios de AES, en concreto, en los últimos meses:

- Premio Nacional "Julio Alcaide Inchausti"
- Noticias de iHEA (*international Health Economic Association*)
- 4ª Conferencia Europea de Economía de la Salud. Paris. Julio 2002.
- Web del grupo de Género y Salud Pública de SESPAS.

INFORMES TÉCNICOS 2002

De acuerdo con el Convenio firmado en su día entre AES y Gaceta Sanitaria, el equipo editorial de Gaceta Sanitaria ha aprobado la propuesta sobre redacción de Informes Técnicos en Economía de la Salud para 2002, que la Junta Directiva de AES realizó con fecha de 12 de noviembre del 2001.

Los autores, títulos aproximados y fecha de entrega de los Informes Técnicos AES para el año 2002 serán:

Jaime Pinilla. *El impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco.* Entrega: 31 de enero del 2002

Angel Marcos Vera. *Nuevos métodos de evaluación de intervenciones: 'matching estimators' y 'difference-in-difference'.* Entrega: 30 de abril del 2002.

Misericordia Carles Lavilla. *Responsabilidad por malpraxis médica: una perspectiva económica.* Entrega: 31 de agosto 2002.

Carles Murillo Fort. *Revisión de estudios de utilización y demanda de servicios sanitarios.* Entrega: 31 de octubre 2002.

WHO ARE WE

Asociación de Economía de la Salud (AES)

- 600 members, of which 100 academics
- 22 years of activities
- \$ 40 membership fee plus 16% tax
- AES was the founder of the Spanish Society of Public Health (SESPAS) in 1985 and the founder, Paris 1992, of the European Public Health Association.
- AES has established reciprocity agreements with Portugal and Argentina Health Economics Associations.
- AES by-laws promote members participation. AES has elaborated guidelines on how to organize the Annual Meeting and is preparing an Ethical Code, specially to regulate relationships with sponsors.

Services

- 3 Annual Meetings:
 - The Regular Annual Meeting with Call for Papers has been going on since 1980 at Barcelona. This year would be at Pamplona (May 29-31 2002): 3 days, 350 participants.
 - The short 1 day meeting on a very specific topic (e.g. Cadiz, Feb 1, 2002)
 - Workshop on *Methodological Innovations in Health Economics* sponsored by Foundation BBVA.

Selected publications (free):

- Book with the key-speeches, oral communications and posters of the Annual Meeting. 1000 copies of a 600 pages book. Last one: *Coordination and incentives in Health. XXI Annual Meeting* (held at Oviedo, May 2001).
- *AES Bulletin Economía y Salud*. Quarterly, 1500 copies
- *Gaceta Sanitaria*, bi-monthly SESPAS journal 3500 copies. AES members contribute regularly to this peer-reviewed journal with, among other things, Technical Reports on Policy Issues
- *Gestión Clínica y Sanitaria*. 8000 copies. Edited by CRES, FIIS, FG. Secondary publication on evidence-based clinical and health services management.
- *European Journal of Public Health*: 4 times a year...and other publications received because of agreements with AES:
- *Ministry of Health* sponsored books on Health Economics and Health Services Mgt.
- *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* (Catalonia's Health Authority)
- Bayer Award for Young Researchers (yearly).

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

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª
Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO

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