



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 18 ENERO 2005 n° **52**

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
JORNADAS AES	3
– XXV Jornadas AES - Barcelona, 13 al 15 de julio de 2005.	
TEMAS	5
– Conclusiones del IV Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, noviembre de 2004.	
– IV Encuentro de la Industria Farmacéutica UIMP Santander, septiembre de 2004.	
– Capital salud y economía pública.	
TESIS	10
– Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain.	
– El análisis de las decisiones médicas en el marco del modelo AVAC.	
LIBROS	12
VARIOS	13
– Becas de Investigación en Economía de la Salud.	
CON ACUSE DE RECIBO	14
– Aviso para navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre.	
NOTICIAS DE AES	16

editorial

Sección coordinada por **Laura Cabiedes**
(lcabie@uniovi.es)

25 AÑOS DE PUNTO DE ENCUENTRO

Lluís Bohigas

Primer Presidente de AES



Hace treinta años acabé el master en Dirección de Empresas en el IESE y mi primer trabajo serio fue en un Hospital, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Tenía otra oferta, un Banco, pero creo que estuve de suerte en escoger el Hospital. De hecho el Banco fue absorbido por otro, el cual se fusionó en un tercero, etc. Mientras que el hospital ha estado en quiebra durante 30 años, pero sigue sobreviviendo.

En el Hospital conocí a los primeros economistas que trabajaban en el sector sanitario, entre ellos Vicente Ortún y empezamos a congeniar, nos encontrábamos como pulpos en un garaje. Intentábamos aplicar los conocimientos de gestión de empresas pero no funcionaban, los médicos no eran trabajadores, la Seguridad Social no era un cliente, los enfermos no eran consumidores, nada se parecía a lo que nos habían enseñado. Para entender algo de lo que iba conseguí una beca y me fui al Reino Unido a principios del año 1976, donde me enteré por casualidad de que existía un centro de Economía de la Salud en York, así que cogí un tren y allí me fui. No me enteré de mucho, todo era muy nuevo, pero organizaban unas reuniones cada medio año en una universidad diferente, así que me fui a la próxima en la misma ciudad de York y a la siguiente que era en Bath, donde me encontré con Joan Josep Artells que estaba haciendo un doctorado en Oxford. Allí hicimos los primeros contactos que darían fruto pocos años más tarde.

El Colegio de Economistas de Barcelona organizó en 1979 una Jornada sobre Economía y les convencí de que nos dejaran organizar una mesa sobre Economía de la Salud. El Decano del Colegio era Francesc

A.E.S.

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

HORARIO

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

Editora del boletín:

Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:

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

Han colaborado en este número:

Lluís Bohigas, Rosa Urbanos, Beatriz González, Rafael Pinilla, Alexandrina P. Stoyanova, José María Abellán, Juan Gérvas, Mercedes Pérez y el Comité Organizador del IV Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.

Raventós, que sería tres años más tarde Director General del INSALUD. El mismo Colegio nos dio la facilidad de montar una Comisión de Economía de la Salud. Ya teníamos un lugar para reunirnos y empezamos a montar el primer Congreso para finales de 1980. En otoño de 1980 hubo un Congreso Mundial de Economía de la Salud en Holanda al que fuimos varios: Cabasés, Rovira, etc. Allí fichamos a Alan Maynard para inaugurar nuestro congreso. En diciembre de 1980 celebramos las primeras Jornadas de Economía de la Salud.

En una cena informal al final del Congreso propuse celebrar un segundo y un tercero, después ya veríamos. El segundo propuse que se celebrara en Bilbao y el tercero en Madrid. Cabasés y Txomin se encargaron del Congreso de Bilbao y Pilar Coll, Almudena Durán y otros se encargaron del de Madrid. Para organizar los siguientes montamos una comisión formada por dos representantes de cada una de las jornadas organizadas hasta entonces. Así íbamos decidiendo, las cuartas en Sevilla (se acababa de hacer la transferencia a Andalucía), las quintas en Portugal, donde Correia de Campos tenía un grupo en la Escuela Nacional de Sanidad. Para las sextas decidimos formalizar el asunto en forma de una Asociación y en Valencia, donde celebramos las sextas, se hicieron las primeras votaciones y salí elegido Presidente de AES.

Mirando hacia atrás se me ocurre que en aquellas primeras Jornadas tomamos decisiones que, sin darnos cuenta, han influido en la forma que se ha desarrollado después AES. La Asociación no se creó hasta 1986, es decir 6 años más tarde que la organización de las primeras Jornadas. Es decir, primero fueron las Jornadas y luego la institución. De hecho, el paraguas de las primeras Jornadas fueron los Colegios de Economistas y sólo cuando la empresa nos desbordó pensamos en una organización para hacer las Jornadas. En este tema nos influyó mucho el sistema que tenían los ingleses, que cada año organizaban dos jornadas que se hacían en universidades, con un presupuesto muy bajo, aprovechando las fiestas escolares, y aprovechando los bajos costos de los colegios mayores vacíos. Lo importante era facilitar un punto de encuentro, no crear algo nuevo. En el caso inglés las Jornadas estaban organizadas

dentro del mundo universitario y el objetivo era intercambiar investigación “en progreso”. En nuestro caso el público era mucho más variado y al principio sobre todo estaba formado por economistas que trabajábamos en la gestión de hospitales. Nuestra intención era más que nada protegernos entre nosotros dentro de un mundo hostil, para ello teníamos que conocernos y saber que no estábamos solos, sino que compartíamos preocupaciones. El paso siguiente fue implicar a los Colegios profesionales, allí queríamos demostrar que aún trabajando en un hospital seguíamos siendo economistas.

El crecimiento de la idea se benefició de los vientos que corrían en el sector; estábamos empezando el recorrido democrático en España, la sanidad era un tema de debate político, el Servicio Nacional de la Salud era un objetivo político muy ampliamente compartido, y los hospitales empezaban el camino de mejorar su gestión. De todas estas cosas quizás destacaría una, la transferencia del INSALUD a las Comunidades Autónomas, que descentralizó no tan sólo la gestión sanitaria sino también el debate sobre la eficiencia, la equidad, etc, es decir, fueron muchos más los centros que se interesaban por la Economía de la Salud. Todos estos vientos jugaron a favor nuestro, o nosotros estuvimos atentos a su dirección.

Recuerdo que en aquella época se organizaban muchos debates públicos y ya contaban con nosotros, empezamos a dar clases por todas partes y poco a poco la Universidad fue interesándose por el tema y empezó con una diplomatura, después un master, después tesis doctorales. Los médicos, especialmente los jóvenes que empezaban a interesarse bien por la gestión sanitaria, bien por la salud pública, fueron nuestros aliados.

AES fue desde el principio un punto de encuentro entre todos los que estábamos interesados en el tema, allí nos encontramos funcionarios públicos, gestores de hospitales, interesados en salud pública, economistas universitarios. Pero ninguno se apoderó de la institución, y veinte años después de su creación AES sigue siendo un punto de encuentro, no un territorio cerrado.

XXV JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES)

Economía de la Salud, ¿dónde estamos 25 años después?

PRESENTACIÓN

Los días 13, 14 y 15 de julio de 2005 se celebrarán en Barcelona las XXV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud (AES). Las Jornadas de Economía de la Salud se han celebrado cada año desde 1980 y en ellas se han debatido los temas de actualidad para el desarrollo del sector sanitario y se han presentado los trabajos de investigación que se han realizado en el ámbito de la Economía de la Salud. Las Jornadas han sido siempre abiertas a diferentes profesionales que en el ámbito de la Economía de la Salud han analizado, desde enfoques pluridisciplinarios, el sector sanitario.

Este año hemos invitado como ponente destacado a **David Cutler**, profesor de la Universidad de Harvard que ha investigado y publicado sobre el impacto de los servicios sanitarios en la mejora de la salud de la población. El profesor Cutler también será el encargado de conducir el Taller BBVA, que tratará el tema de las posibilidades y limitaciones del análisis coste-beneficio generalizado. Los temas de interés para este año corresponden a las prioridades del sistema sanitario.

Expertos de primera fila debatirán en tres Mesas las propuestas de política sanitaria en torno a los temas de Financiación, Política farmacéutica y Recursos humanos. En cada Mesa se presentarán las innovaciones de política sanitaria y de investigación en cada uno de los campos.

Para conmemorar los 25 años de las Jornadas de Economía de la Salud, se ha organizado un Foro de debate especial para valorar el impacto de la Economía de la Salud en el sector sanitario durante ese último cuarto de siglo. El foro está abierto a la participación de los diferentes usuarios de la Economía de la Salud: clínicos, políticos y gerentes reflexionarán con los economistas sobre la aportación de esta especialidad.

Los trabajos de investigación de mejor calidad e impacto serán presentados en diversas mesas de comunicaciones y sesiones de presentación de

pósters. También se realizará la mesa de Jóvenes doctores, que ha venido consolidándose en ediciones anteriores y quiere potenciarse.

Estas Jornadas se celebrarán a continuación de la Conferencia de la International Health Economics Association (iHEA), que organiza en Barcelona el Centro de Estudios en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra. Las Jornadas AES, que se beneficiarán de la afluencia a Barcelona de expertos de renombre, están siendo diseñadas para atraer e interesar a gestores sanitarios, a profesionales del sector y a académicos, creando un espacio para la comunicación y el intercambio de ideas con participantes de otros países, particularmente del sur de Europa y de Latinoamérica.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:

Anna García-Altés

Vocales:

Lluís Bohigas

Pep Fusté

Aníbal García

Núria Mas

Oriol de Solà-Morales

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Lluís Bohigas

Vocales:

Fernando Antoñanzas

Juan M. Cabasés

Anna García-Altés

Beatriz González López-Varcarcel

José Martín

Carles Murillo

Vicente Ortún

Joan Rovira

SECRETARÍA TÉCNICA

Asociación de Economía de la Salud

Sardenya 229-237, 6º 4ª

08013-BARCELONA

Tel. 93 2314066

Fax: 93 2313507
E-mail: secretaria@aes.es

Página WEB

www.aes.es

FECHAS IMPORTANTES

30 de Marzo de 2005

Fecha límite para la recepción de abstracts

13-15 de Julio

Jornadas de Economía de la Salud

13 de Julio de 2005

Inauguración de las Jornadas en el Palau de la Música de Barcelona, coincidiendo con la clausura del congreso de la iHEA.

14 de Julio de 2005

Taller BBVA "Posibilidades y limitaciones del análisis coste-beneficio generalizado", impartido por el profesor David Cutler.

14 de Julio de 2005

Asamblea de la Asociación de Economía de la Salud.

14 de Julio de 2005

Cena de gala.

15 de Julio

Clausura.

TEMAS

Los temas que se tratarán en las jornadas serán, entre otros:

- Financiación
- Política farmacéutica
- Recursos humanos
- Gestión

Como siempre, las Jornadas de Economía de la Salud mantendrán los espacios de debate para los temas más clásicos de la disciplina: equidad, eficiencia, evaluación económica, regulación, gestión y financiación de los servicios sanitarios.

Cumpliendo con las normas de conducta habituales en investigación, no podrán presentarse en las jornadas de AES trabajos que ya hayan sido presentados en el congreso de la iHEA. AES se enorgullece de cumplir con su código de buena práctica congresual, que vela, entre otros aspectos, por la ética en las relaciones con los patrocinadores

TALLER FUNDACIÓN BBVA

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, el 14 de Julio de 2005 se realizará el taller "Posibilidades y limitaciones del análisis coste-beneficio generalizado", impartido por David Cutler.

COMUNICACIONES E INSCRIPCIONES

El 30 de Marzo de 2005 es la fecha límite para la recepción de abstracts. El modelo de resumen puede obtenerse en la página web de las Jornadas y enviarse directamente a través de la web. Tras el proceso de evaluación por el Comité Científico, la organización notificará a los autores la aceptación de sus trabajos para su posterior presentación tanto oral como póster.

Los asistentes al congreso de la iHEA tendrán descuento en la inscripción a las jornadas de AES. Los socios de AES tendrán descuento en la inscripción al congreso de la iHEA.

Para información e inscripciones dirigirse a la página web de AES (www.aes.es) o a la Secretaría Técnica.

BECAS Y PREMIOS

Bolsas de viaje para asistencia a las XXV Jornadas AES de Barcelona 2005 para socios de AES menores de 35 años

La Asociación convoca 5 bolsas de 600 €, que se transferirán directamente a la organización de las Jornadas para cubrir los costes de inscripción y alojamiento de socios menores de 35 años que presenten una comunicación a las XXV Jornadas AES.

XIV Convocatoria Becas de Investigación en Economía de la Salud

Financiadas por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A., durante las Jornadas de Economía de la Salud se hará público el fallo de la BECA DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD, CONVOCATORIA AES 2005, dotada con 12.000 Euros. Las bases pueden consultarse en este Boletín y en www.aes.es

Premios a Comunicaciones científicas



ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

AES financia tres premios, a la mejor comunicación oral, a la mejor comunicación gráfica y a la mejor comunicación sobre tema local. Un jurado nombrado por la Junta resolverá y los premios serán entregados al final de las Jornadas.

CONCLUSIONES DEL IV CONGRESO NACIONAL SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Los días 11-13 de noviembre de 2004 ha tenido lugar en Barcelona el IV Congreso Nacional sobre Prevención y Tratamiento del Tabaquismo, organizado por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, con una participación de más de 600 profesionales. De los debates y trabajos presentados, se destacan las siguientes conclusiones:

Hay que eliminar la publicidad para proteger a los menores

Las tendencias generales del tabaquismo en España son favorables: el mercado de cigarrillos empieza a contraerse, ha disminuido notablemente la prevalencia en los varones y se está estabilizando en las mujeres, los adolescentes no fuman tanto como antes. Sin embargo, el ritmo de cambio es demasiado lento. Actualmente, la industria tabaquera necesita reclutar casi 500 nuevos fumadores diarios para mantener su negocio en España. Estos surgen de los menores de edad, incapaces de decidir con conocimiento, y que una vez iniciados se ven obligados a seguir fumando por la adicción que causa la nicotina. La publicidad ejerce una presión importante sobre los jóvenes: por este motivo es necesario aplicar políticas de control de la publicidad rigurosas, y bloquear los intentos de la industria de vestir como educación sanitaria para escolares auténticas campañas de relaciones públicas.

Los expertos reunidos acogen con satisfacción la propuesta de transposición de la directiva europea de publicidad de tabaco por el gobierno, esperando que esté en vigor pronto. Además, reclaman que se vaya más allá de la transposición de mínimos, adoptando normas que impidan la presencia de publicidad en vallas y marquesinas, en cines y medios estáticos, y la distribución de muestras de tabaco gratuitas, como han hecho algunas CCAA.

Los asistentes reclaman una política fiscal que refuerce la prevención

Los participantes reclaman del gobierno una modificación de la fiscalidad que eleve el coste de fumar y especialmente el de las marcas más baratas mediante un incremento sostenido del componente lineal del impuesto especial sobre las labores de tabaco. Proponen también que estos recursos se destinen parcialmente a financiar nuevos servicios de ayuda para dejar de fumar. Actualmente, el coste sanitario de sólo las seis enfermedades principales asociadas al consumo activo de tabaco supone por sí mismo el 75% de la recaudación anual por impuestos sobre las labores del tabaco. Cuando se comparan diferentes intervenciones de tabaquismo se comprueba que los tratamientos farmacológicos son coste-efectivos. Dejar de fumar genera salud en el fumador, pero también ahorro en costes sanitarios para la colectividad.

Los responsables políticos han de garantizar el derecho a respirar aire libre de humo de tabaco a los trabajadores y ciudadanos.

Los expertos participantes han conocido con interés el anteproyecto de Ley que regulará la ampliación de espacios libres de humo en los lugares de trabajo y espacios públicos cerrados. Sabemos que la industria tabaquera se opondrá tenazmente a esta medida, intentando implicar a diversos actores. Por ello, reclamamos un firme compromiso de las administraciones públicas y sus responsables políticos en defensa de la salud. Como han demostrado los expertos en el Congreso, el humo ambiental

del tabaco provoca enfermedades y muerte. Se ha estimado que en España cada año mueren más de 2.000 personas por enfermedades generadas por el tabaquismo pasivo. Además existen otros efectos como irritación ocular, nasal y de garganta. En los niños, el humo ambiental puede provocar bronquitis, neumonía, otitis media, asma e incluso el síndrome de muerte súbita del lactante. Hay datos recientes que demuestran que en las empresas y centros con zonas señalizadas donde se prohíbe fumar se alcanzan niveles muy bajos de concentración de humo cuando se cumple la restricción. Es posible alcanzar situaciones sin riesgo para los fumadores pasivos, lo que demuestra que esta medida es efectiva.

La realidad de que el aire contaminado por humo de tabaco es cancerígeno obliga a proteger a todos los trabajadores contra este riesgo. Las experiencias realizadas en algunas empresas que han asumido un compromiso firme con la salud de sus trabajadores muestran que es una opción viable, que debe extenderse a todos los centros de trabajo. Reclamamos una regulación rigurosa que proteja a todos. Aceptamos que tácticamente, y como se ha hecho en otros países, la incorporación a este proceso de las empresas familiares y las del sector del ocio y restauración no sea prioritaria en esta fase inicial.

El tratamiento de la adicción a la nicotina debe ser accesible

Es crucial ayudar a los fumadores que lo desean a dejar de fumar. Es lo que se traduce en una disminución más rápida del daño que causa el tabaco. Por ello, el consejo adecuado del profesional sanitario a los pacientes fumadores es fundamental. Los participantes reclaman la necesidad de reforzar la ayuda al fumador desde la atención primaria. No basta con que muchos profesionales de la medicina y la enfermería hayan integrado el consejo mínimo de dejar de fumar. Pero además hay que ofrecer más recursos desde el primer escalón, acceso a grupos y consultas, y tener opciones más especializadas para quienes las precisen. Un tratamiento especializado adecuado puede multiplicar hasta por 10 las posibilidades de dejar de fumar definitivamente si lo comparamos con el esfuerzo personal del fumador aislado: el éxito pasa de un 3% a más de un 30%.

Los participantes reclaman de la administración sanitaria la inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de los tratamientos de deshabitación tabáquica. No es aceptable que los abordajes de eficacia probada de un problema que causa tanta enfermedad, invalidez y mortalidad evitables queden fuera de una cartera que en cambio recoge la atención a sus consecuencias, y que además financia muchos otros tratamientos de inferior coste efectividad. En cuanto al tratamiento farmacológico, la administración sanitaria no debe temer por el coste de la financiación de unos productos eficaces, como ha demostrado la experiencia en Navarra.

Nuevos aspectos en el tratamiento farmacológico

En cuanto a las terapias farmacológicas presentadas durante el Congreso, se constatan las ventajas de la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) por su seguridad y eficacia. También se han presentado resultados sobre Bupropion y Rimonabant.

El Comité organizador fue:

Joan Ramón Villalbí, Carme Cabezas, Esteve Fernández, Lluís Granero, Silvia Granollers, Manel Nebot, Cristina Pinet, Josep M. Ramon, Esteve Saltó e Ítalo Sampablo.

IV ENCUENTRO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA UIMP SANTANDER 13-14 SEPTIEMBRE 2004

Crónica escrita por Rosa Urbanos y Beatriz González

El IV Encuentro de la Industria Farmacéutica reunió en torno a la misma mesa, la del comedor de gala del Palacio de la Magdalena en Santander, a representantes cualificados de la industria, funcionarios de la Administración Central y Autonómica, algunos políticos y unos pocos académicos. Félix Lobo dirigió el Encuentro, y Manuel García Goñi, joven economista de la salud a tres días de su boda y nuevo fichaje de la Universidad Carlos III, se estrenó como eficiente secretario del evento.

El tema este año fue “**La financiación del gasto sanitario**”, aunque en su mayor parte las intervenciones se centraron en el componente farmacéutico del gasto.

El programa prometía y no defraudó. Tras la presentación de **Félix Lobo**, la primera ponencia estuvo a cargo de **Javier Ruiz-Castillo**, catedrático de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad Carlos III. Su título era desconcertante, por amplio e inespecífico: “La contribución de la estadística y la teoría económica a la clínica y a la economía de la salud a la luz de la historia de las vacunas”. Finamente ilustrada la presentación a todo color, viajamos con la expedición española a Ultramar con la vacuna de la viruela, por encargo del monarca ilustrado Enrique IV, quien había sufrido en las carnes fraternales de su propia hermana tan terrible enfermedad. Corriendo diapositivas, llegamos a la versión simplificada de dos modelos económicos (un NBER y una tesis de español en Londres) que concluyen que los mercados son imperfectos y que no hay incentivos para descubrir nuevas vacunas. Terminó recomendando la intervención pública bajo la forma de recompensa a posteriori para quien descubra una vacuna efectiva. Versión posmoderna del “Wanted-Reward” que veíamos en las películas de vaqueros. Nos gustó la idea de que los modelos económicos cuentan historias.

Carlos Monasterio, catedrático de Economía Pública de Oviedo, habló sobre “La financiación del gasto sanitario en el largo plazo”. Su mensaje fue optimista y positivo. Partiendo de un informe reciente de la Comisión Europea sobre previsiones de necesidad de financiación del gasto adicional por causa del envejecimiento de las poblaciones, el gasto público deberá crecer hasta el año 2050 en torno a 6,7 puntos porcentuales (considerando la previsible reducción de los gastos en educación y desempleo), de los cuales 6 corresponden a pensiones y 1,7 a sanidad. Financiar ese gasto extra es posible, con ajustes por el lado de los ingresos (reformas impositivas menores) y/o con estrategias basadas en controlar gastos. Desgraciadamente, en las cuentas no se incluyó las necesidades de

crecimiento del gasto ligadas al avance tecnológico, motor de propulsión de gran peso para la sanidad.

Después de esas dos intervenciones académicas con tanto fundamento, le tocó el turno a **Humberto Arnés**, Director General de Farmaindustria, que es la entidad financiadora del Encuentro. “Es muy ilustrativo tener la oportunidad de escuchar cuál es la visión de la industria”: esas fueron más o menos (las cito de memoria) las palabras de Guillem López, referidas a la intervención de Humberto Arnés. El mensaje era muy claro: la industria farmacéutica aporta valor a la sociedad y a la economía, el gasto farmacéutico crece porque hay factores estructurales ajenos a la industria (más viejos, más inmigrantes, más gripe) y los precios de referencia, en su nueva versión en vigor desde enero 2004, son una amenaza seria para la industria nacional, son injustos porque ahora se calculan como media de las tres presentaciones más baratas del grupo incluyendo los no comercializadas. La Administración, local y central, imponen arbitrariamente a la industria excesivas trabas, restricciones y cortapisas.

Por la tarde, una mesa redonda sobre co-pagos con cuatro economistas. Media entrada (demasiado sol para resistirse al Sardinero, tal vez). La modera **Guillem López Casanovas**, que toma la palabra sin mojarse demasiado -él mismo lo reconoce- porque al día siguiente tiene que hacer de experto en la comisión apodada “del co-pago” de la sanidad catalana y no quiere anticipar posiciones. Dice que el gasto sanitario crecerá por el aumento de prestación real media por persona y que hay que decidir cómo y quién financiará ese gasto extra. Probablemente habrá que recurrir a la co-financiación privada, que puede tomar forma de primas complementarias de la póliza de seguro para prestaciones adicionales. Recordó lo importante que es saber para qué se quiere el co-pago (¿reducir utilización o recaudar?) y lo peligrosas que son las traslaciones de resultados sobre elasticidades de un país a otro. España es diferente.

Manuel García Goñi ofrece un repaso de teoría económica: qué es co-pago y para qué, tipos, efectos esperados y elasticidades, y revisión de experiencias internacionales. Intervención muy bien documentada, fue un deleite para los oídos de economistas, aunque se percibía el despiste de los periodistas y la cara de póker de los farmacéuticos ante la gráfica de una demanda decreciente con su triángulo de pérdida de bienestar imputable al co-pago. Menos mal que Manuel se había anticipado, y una de las participantes que suscriben este texto no tuvo que pasar el mal trago de exhibir la temida curva. Así que **Beatriz González**

López-Valcárcel intervino en tercer lugar para recordar que la decisión sobre co-pagos es en último término un problema empírico -hay más divergencias en la estimación de efectos esperados de los co-pagos que en los objetivos que se buscan- y que es un problema técnico y políticamente complejo. Hay dificultades metodológicas para estimar elasticidades precio, y las “tentaciones” de las autoridades de imponer co-pagos se intensifican con la insuficiencia financiera, que a su vez depende de factores fuera de su control e incorrelacionados con el PIB. Terminó aconsejando prudencia, co-pagos -si son necesarios- evitables y en función de la efectividad.

La última intervención de la mesa corrió a cargo de **Marisol Rodríguez**, quien nos ofreció una presentación muy documentada. Comparó los co-pagos sanitarios -consultas, hospital, medicamentos, otros- en distintos países, y recordó que el gasto privado, que en España es más de la cuarta parte del gasto sanitario total, no corresponde sólo a co-pagos de medicamentos, porque las prestaciones no cubiertas (dentista y otras) tienen un co-pago implícito del 100%. Empleó una ilustración numérica con datos de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares para particionar el gasto privado en sus componentes.

La segunda Jornada del encuentro, en su sesión de mañana, giró en torno a tres ponencias dedicadas a analizar las tendencias internacionales en la financiación del gasto sanitario, el actual modelo de financiación sanitaria vigente en España y la evolución y perspectivas del gasto farmacéutico en los países de la OCDE.

La revisión de las tendencias internacionales en la financiación sanitaria corrió a cargo de **Rosa Urbanos**, quien mostró la evolución generalizada desde los métodos de financiación retrospectiva hacia mecanismos de presupuestación prospectiva (a través del establecimiento de capitaciones) e ilustró la diversidad de variables utilizadas por los distintos países en el cálculo de dichas capitaciones, normalmente condicionadas por la disponibilidad de información. También destacó la tendencia hacia la descentralización de los sistemas sanitarios, que han articulado asimismo distintos mecanismos de nivelación financiera para evitar que se produzcan desigualdades notables en la provisión de servicios sanitarios, ya sea entre distintos fondos de seguro o áreas geográficas.

Por su parte **Jesús Ruiz-Huerta**, Director General del Instituto de Estudios Fiscales, puso de manifiesto la importancia de contrastar la financiación recibida por las Comunidades Autónomas con su gasto sanitario real a la hora de evaluar la sostenibilidad del actual modelo. Las alternativas de mejora de la suficiencia financiera son diversas, y van desde el establecimiento de medidas de racionalización del gasto, hasta un incremento de los tributos propios de las CCAA, pasando por un mayor ejercicio de la capacidad normativa de que disponen las regiones o un incremento de las transferencias estatales.

En un modelo completamente descentralizado como el nuestro, el ponente manifestó la necesidad de que se delimiten funciones y responsabilidades entre gobierno central y gobiernos regionales antes de exigir sin más que sea la Administración Central quien solucione el problema del déficit sanitario. No obstante, destacó asimismo que resultaría cuestionable que el gobierno central exigiese aumentos de la presión fiscal en las CCAA en un contexto de constantes promesas de reducción de impuestos a nivel nacional. Como alternativa interesante se destacó la iniciativa canadiense de creación de un tributo de carácter propio cuya recaudación se afectase a la financiación sanitaria, que se estableciese en función de la capacidad de pago y se modulase en función de la utilización de los servicios, con ciertos ajustes.

A última hora de la mañana, **Jorge Mestre**, de la Office of Health Economics, revisó los argumentos que justifican la regulación en el ámbito farmacéutico tras un breve repaso de las cifras de gasto desde una perspectiva comparada. Ilustró muy bien la tipología de políticas de contención del gasto farmacéutico, y señaló la dificultad de establecer medidas óptimas en un mercado donde los agentes involucrados tienen distintos incentivos (“el que consume ni paga ni decide; el que paga ni decide ni consume, y el que decide ni paga ni consume”). En el contexto de contención del gasto sanitario, señaló que el recorte del gasto farmacéutico parece ser la medida políticamente más atractiva, aunque no siempre las medidas articuladas con este objetivo son eficaces. Finalmente advirtió de sus costes potenciales, y en particular de los posibles efectos sobre la innovación.

La mesa redonda que cerraba el Encuentro contó con la intervención de **Enrique Urzay**, en representación de los patrocinadores, y de las Consejeras de Sanidad de Andalucía (**María Jesús Montero**) y Cataluña (**Marina Geli**). La intervención de las dos Consejeras coincidió en algunos puntos: sosiego y espíritu de consenso para debatir la reforma de la financiación -manteniendo la base teórica del nuevo modelo-, necesidad de adaptación del sistema a las nuevas necesidades y corresponsabilidad entre Administración Central y gobiernos autonómicos. Cada una de ellas hizo mención a las líneas de actuación de sus respectivos Servicios de Salud. La Consejera andaluza terminó su intervención señalando que la sostenibilidad del actual modelo es una tarea conjunta de consumidores, médicos, proveedores e industria, y Marina Geli concluyó con una referencia al tema de los co-pagos, señalando que en Cataluña forman parte del debate, pero reconociendo que no suponen la solución a sus problemas financieros.

En definitiva, fue un encuentro interesante y útil. Como muestra de que los asistentes quedaron contentos, baste decir que a pesar de que no se desveló cuál sería el tema de discusión de la siguiente edición, todos mostraron su intención de asistir el próximo año.

CAPITAL SALUD Y ECONOMÍA PÚBLICA

Rafael Pinilla Pallejà

rpinilla@sanidad.valencia.map.es

La salud puede considerarse como una forma de capital humano. Si el capital humano se define como el valor presente de la productividad de una persona a lo largo de su vida, el capital salud es el valor presente de la salud de una persona a lo largo de su vida. El primer modelo específico de capital salud lo publicó Michael Grossman en 1972¹. Grossman resaltó que el capital salud difiere de otras formas de capital humano. El stock de conocimientos de una persona afecta esencialmente a su productividad, pero el stock de salud determina más bien la cantidad total de tiempo que la persona podrá emplear en trabajar o disfrutar de la vida.

Grossman formalizó el modelo de capital salud recurriendo al modelo de la “función de producción del hogar” de Becker². Este modelo distingue entre los objetos de elección que entran en la función de utilidad y los bienes y servicios que pueden comprarse en el mercado (Becker y Grossman denominan “commodities” a los objetos de elección, pero dado que se trata de los objetivos de la función de utilidad los denominaré en castellano “utilidades”). Los consumidores producen las utilidades deseadas a partir de bienes y servicios comprados en el mercado y su propio tiempo. En este marco, la salud es una utilidad que se “produce” en el hogar. La salud es un output de la función de producción de salud del hogar, los servicios médicos son un input de dicha función de producción y la demanda de servicios médicos es una demanda derivada de la demanda de salud. En el modelo de Grossman la salud es tanto demandada como producida por los consumidores. Un incremento en el stock de capital salud reduce la cantidad de tiempo perdido y el valor monetario de esa reducción es un índice del rendimiento de la inversión en salud. Cada persona hereda una dotación inicial de capital salud que se deprecia con la edad pero puede incrementarse mediante la inversión en salud.

El concepto de capital salud es sugerente. El modelo parece a primera vista razonable, pero comparado con la enorme difusión de los modelos de capital humano, concepto que hoy tomamos como sinónimo de educación, la difusión del concepto de capital salud parece muy reducida. ¿A qué puede deberse esta desproporción? Tal vez a que los modelos de capital humano tienen un diseño esencialmente indi-

vidualista-racional, esto es, se basan en supuestos de comportamiento de sujetos individuales racionales. Esta suposición es plausible cuando se trata de inversión en educación universitaria o formación profesional, pero resulta menos apropiada cuando se trata de analizar la educación primaria e ilusoria cuando se trata de la inversión en salud. Si observamos la evolución de las mejoras de salud a lo largo del siglo XX, difícilmente se pueden atribuir las mejoras a decisiones individuales. De hecho, sabemos que las decisiones individuales de inversión en salud pueden dar un resultado muy pobre. Al menos tres factores limitan seriamente la efectividad de las decisiones individuales de inversión en salud:

- Las limitaciones de conocimientos médicos de la población (y de los médicos) inducen frecuentemente comportamientos erróneos.
- La desigual distribución de la renta impide inversiones baratas de eficacia probada y favorece el despilfarro en tecnologías poco eficaces y muy costosas.
- La inversión en salud pública será siempre insuficiente desde la iniciativa privada al tratarse de un bien público. El capital salud de la población se ha incrementado de forma muy notable durante el pasado siglo, pero no es en absoluto razonable atribuir estas mejoras al comportamiento individual de los consumidores.

El concepto de capital salud no parece una buena explicación de la conducta individual, pero podría ser de extraordinaria importancia en economía pública. Como han resaltado David M. Cutler y Elizabeth Richardson³, valorar la salud de la población es esencial para elaborar una política pública de servicios sanitarios. Por ello decidieron utilizar el concepto de capital salud para estimar el valor de la salud de la población de los Estados Unidos. Su artículo quiere ser un argumento en contra las “políticas de contención del gasto sanitario” que suponen que la productividad marginal del sistema médico es baja y, por tanto, que limitar el gasto médico en general podría incrementar el bienestar. ¿Acaso la salud no es valiosa en sí misma para el bienestar humano? Antes de decidir que el gasto sanitario es excesivo habría que preguntar si el valor que la sociedad atribuye a la salud justifica ese gasto o no.

Cutler y Richardson utilizaron el concepto de capital salud para estimar el incremento de valor de la esperanza de vida al nacer ajustada por calidad (AVAC) en EEUU entre 1970 y 1990. La metodología que emplean es cuestionable en varios aspectos. Ellos mismos reconocen que los resultados son muy sensibles a la tasa de descuento elegida (3%) y al valor asignado a un año de vida adicional en buena salud (100.000\$). Sus datos indican que el valor de la salud ha crecido mucho más que el gasto sanitario. Pero como el incremento del valor de la salud no puede atribuirse enteramente al aumento del gasto sanitario su pregunta queda en realidad sin responder. Sin embargo, pusieron de manifiesto algo que hoy parece evidente: el valor económico de la salud debe ser muy alto y las cuentas nacionales no recogen ese valor adecuadamente. ¿Es importante este error de valoración? Parece que sí. Nordhaus⁴ ha estimado que el valor de la ganancia en esperanza de vida al nacer en EEUU durante la segunda mitad del siglo XX equivale a algo más de la mitad del crecimiento del PNB de ese país durante el mismo periodo. Becker et al⁵ han descubierto que si se tiene en cuenta el valor de las ganancias en esperanza de vida, la evolución de los países en el contexto internacional deja de ser divergente para tornarse convergente.

Todas las estimaciones anteriores se han realizado, como es habitual en la economía estándar, a partir de una función de utilidad hipotética no observable. Sólo Cutler y Richardson comentan en una nota a pie de página que la medida del capital salud podría estimarse también en términos de productividad, dado que un mayor stock de salud determina una mayor productividad a lo largo de toda la vida, pero desechan esa posibilidad ya que según afirman su interés se centra en “el valor de la salud más que en su efecto sobre la producción”. A mi juicio la fortaleza teórica del concepto “capital salud” reside en que, al contrario de lo que sucede con otros conceptos económicos tales como la utilidad, el capital salud no es un concepto puramente hipotético sino que puede observarse y medirse con una notable precisión. No puede medirse para una persona individual, pero sí para una población.

De acuerdo con la definición de Grossman, el capital salud que posee una persona es, en definitiva, el tiempo de vida útil esperado. La persona podrá utilizar ese tiempo para trabajar o para disfrutar. En el modelo de Grossman lo interesante es que la persona puede invertir para prolongar la vida o para reducir el tiempo perdido por enfermedad. Pero mi

experiencia como médico y como persona dice que cualquier parecido de ese modelo de comportamiento con la realidad es pura coincidencia. Lo interesante del concepto de capital salud es que en una población sí podemos medir con gran precisión el “tiempo de vida útil esperado” de una persona. Podemos estimar el capital salud en términos físicos o, si se prefiere, en términos biológicos. Ahora bien, cuando consideramos el capital salud de una población la estructura de edad es relevante. Para reflejar esta realidad y separar el efecto de los cambios de salud del efecto de los cambios en la estructura de edad hemos desarrollado el concepto de “potencial de vida” que no es más que la media ponderada de las esperanzas de vida de una población⁶. Bastaría con estimar el potencial de vida a partir de esperanzas de vida ajustadas por salud para obtener una estimación bastante precisa del capital salud en unidades físicas.

¿Cómo hallar entonces el valor monetario del capital salud? El valor productivo puede estimarse calculando el valor actual de la productividad esperada durante el ciclo de vida de la estructura de la población. Y, para terminar, el valor total puede deducirse a partir de la ecuación de “riqueza plena” de Becker². No hay duda de que se trata de un procedimiento de medida muy exigente en cuanto a la información necesaria, pero perfectamente factible. Creo que no es preciso argumentar el valor científico que un procedimiento de medida de este tipo podría tener para la evaluación global del impacto de políticas públicas, el estudio de fenómenos distributivos e incluso para la reconstrucción de la teoría del “bienestar” con un fundamento empírico.

¹ Grossman, M. “The human capital model of the demand for health”, *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 7078, 1999 (April). [<http://www.nber.org/papers/w7078>].

² Becker, G.S. *Human capital. A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. 2nd Ed. Columbia University Press. New York. 1975.

³ Cutler, D. and Richardson, E. “Measuring the Health of the U:S: Population” *Brooking Papers on Economic Activity: Microeconomics*, 1997: 217-271.

⁴ Nordhaus, W. D. “The health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards”, In K. M. Murphy and R. H. Topel (eds.) *Exceptional Returns* University of Chicago Press. 2002. (También *NBER Working Paper 8818*. [<http://www.nber.org/papers/w8818>]).

⁵ Becker, G. S.; Philipson, T. J. y Soares, R. R. “The quantity and quality of life and the evolution of world inequality”, *National Bureau of Economic Research Working Paper* 9765, 2003 (June). [<http://www.nber.org/papers/w9765>].

⁶ Pinilla, R., Goerlich, F.J. y Matilla, M. “Potencial de Vida, Esperanza de Vida y envejecimiento como componentes en la teoría del capital humano. Evolución en España (1900-1998)” XXIV Jornadas de la AES, El Escorial, 2004.

EQUITY AND UTILISATION OF PRIMARY, SPECIALIST AND DENTAL HEALTH SERVICES IN SPAIN

Alexandrina P. Stoyanova
E-mail: astoyanova@pcb.ub.es

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Teoría Económica de la Universidad de Barcelona, el 6 de mayo de 2004. Dirigida por la Dra. Marisol Rodríguez Martínez, obtuvo la calificación de sobresaliente Cum Laude por unanimidad.



Tras una sección introductoria sobre el interfaz público-privado en la atención sanitaria, la tesis consta de tres capítulos que presentan artículos de investigación independientes. En España la importancia del gasto sanitario privado ha ido aumentando en las últimas décadas, lo que podría tener unas consecuencias adversas para la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios. Por un lado, el incremento del gasto privado en los servicios excluidos de la cobertura pública puede

derivar en que los individuos de renta baja reduzcan más la utilización de (o incluso dejen de utilizar por completo) este tipo de servicios que los individuos de renta alta, lo que vulnera el principio de equidad horizontal que postula "igual acceso para igual necesidad". Por otro lado, la preocupación con respecto a los gastos en primas de seguro privado u otros servicios substitutivos a los que ofrece el Sistema Nacional de Salud tiene que ver con que estos gastos puedan asegurar el acceso a servicios sanitarios de distinta (o quizá mejor) "calidad".

El papel del seguro sanitario privado en la elección del tipo de médico

El objetivo es profundizar en la investigación del patrón diferencial de utilización de los servicios médicos observado en numerosos estudios internacionales. Específicamente, se analiza el papel que desempeña el seguro sanitario privado sobre el uso diferencial de los servicios de médicos generales y especialistas, pertenecientes al sector público y al sector privado en España.

El marco teórico en el que se fundamenta el análisis es un modelo de elección discreta, donde los individuos toman la decisión de visitar el tipo de médico que les proporciona mayor utilidad en función del estado de salud, la renta, el tipo de acceso al sector sanitario y otras variables observables y no observables. La base de datos empleada en el análisis es la Encuesta Nacional de Salud de 1997.

Los resultados obtenidos revelan que los ciudadanos cubiertos sólo por el seguro obligatorio público visitan en el 94% de los casos a los médicos del sector público y consultan principalmente a los médicos de cabecera. Los individuos con sólo seguro privado recurren sobre todo al sector privado, y más de la mitad de las veces acuden a un especialista. Por último, los que disponen de doble cobertura sanitaria visitan en el 50% de los casos a los médicos del sector privado, y en el 50% de los casos a los del sector público. Sin embargo, hacen uso diferencial de los dos sectores –cuando acuden al sector público visitan a médicos generales (y no necesariamente para pedir recetas), mientras que cuando necesitan visitar un especialista, acuden al sector privado.

Este patrón diferencial de utilización de los servicios médicos según el tipo de cobertura sanitaria sugiere que el acceso a los especialistas en el sector público es posiblemente un problema importante del Sistema Nacional de Salud español. Si considerásemos que el patrón "ideal" de utilización de los servicios médicos es el de los que poseen doble cobertura (dado que poseen una elección más amplia), para que los individuos cubiertos sólo por el seguro público alcanzaran este "ideal" sería necesario aumentar las visitas a los especialistas de este grupo en un 25%.

La demanda de seguro sanitario suplementario

Este capítulo contribuye a la literatura ya existente sobre demanda de seguro sanitario en España mediante el análisis de la interrelación entre variables de oferta del sector público y del sector privado; la evaluación del impacto de la Reforma del IRPF del 1998 que introdujo cambios en el tratamiento fiscal de los gastos sanitarios privados; el énfasis en el efecto de algunas características regionales que predisponen a la compra de seguro y el uso de datos de panel, que permiten estudiar algunos efectos dinámicos de la tenencia de seguro. El marco teórico del análisis es el de los individuos aversos al riesgo que maximizan su utilidad esperada. Éstos compran seguro sanitario privado si la utilidad esperada cuando están asegurados es mayor que la utilidad esperada cuando están cubiertos sólo por el seguro público obligatorio. Para el análisis se han utilizado datos de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares 1999-2000.

Los resultados muestran que la decisión de compra de seguro sanitario privado cuando el acceso a los servicios médicos ya está garantizado por el sector público está determinada por un gran número de factores que incluyen el precio de la prima, diversas características individuales y otras del sector sanitario público y privado. En contra de lo que se podría esperar a priori y de lo que la teoría económica predice (el seguro privado es un bien normal y si su precio sube, la demanda debería bajar) el signo de la reforma fiscal es positivo. Este resultado parece indicar que la reducción en las pólizas contratadas individualmente ha sido más que compensado por el incremento en el número de pólizas contratadas por el empleador. Si es así, entonces la reforma habría cumplido su objetivo de incentivar la contratación de este tipo de pólizas.

Desigualdades en salud dental e inequidad en la utilización de servicios dentales

Este capítulo analiza la equidad en la utilización de uno de los servicios que no están cubiertos por el seguro público, pero que constituye uno de los principales componentes del gasto sanitario privado: los servicios dentales.

Los resultados obtenidos, con los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud, confirman la hipótesis de que existe un grado importante de desigualdad en la distribución de la buena salud dental que favorece a los más ricos. La utilización de servicios dentales también está concentrada entre los individuos que pertenecen a los estratos de la población de renta alta. La existencia de desigualdad en la salud dental y de inequidad en la utilización de los servicios dentales no sorprende en un sistema donde los altos precios de los tratamientos, que los individuos han de pagar de su propio bolsillo, son una barrera importante de acceso. No hay duda que los tratamientos dentales no son el único instrumento para mejorar la salud dental, pero garantizar un acceso apropiado y regular a este tipo de servicios es la clave para identificar la necesidad y mejorar la salud dental de toda la población. Así, incluir los servicios dentales, o al menos los tratamientos preventivos, en el paquete de servicios sanitarios provistos por el sistema público podría ser una política apropiada a seguir.

EL ANÁLISIS DE LAS DECISIONES MÉDICAS EN EL MARCO DEL MODELO AVAC

José María Abellán Perpiñán
E-mail: dionisos@um.es

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia, el 18 de junio de 2004. Dirigida por el Dr. José Luis Pinto Prades, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad.



En esta tesis doctoral se analiza, desde una doble perspectiva, teórica y empírica, la validez descriptiva que posee uno de los modelos de decisión más ampliamente difundidos en el ámbito del análisis de las decisiones médicas, que atiende al nombre de modelo *Año de Vida Ajustado por la Calidad* (AVAC), más conocido por su acrónimo en inglés, *Quality Adjusted Life Year* (QALY).

La tesis se estructura en nueve capítulos, siendo el primero de ellos una introducción, mientras los restantes ocho capítulos conforman un compendio de investigaciones caracterizadas por poseer cada una de ellas identidad por separado, constituyendo en su conjunto una suma dotada de coherencia interna.

“Años de vida ajustados por la calidad como utilidades esperadas”

En el capítulo segundo de la tesis caracterizamos a los AVACs como funciones de utilidad esperada. Esta caracterización complementa un trabajo teórico previo de Bleichrodt (1995). Los supuestos base de nuestra caracterización son dos: el supuesto de *ausencia de intercambios contradictorios* y el supuesto de *simetría parcial*. Demostramos asimismo que ambos supuestos pueden reemplazarse por un único axioma que bautizamos como *simetría general*.

“Un test de utilidad dependiente del orden en el ámbito de los perfiles de salud”

En el capítulo tercero se realiza un contraste sobre la validez descriptiva de dos de las teorías de utilidad que pueden servir de fundamento teórico a los AVACs: la teoría de la *utilidad esperada* y una de las teorías de utilidad no esperada más prometedoras, la llamada teoría de la *utilidad dependiente del orden* (*rank-dependent utility*). El resultado más importante que hallamos es que la utilidad dependiente del orden no logra mejorar la capacidad descriptiva de la utilidad esperada. En este resultado parece haber influido un *efecto formato* (*framing effect*) conocido como *efecto cancelación*.

“Preferencias no monótonas, inversiones de preferencias, e intransitividad: ¿Desafíos para el modelo AVAC?”

En este capítulo se presenta evidencia empírica sobre la magnitud de un fenómeno – el *máximo tiempo soportable* o *maximum endurable time* – que desafía la validez de los modelos AVAC. Observamos que cuando el estado de salud que se sugiere al encuestado es moderadamente grave, la frecuencia con que se detectan preferencias no monótonas respecto del tiempo de vida tiende a ser elevada. Así mismo, hallamos evidencia sobre una nueva forma de *inversión de las preferencias* (*preference reversals*) no constatada previamente en la literatura científica. En concreto, las preferencias de una importante fracción de los encuestados son opuestas entre sí dependiendo de que dichas preferencias se hayan expresado mediante elecciones entre dos perfiles de salud o mediante ordenaciones simultáneas de varios perfiles de salud.

“Un test de la validez predictiva de los modelos AVAC multiplicativos”

En este quinto capítulo de la tesis se obtiene una sólida evidencia contraria al modelo AVAC tradicional que supone que la función de utilidad del tiempo de vida es lineal. Concretamente, se

comparan las predicciones de este modelo con las preferencias directamente observadas entre la población del estudio, hallándose grandes discrepancias. En cambio, uno de los dos modelos AVAC no lineales que se comparan con aquél –el *modelo AVAC polinómico*– es capaz de disipar casi por completo todas las diferencias encontradas inicialmente.

“Un test de consistencia del intercambio temporal”

En el capítulo sexto se presenta un test sobre la consistencia interna del popular método de obtención de preferencias entre estados de salud conocido como *intercambio temporal* o *time trade-off*. El resultado principal de nuestro test es que el citado método no es consistente, pudiéndose achacar esa inconsistencia a un importante sesgo conocido como la *aversión a las pérdidas* (*loss aversion*).

“La corrección de sesgos en las utilidades de estados de salud estimadas por métodos estructurados en entornos de riesgo”

En este capítulo se analizan los distintos sesgos que pueden distorsionar las utilidades obtenidas por medio de dos clases de métodos. De un lado, aquellos métodos que podríamos calificar como *métodos certeza-riesgo* (donde se compara un tratamiento seguro con uno incierto), de otro lado, aquellos métodos que podríamos denominar *riesgo-riesgo* (donde se comparan dos tratamientos inciertos). Hallamos que, por una parte, las contradicciones son significativas entre las dos clases de métodos mencionadas (*certeza-riesgo* vs *riesgo-riesgo*), mientras que, por otra parte, parece que dichas diferencias se deben a que los sesgos distorsionan únicamente las utilidades de los métodos *certeza-riesgo*.

“Midiendo la salud de las poblaciones: el enfoque del velo de la ignorancia”

En el último capítulo de la tesis se examina la validez para elaborar medidas de la salud de las poblaciones de un nuevo enfoque sugerido de manera tentativa en el marco del proyecto *Global Burden of Disease* de la Organización Mundial de la Salud. Dicho enfoque se basa en el constructo teórico del *velo de la ignorancia* ideado por Harsanyi. El principal resultado que obtenemos es que las valoraciones de estados de salud estimadas tras el *velo de la ignorancia* conducen a valores muy similares a los obtenidos mediante métodos *riesgo-riesgo*. Esto sugiere que, al menos con el formato utilizado, el enfoque del *velo de la ignorancia* puede permitirnos construir medidas de la salud de las poblaciones sin introducir consideraciones de equidad.

Implicaciones para la toma de decisiones médicas

Podemos inferir una serie de implicaciones prácticas para el análisis de las decisiones médicas en sus distintos niveles –micro, meso y macro– a partir de los resultados alcanzados en la presente tesis. Destacaríamos en particular tres potenciales implicaciones: (1) El ampliamente difundido sistema *EuroQol* puede conducir a cálculos erróneos en la medida que los fenómenos de las preferencias no monótonas y los sesgos pueden afectar a una amplia selección de estados de salud; (2) Las preferencias deberían obtenerse mediante métodos del tipo *riesgo-riesgo* antes que mediante procedimientos convencionales como la *lotería estándar*; (3) Las utilidades de los estados de salud pueden diferir grandemente según cuál haya sido la *perspectiva* (personal vs social) utilizada durante la medición. Esta consideración debería tenerse en cuenta en los ejercicios prácticos de obtención de preferencias.

En este primer número de 2005 del boletín de AES, los cuatro textos elegidos tienen un eje común, de constante actualidad: la tendencia creciente del gasto sanitario y asociada a ella la necesidad de buscar nuevos mecanismos de asignación y organización de los recursos existentes con el objetivo de controlar dicho gasto, manteniendo al mismo tiempo la calidad asistencial, así como la medición de los resultados obtenidos.



Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica

Autores: R. Meneu y S. Peiró (Dir.)
Editorial Masson
Año 2004

Este primer título se centra sobre el sector farmacéutico y concretamente la prescripción. En España, el gasto farmacéutico supone prácticamente la cuarta parte del gasto sanitario y crece por encima del PIB o de la inflación. Desde muchos ámbitos y círculos de pensamiento se están sugiriendo medidas para frenar dicha tendencia. Este libro se centra en uno de los eslabones o participantes en el mercado farmacéutico: la prescripción. Ésta es quizá una de las olvidadas en las diferentes medidas que se han establecido desde el Ministerio de Sanidad, que en los últimos años se ha centrado en el control del precio de los medicamentos, el sistema de precios de referencia, las listas negativas y los acuerdos con la industria. La evidencia señala que pese a la reducción del precio, ésta es compensada con un mayor volumen de prescripción y una mayor cantidad consumida, con el consiguiente efecto sobre el gasto.

El interés de este número radica en la importancia que tiene la prescripción como eslabón en la atención farmacéutica.

Se realiza en primer lugar un análisis sobre la situación del consumo y de la prescripción (también la inadecuada) en España. En los capítulos posteriores se describen distintos criterios de evaluación y gestión de la prescripción farmacéutica.



¿Más recursos para la salud?

Autores: J. Puig-Junoy (Dir.), G. López-Casasnovas y V. Ortún
Editorial Masson
Año 2004

Se trata de un texto interesante que como ya hemos mencionado anteriormente trata una temática de gran actualidad y de interés no sólo para los profesionales vinculados al ámbito sanitario sino también para los decisores políticos. Puede ser un texto que lleve (o debería llevar) a la reflexión al conjunto de la sociedad sobre esta cuestión.

Para contestar a la pregunta planteada, el libro se divide en siete capítulos agrupados en tres bloques. En el primero de ellos se plantea el estado de la cuestión del gasto sanitario en España en el marco de la OCDE así como los factores que lo determinan. El segundo bloque considera el otro término de la ecuación, la efectividad o productividad de dicho gasto. En el bloque final se presentan fuentes alternativas para la financiación del gasto, teniendo en cuenta su carácter creciente.

Para contestar a la pregunta planteada, el libro se divide en siete capítulos agrupados en tres bloques. En el primero de ellos se plantea el estado de la cuestión del gasto sanitario en España en el marco de la OCDE así como los factores que lo determinan. El segundo bloque considera el otro término de la ecuación, la efectividad o productividad de dicho gasto. En el bloque final se presentan fuentes alternativas para la financiación del gasto, teniendo en cuenta su carácter creciente.



Métodos de solución de problemas de asignación de recursos sanitarios

Documento de Trabajo de la FBBVA
H. Ramalinho Dias Lurenço y D. Serra de la Figuera
Año 2004

Las decisiones sobre la asignación de recursos en el ámbito sanitario son problemas complejos que requieren modelos y métodos sofisticados para su solución. El modelo de asignación generalizada consiste en dotar a un conjunto de tareas con una serie de recursos con un coste total mínimo del sistema. Cada recurso tiene una capacidad limitada y cada tarea debe ser asignada sólo a un recurso. Este modelo tiene diversas aplicaciones en el ámbito sanitario, sobre todo en las asignaciones correctivas y de determinados equipos o materiales a tareas. Una buena asignación de costes puede representar un ahorro significativo en los gastos del sistema sanitario. Se propone una heurística adaptativa basada en sistemas GRASP (Greedy Randomized Adaptive Search Heuristic) y MMAS (MAX-MIN Ant System) para la resolución de este tipo de problemas. La ventaja de este método consiste en la fácil adaptación a nuevas restricciones o condiciones del problema. También se presentan resultados computacionales que demuestran que este método es de los más eficientes entre los conocidos hasta el momento, seguidos por observaciones concluyentes.

El libro se descompone en seis capítulos. En el segundo de ellos se describe el problema de asignación generalizada. El tercero se dedica a la heurística de asignación generalizada, donde se describen los métodos GRASP y MMAS. Los métodos de búsqueda local se describen en el capítulo cuarto y en el quinto se comparan las diferentes aproximaciones.

Measuring success in the NHS. Using patient-assessed health outcomes to manage the performance of healthcare providers

J. Appleby
N. Devlin

Se trata de un informe realizado por el King's Fund y la City University de Londres para Dr Foster Ethics Committee. El origen de este informe reside también en la cuestión que se ha apuntado al comienzo: a medida que el gasto sanitario sigue creciendo y alcanza cifras astronómicas, es cada vez más importante conocer y monitorizar qué se está consiguiendo (en términos de salud) con dicho gasto.

Para ello en el Reino Unido se han desarrollado ya desde hace tiempo medidas de medición de la salud basadas en las preferencias individuales. Este informe analiza el papel que las medidas de medición de la salud pueden tener en la política sanitaria. Se centra primero en discutir por qué es necesario medir las mejoras en salud y cómo pueden medirse. En el capítulo cuarto se discuten cuáles serían los riesgos y costes de la implantación de medidas de medición del output sanitario.

El informe concluye que pese a los beneficios potenciales derivados de la implantación y uso de este tipo de medidas, será necesario disponer de más información antes de su uso generalizado, principalmente sobre qué medidas son las más apropiadas, cuál sería el coste de implantar dicho sistema y cómo hacer que la información lleve a la toma efectiva de decisiones en la gestión sanitaria.

BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD CONVOCATORIA AES 2005

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 INVESTIGACIÓN 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 INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD - 2005** 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. El Tribunal considerará especialmente los trabajos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años.

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 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina **el 30 de Mayo de 2005**.

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...), 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 12.000,00 €, entregándose en tres fases: 3.600,00 € en el momento de su concesión, 3.600,00 € 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 4.800,00 € 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 3 miembros de AES, nombrados por la Junta directiva y 1 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 Barcelona, 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 la **Beca de Investigación en Economía de la Salud** se hará pública en las **XXV Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en Barcelona del 13 al 15 de Julio de 2005**.

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.

A través de esta sección, desde el Boletín pretendemos crear un espacio de participación activa de los lectores. El equipo editorial tratará de canalizar reseñas sobre temas, estancias en centros extranjeros, notas sobre investigaciones, “réplicas” a textos ya publicados y cualquier otro tipo de aportación o experiencia que contribuya a mejorar sus contenidos. Las aportaciones a esta sección se pueden dirigir a Laura Cabiedes, editora del Boletín (lcabie@uniovi.es), bajo el título “Con acuse de recibo”.

AVISO PARA NAVEGANTES SOLITARIOS EN EL MAR DE LA INCERTIDUMBRE

Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández

médicos generales, Equipo CESCA (Madrid)

jgervasc@meditex.es www.webdeldoctor.com/equipocesca

Introducción

El paciente culto e ilustrado (sirva de ejemplo el economista de la salud) puede decidir prescindir del médico general, por suponerse con capacidad racional de elección. O, como he escuchado en alguna presentación, reservar al médico general para problemas menores, como catarros y otras pequeñas dolencias, y dirigirse directamente al especialista para los problemas de probable importancia. Esta conducta está tan arraigada y extendida entre la clase alta y media-alta que en todos los países desarrollados se puede demostrar un mayor uso de los especialistas por los ricos, lo que lleva a que muchos políticos se planteen el problema como un problema de equidad. En esta visión del problema, el punto de vista de los políticos y planificadores está sesgado, pues pertenecen a ese grupo de pacientes cultos e ilustrados, y, así ellos mismos prescinden del médico general en sus vidas, y muchos contestan balbuceantes a las impertinentes preguntas al respecto: ¿cómo se llama su médico de cabecera?, ¿es un médico general/ de familia?, ¿en qué centro de salud trabaja?, ¿cuándo le visitó por última vez?. ¿Es segura y eficiente esta conducta del paciente culto e ilustrado, y en general de los más ricos?. ¿Es una desigualdad a resolver, o, por el contrario, habrá que fomentar el hábito contrario, pues esta conducta es perjudicial para la salud de los más ricos?.

El Mar de la Incertidumbre

La Medicina tiene una base científica endeble, lo que ignoran muchos pacientes (y algunos médicos). Además, es una ciencia probabilística. Así,

por ejemplo, el que a uno le hayan operado de “apendicitis” no significa exactamente que le hayan operado de apendicitis, sino que le han operado de lo que se ha etiquetado como tal (¡vaya a usted a saber qué fue!). Para los que creen en la anatomía patológica y en las autopsias como fuente última de clasificación de diagnósticos y casos clínicos, sirva de ejemplo la concordancia respecto al diagnóstico de melanoma entre los mejores anatomopatólogos y con muestras de casos “clásicos”, que en los estudios al respecto ha ido de un índice kappa de 0,50 al 0,61 (no olvide que el diagnóstico de melanoma se sigue de actividades terapéuticas tan agresivas como la amputación del miembro afectado). A pesar de todo, asombrosamente, los médicos son útiles en conjunto (aciertan por aproximación, no con precisión).

Respecto a salud y enfermedad nos movemos en el mundo de la incertidumbre. Un cuadro de gripe es un cuadro de probable gripe. Puede ser gripe, o una fiebre Q, o el comienzo de una hepatitis, o de un linfoma. El diagnóstico diferencial de algo tan simple como síntomas gripales es abrumador para el lego. El buen médico reduce la incertidumbre (probabilidades) hasta un cierto punto prudente, y después actúa para ayudar al paciente, con o sin diagnóstico cierto. En el caso del médico general es 1) muy alto el “umbral diagnóstico” –definido como “vale la pena emprender alguna actividad diagnóstica”–, 2) muy corto el “recorrido diagnóstico” –intensidad del mismo; es decir, tiempo empleado y diversidad y coste de las actividades diagnósticas– y 3) muy bajo el “umbral terapéutico” –definido como “ha llega-

do el momento de actuar, con la información disponible”–.

El médico general navega como un experto en el Mar de la Incertidumbre. Sabe que verá a su paciente a lo largo del tiempo, por motivos múltiples (longitudinalidad), de forma que se puede permitir el lujo, de acuerdo con el paciente, de una “expectación expectante” (“esperar y ver”). Su diagnóstico diferencial se basa en la probabilidad (lo más probable, no “todo lo posible”), y en el evitar errores por exceso de intervenciones médicas. Además, puesto que habitualmente conoce al paciente de antes, y muchas veces a su familia y entorno, el médico general tiene un increíble acervo de datos clínicos (biológicos y psicológicos), familiares, laborales y sociales sobre el paciente. Este acervo de datos permite valorar a muy bajo coste probabilidades previas, y aumenta el valor predictivo de las actividades diagnósticas. Con ello se optimiza el proceso diagnóstico, como demuestra el teorema de Bayes¹, y los pacientes viven su vida, alejados prudentemente de la actividad médica innecesaria.

El médico especialista tiene aversión a la incertidumbre, busca la certeza a toda costa, y prefiere quedarse en la orilla del Mar de la Incertidumbre. El médico especialista considera toda posibilidad en la esfera de su competencia, y trata de evitar errores por defecto de intervenciones médicas. El coste de la certeza no significa mucho para el especialista, ni en recursos del sistema ni en costes indirectos para el paciente y su familia. Su proceso diagnóstico lleva, muchas veces, a resultados imposibles, que requieren ser aclarados, en una cascada de eventos que puede terminar

mal para el paciente, aunque esté sano. En caso de duda, el especialista prefiere derivar al paciente a otra especialidad, no al médico general. En manos del especialista, el paciente puede ser que abandone el Mar de la Incertidumbre, pero no vivirá su vida, sino que la someterá al calendario marcado de pruebas diagnósticas y terapéuticas, muchas innecesarias.

La costa del Mar de la Incertidumbre

El buen médico general navega alegre y confiado por el Mar de la Incertidumbre, y cuando cree que son necesarias las dotes diagnósticas y terapéuticas de los especialistas, se dirige al puerto adecuado, para desembarcar al paciente en la Tierra de los Síntomas. Hay un puerto por cada especialidad (Puerto de Oftalmología, Puerto de Pediatría, etc.), donde esperan hábiles cíclopes con una lente por ojo único. El cíclope es muy competente en su campo, y examina detenidamente al paciente en busca de un diagnóstico al que aplicar sus conocimientos. Si el médico general se equivoca de puerto el paciente corre peligro, pues la visión monocular del cíclope implica considerar sólo un estrecho margen de posibles diagnósticos y terapéuticas, en el que trata de incluir al paciente, aunque sea destripándolo (si finalmente admite su incapacidad, manda al paciente de Puerto en Puerto, en lugar de derivarlo a su médico general). No digamos nada del estrecho campo de visión de los cíclopes de los puertos de super-especialistas (Puerto de la Unidad de Menopausia, Puerto de la Unidad de Hepatitis, etc.), con un microscopio por ojo único. También es muy peligroso, y requiere hacerlo con experiencia y ciencia, desembarcar pasajeros en el Puerto de Urgencias, particularmente ajetreado, donde se considera todo diagnóstico como posible e importante, y encuentra lugar todo inconveniente de la intervención médica. Allí la galerna encrespa al Mar de la Incertidumbre hasta producir olas gigantescas, casi irreales. ¡Ay del que ha sido derivado *innecesariamente* al Puerto de Urgencias!, ¡más le valía no haber consultado!.

Los cíclopes están obsesionados por pasar a los pacientes de la Tierra de los Síntomas al Reino de los Diagnósticos, y de allí al Imperio de los Tratamientos, y por evitar el Mar de la Incertidumbre que los separa. En todo ello el paciente puede mejorar, pero cuando se compara con la actividad de los

médicos generales, éstos resuelven los mismos casos con menos actividades diagnósticas y menos diagnósticos. Es decir, la travesía del Mar de la Incertidumbre es más corta y cómoda con el médico general, y lleva a lugares más diversos del Reino de los Diagnósticos y del Imperio de los Tratamientos, si se compara su actividad con la de los especialistas. El arribar a un punto definido del Reino de los Diagnósticos, exige, casi inevitablemente, el salto a un punto definido del Imperio de los Tratamientos (hay una correspondencia biunívoca entre los elementos de ambos conjuntos). De hecho, hay una concatenación casi obligada entre el Puerto, el Diagnóstico y el Tratamiento, de forma que el médico general debe valorar juiciosamente la oportunidad de la derivación, pues si es *innecesaria* es peligrosa.

La travesía por el Mar de la Incertidumbre es el “recorrido diagnóstico”, muy largo en el caso de los especialistas (tienen bajo el “umbral diagnóstico” y alto el “umbral terapéutico”). Además, como hemos comentado, los especialistas se centran en lo suyo, como es natural. Así, un dolor de espalda inespecífico, que durará años y sólo necesita ayuda y consuelo ocasional, si llega al neurólogo se verá como una radiculopatía, si al traumatólogo como una hernia discal, si al reumatólogo como una artritis, si al neurocirujano como un canal estrecho medular, y si al internista, como un dolor referido de causa incierta. A todo ello se le aplicará con rigor el oportuno tratamiento, por la relación biunívoca comentada. “Dime qué diagnósticos y te diré tu especialidad”. O, peor, “no hay enfermedades, sino especialistas”.

Conclusión

El paciente culto e ilustrado puede prescindir del médico general por creerse capacitado para hacer elecciones racionales en el mercado sanitario. Así se comportan los más ricos en los países desarrollados (y otros privilegiados, como los funcionarios en España). Esta conducta convierte al paciente en navegante solitario en el Mar de la Incertidumbre. Arribar a puerto es una difícil elección, y el deslumbramiento de los brillos de las técnicas diagnósticas y terapéuticas de los especialistas puede hacer agradable el destripamiento innecesario por cíclopes con una lente (o un microscopio) por ojo único. Saben

mucho de lo suyo, pero poco de la vida del paciente y de la Medicina en General. En su aversión a la incertidumbre pierden el sentido del precio que conlleva la certeza (diagnóstica y terapéutica). Así se explican, por ejemplo, los 20.000 casos adicionales de cáncer de mama que ha provocado la terapia hormonal en la menopausia, en el Reino Unido, entre mujeres de 50 a 64 años, en la última década (sin hablar de miles de ictus, infartos de miocardio, embolias pulmonares y trombosis, también una epidemia innecesaria, una “catástrofe humanitaria”, que dirían en cualquier periódico). Todo ello, naturalmente, más frecuente en las mujeres de clase alta, cultas e ilustradas que acceden directa e *innecesariamente* al Puerto de Ginecología, o al Puerto de la Unidad de Menopausia.

El sistema sanitario, la población y los médicos generales necesitamos el buen trabajo de los especialistas, que es insustituible. Pero, ¿podemos considerar al acceso y consulta *innecesaria* con los especialistas como una forma refinada de venganza social, que ajusta cuentas con los que la Historia siempre encumbra?

Moraleja

El brillo de las especialidades hace vistoso el ser navegante solitario en el Mar de la Incertidumbre. Pero sea rico o pobre, universitario o analfabeto, comparta con un buen médico general su vida en dicho mar. Que sea su médico de cabecera el que le desembarque en puerto apropiado. ¡Y pida que en la elección le guíe Zeus!. En román paladino “antes de usar los especialistas, consulte con su médico general”. Es lo mismo que leer la instrucciones antes de montar los muebles de Ikea...

Bibliografía

Este texto se basa en un capítulo del libro que están escribiendo los autores (“Reivindicación de una medicina clínica cercana, científica y humana”), y recoge trabajos previos de los mismos, en solitario y con Vicente Ortún (inocente en cuanto a las barbaridades que se hayan podido deslizar, que los autores reclaman orgullosamente como propias).

¹ En la práctica, según el teorema de Bayes, la probabilidad post-prueba de enfermedad depende más de la exactitud con que se haya determinado la probabilidad pre-prueba de enfermedad que de las características de la prueba diagnóstica (sensibilidad y especificidad).

EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES, CELEBRADA EN MADRID EL 17 DE DICIEMBRE DE 2004

1. Josep Fusté, miembro del Comité Organizador de las **XXV Jornadas AES**, informa a la Junta de los avances producidos en la organización de las XXV Jornadas, que se celebrarán en Barcelona del 13 al 15 de julio de 2005, y cuyo lema será "Salud: Problemas Globales, Soluciones Locales. 25 años de Economía de la Salud". Con el fin de impulsar y dar estabilidad a la participación latinoamericana en las Jornadas, se solicitará apoyo institucional y financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y de la Subdirección General de Relaciones Internacionales del Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. Tras algunos contactos previos, puede confirmarse que las **XXVI Jornadas AES** se celebrarán en Toledo. La Junta Directiva acuerda nombrar como presidenta del Comité Científico a Rosa Urbanos y como presidente del Comité Organizador a Álvaro Hidalgo, socio de AES y profesor titular de la Universidad de Castilla-La Mancha. El Comité organizador contará con la presencia, entre otros, de Rafael Díaz-Regañón (SESCAM) y Olga Solas (FISCAM). Como fechas tentativas para la celebración de las Jornadas se barajan los días 24 a 26 de mayo de 2006. El próximo **Congreso Nacional de SESPAS**, que se celebrará en Maspalomas del 1 al 5 de noviembre de 2005, dará cabida a una **Jornada Técnica de AES**, organizada por Beatriz González y que tendrá lugar el día 1 de noviembre, dedicada al análisis económico de la movilidad humana.

3. **Monográficos Gaceta Sanitaria**. Se mantiene el objetivo de garantizar dos números anuales monográficos de Economía de la Salud, para los que es necesario buscar financiación. El primero de estos monográficos estará enfocado a la Política Sanitaria. Beatriz González actuará como editora.

4. Quedan pendientes de entregar y/o publicar algunos **informes técnicos** que habían sido encargados por AES. Dado el número de informes pendientes, la Junta acuerda no encargar más por el momento.

5. Se informa de los contactos mantenidos con la **Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)**, que muestra un gran interés por colaborar activamente con AES. La Junta Directiva acuerda proponer la posibilidad de organizar actividades conjuntas con la SECA. Beatriz González y Ricard Meneu, que asistieron al **I Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe**, celebrado en Río de Janeiro del

30 de noviembre al 3 de diciembre de 2004, informan de que algunas sociedades latinoamericanas desearían constituir una asociación de asociaciones iberoamericanas (incluyendo por tanto a AES y APES). Dadas las características diferenciales entre los sistemas sanitarios de Portugal y España y las correspondientes a Latinoamérica, la Junta estima que las asociaciones latinoamericanas deberían constituirse en sociedad sin integrar a AES, si bien se acuerda prestar a dicha iniciativa todo el apoyo que sea necesario.

6. Ya está en marcha el montaje de la **nueva página web**. La empresa Redrum elaborará el nuevo diseño de la web de AES y también se encargará de montar la página correspondiente a las XXV Jornadas, con un formato que heredarán las sucesivas ediciones de nuestras Jornadas.

7. **Estado de las cuentas**. Actualmente el saldo de la cuenta de explotación arroja unas pérdidas de 1.600 €, saldo que previsiblemente se mantendrá inalterado a 31 de diciembre de 2004. Las Jornadas de Economía de la Salud celebradas en San Lorenzo de El Escorial se han cerrado provisionalmente con unas pérdidas de 8.000 €.

8. El próximo mes de enero se cumplirá un año desde que Beatriz González asumió el compromiso de dirigir la lista **Econsalud**. Enrique Bernal tomará el relevo al frente de Econsalud desde el 1 de marzo de 2005.

9. El **tribunal** encargado de otorgar en 2005 la **Beca de Investigación en Economía de la Salud**, patrocinada por Bayer, estará constituido por: Juan Cabasés (presidente), Diego Prior, José Manuel Freire (en sustitución de Salvador Peiró) y Carme Piñol (secretaria, con voz y sin voto). Por otro lado, el tribunal de concesión de las **bolsas de viaje** que concede AES estará formado por Puerto López del Amo, Enrique Bernal y Rosa Urbanos.

10. La Junta Directiva propone convocar un premio anual al mejor artículo de Economía de la Salud publicado en revistas con *peer review*, al que podrían optar todos los residentes en España. Se acuerda establecer contactos con posibles patrocinadores para explorar la posibilidad de realizar dicha convocatoria.

Alta como socio protector

En Mayo de 2004 se ha dado de alta como socio protector el Servicio Cántabro de Salud.

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 • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA
HORARIO: Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7