



En este número

Portada

Nota Previa

- ❖ Bienvenida del Newsletter electrónico

En este número

- ❖ En este número

Opinión

- ❖ La reforma sanitaria americana vista desde casa
- ❖ La Reforma Sanitaria Americana Desde el Ojo de la Tormenta

Crónicas Jornadas

- ❖ Crónica de las XXIX Jornadas de Economía de la Salud "La Salud y el Valor Social de las Innovaciones"
- ❖ Comité Organizador, XXIX Jornadas de Economía de la Salud. Málaga 2009
- ❖ Imágenes de las XXIX Jornadas de Economía de la Salud

Temas

- ❖ Métodos de escalamiento para medidas categóricas de salud auto-percibida

Tesis

- ❖ Análisis de la Eficiencia en los Hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
- ❖ Adaptación transcultural y validación de la versión española de cuestionario DASH

Con acuse de recibo

- ❖ Evaluaciones económicas y de impacto presupuestario en la gestión de la prestación farmacéutica en el CatSalut

Noticias

- ❖ Noticias

Noticias destacadas

Bienvenida del Newsletter electrónico

Queridos socios,

Hace tiempo que el Boletín Economía y Salud sirve como órgano de comunicación de nuestra Asociación y medio de difusión de la disciplina de Economía de la Salud, objetivos con los que sus primeros editores lo presentaron allá por el año 1987. Mucho han cambiado las tecnologías de la información desde entonces, brindando posibilidades tales como colgar cada uno de los números en Internet, algo posiblemente ni siquiera imaginado al inicio de su andadura. La Junta Directiva de AES y el Equipo Editorial han considerado oportuno perseverar en los objetivos fundacionales del Boletín, a la vez que reducir nuestra "huella ecológica", con el nuevo formato de Newsletter electrónico. Empezando con el presente número, el acceso y la lectura del Boletín se hacen más cómodos. Basta con pulsar el enlace que recibiréis en el mensaje que habitualmente anuncia la publicación de cada número y navegar por las diferentes secciones con un sencillo pulsado de ratón. Esperamos que este cambio sea de vuestro agrado y contribuya a ampliar el alcance de nuestro Boletín.

Atentamente,

Ángel López Nicolas

Editor del Boletín Economía y Salud, en nombre del Equipo Editorial.

[+]

Nota Previa

Bienvenida del Newsletter electrónico

Queridos socios,

Hace tiempo que el Boletín Economía y Salud sirve como órgano de comunicación de nuestra Asociación y medio de difusión de la disciplina de Economía de la Salud, objetivos con los que sus primeros editores lo presentaron allá por el año 1987. Mucho han cambiado las tecnologías de la información desde entonces, brindando posibilidades tales como colgar cada uno de los números en Internet, algo posiblemente ni siquiera imaginado al inicio de su andadura. La Junta Directiva de AES y el Equipo Editorial han considerado oportuno perseverar en los objetivos fundacionales del Boletín, a la vez que reducir nuestra “huella ecológica”, con el nuevo formato de Newsletter electrónico. Empezando con el presente número, el acceso y la lectura del Boletín se hacen más cómodos. Basta con pulsar el enlace que recibiréis en el mensaje que habitualmente anuncia la publicación de cada número y navegar por las diferentes secciones con un sencillo pulsado de ratón. Esperamos que este cambio sea de vuestro agrado y contribuya a ampliar el alcance de nuestro Boletín.

Atentamente,

Ángel López Nicolas

Editor del Boletín Economía y Salud, en nombre del Equipo Editorial.

En este número

En este número

OPINIÓN

La reforma sanitaria americana vista desde casa. *Manuel García-Goñi*

La Reforma Sanitaria Americana Desde el Ojo de la Tormenta. *Jeff Harris*

JORNADAS AES

Crónica de las XXIX Jornadas de Economía de la Salud: “La salud y el valor social de las innovaciones”

TEMAS

Métodos de escalamiento para medidas categóricas de salud auto-percibida. *Patricia Cubí-Mollá*

TESIS

Análisis de la eficiencia en los hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). *Pablo Antonio Cabello Granado*

Adaptación transcultural y validación de la versión española de cuestionario DASH. *Maite Hervás Juan*

CON ACUSE DE RECIBO

Evaluaciones económicas y de impacto presupuestario en la gestión de la prestación farmacéutica en el CatSalut: ¿Estamos preparados para el desafío?

La reforma sanitaria americana vista desde casa



Manuel García Goñi. *Departamento de Economía Aplicada II, Universidad Complutense de Madrid.*

E-mail: mggoni@ccee.ucm.es

Queridos lectores, en los siguientes párrafos voy a tratar de explicar algunas de las diferencias que existen entre los sistemas sanitarios norteamericano y español, y el porqué de la necesidad de la reforma sanitaria en los Estados Unidos, así como, todo desde mi punto de vista personal, hacia dónde esa reforma debería dirigirse. Mis comentarios son simplemente los de un observador en la distancia, mientras que el Profesor Harris proporciona un análisis más profundo y específico de la

situación que allí se está viviendo.

El acceso al sistema

La provisión de servicios sanitarios en Estados Unidos es muy distinta a la que observamos en España. Aquí estamos acostumbrados a un Sistema Nacional de Salud en el que tenemos cobertura universal. Esto quiere decir que el acceso está garantizado para todos los individuos, y los servicios cubiertos, aunque con algunas variaciones entre Comunidades Autónomas, incluyen una gran proporción de la atención sanitaria que los ciudadanos necesitan (atención primaria, atención especializada, atención hospitalaria, y farmacia con copagos). También, por supuesto, existe en España el mercado de los seguros sanitarios privados, que funcionan como suplementarios y los ciudadanos pueden acceder a ellos, previo pago, con distintos objetivos (por ejemplo, reducir los tiempos de espera o acceder a servicios no incluidos en el SNS).

En Estados Unidos, en cambio, el acceso no es universal, sino a través de aseguradoras privadas. Existen dos programas mayoritarios (alguno más de dimensión menor) federales y públicos: Medicare y Medicaid.

Medicare es el programa federal al que pertenecen todas las personas mayores de 65 años. Medicaid es el programa en el que se enrolan los individuos de baja renta y con algunas condiciones específicas, menores de 65 años. La mayoría de individuos asegurados menores de 65 años tiene contratado su seguro a través de su empleador (lo que incrementa el problema en tiempos de crisis). Con esta estructura, hay más de 45 millones de personas que permanecen sin seguro en Estados Unidos (alrededor de un 15% de la población).

La organización de la provisión

Es importante establecer un vínculo entre la organización de la provisión, la financiación, y el gasto sanitario. En cuanto a los dos primeros, las aseguradoras tienen contratos con hospitales y especialistas, normalmente privados, y diseñan una política de pagos para los proveedores, que suelen ir orientados a la eficiencia, en el sentido de controlar

el gasto. La financiación proviene bien de los empleadores o individuos que contratan seguros privados (primas, deducibles, copagos, etc.), bien de los programas públicos mencionados, Medicare y Medicaid. Existen distintos tipos de aseguradoras. Las más importantes son las Health Maintenance Organization (HMO) y las Fee For Service (FFS) que difieren en las primas que los individuos o empleador deben pagar y en el nivel de copago o la relación entre el pago y el uso de los servicios. Ambos tipos de aseguradoras pueden ofrecer seguros a grupos colectivos vía empleador, o a individuos, y en muchos estados, pueden rechazar la solicitud de un individuo debido a su estado de salud actual o previo. De manera habitual, las aseguradoras HMO obtienen financiación prospectiva por los servicios cuya provisión organizan y de la que son responsables. Así, tienen incentivos claros a controlar el gasto... y aprovecharse de su información privada para llevar a cabo una selección de riesgos (en los seguros privados individuales) que puede llevar a la exclusión dichos individuos de su contrato, y por tanto, a una reducción en la accesibilidad de aquellos con peor estado de salud al mercado del aseguramiento sanitario. Los planes FFS, cuyos precios suelen ser mayores, no seleccionan pacientes al estar directamente relacionados los ingresos con la prestación servida, y pueden presentar problemas de eficiencia.

El gasto sanitario norteamericano supone más de un 16% de su PIB, mientras que en España es aproximadamente la mitad, en un 8.5%. Con esta diferencia podríamos pensar que la calidad de la sanidad en Estados Unidos es mejor a la española. Esto es así sólo cuando hablamos de cuestiones específicas. Por ejemplo, la adopción de nuevas tecnologías es mejor y más rápida en Estados Unidos que en España, lo que encarece el servicio. No obstante, su índice de mortalidad infantil es mayor, y su esperanza de vida es menor. Así, y en cómputo general, parece que el SNS español y su índice de satisfacción son mejores que los de Estados Unidos.

La necesidad de una reforma

Entonces, ¿en qué falla el sistema norteamericano? Hay diversos fallos importantes: al ser un sistema eminentemente privado, importan en exceso los incentivos económicos en los proveedores, que a veces encarecen la provisión (demanda inducida), o rechazan a los pacientes (selección de riesgos). Es decir, como solemos nombrar en teoría económica, los problemas derivados de la asimetría de la información tanto en la oferta como en la demanda (riesgo moral y selección adversa). Además, el hecho de que los seguros sanitarios sean privados y comerciales (hasta los 65 años) y dependan de cada individuo o bien del empleador, hace que las compañías aseguradoras tengan un mayor poder de negociación y puedan explotar mejor el excedente del consumidor comparado con una situación como la española, en la que el SNS de cada Comunidad Autónoma no se debe preocupar tanto de los riesgos individuales sino del riesgo poblacional. Es importante entender que el beneficio del aseguramiento se origina precisamente en que los individuos comparten los riesgos, y cuanto más grande sea la población asegurada, mayor es el beneficio derivado del reparto del riesgo, y por tanto, menor puede ser el gasto medio del grupo. En otras palabras, en España existe una centralización en la estructura de la provisión de los servicios sanitarios (aunque sea a nivel de Comunidad Autónoma) que no existe en Estados Unidos, lo que encarece el coste individual de los individuos. Es la diferencia entre un equilibrio separado o conjunto (separating o pooling equilibrium) en el mercado del aseguramiento.

Probablemente el problema más importante del sistema sanitario norteamericano es la fragmentación existente entre los distintos niveles de atención sanitaria. Mientras en el SNS español tenemos estructurada la atención primaria y ésta se coordina con la atención especializada y la hospitalaria, en Estados Unidos la atención primaria es escasa y, en cambio, hay una alta proporción de individuos que demandan atención especializada, que ya es de por sí misma más cara que la atención primaria. Además, la falta de un sistema de información, como el historial clínico, común para todos los proveedores, hace que muchas pruebas y analíticas deban repetirse, multiplicando de nuevo el gasto sanitario. Asimismo, la existencia de un porcentaje tan importante como el mencionado anteriormente de no asegurados hace que cuando estos individuos (que en muchas ocasiones sufren condiciones que les han apartado del mercado del aseguramiento) demandan servicios, soporten un estado más avanzado de las enfermedades y su cura sea más compleja y costosa económicamente, de nuevo incrementando el gasto sanitario, sin querer entrar en este momento a valorar la pérdida de productividad en el mercado laboral.

Fijando la vista en el horizonte

La reforma del sistema sanitario norteamericano, debe por tanto, en mi opinión, afrontar los problemas básicos del acceso - y tender hacia una cobertura universal para incorporar a los no asegurados en la actualidad - y la fragmentación de la provisión - y promocionar el uso de una atención primaria eficiente que abarate los costes coordinada con la atención especializada, la hospitalaria, y las pruebas clínicas mediante un buen sistema de información clínica. ¿Cómo debería hacerse esta reforma? El mercado del aseguramiento americano, como he mencionado, tiene muy poco que ver con el español, y crear una red parecida al SNS español en Estados Unidos no tiene ningún sentido, dada la estructura ya existente de aseguradoras privadas. Sí podría tener sentido, en cambio, utilizar la estructura de mercado privada para la provisión de los servicios sanitarios y modificar su estilo de financiación, hacia una versión más pública. En este sentido, el modelo a seguir es el sistema sanitario holandés. En Holanda, el seguro sanitario social es obligatorio y privado, y todas las aseguradoras están obligadas a ofrecer un conjunto estandarizado de prestaciones básicas, tratando de reducir las desigualdades al menos en el paquete básico. La financiación se compone de dos partes: una que depende directamente de la renta del individuo (6.5%) y la otra que consiste en una prima común para la población asegurada por cada compañía, que promueve la competencia y eficiencia en el mercado. Además, la selección de riesgos está prohibida, estando obligadas las compañías a aceptar la contratación del paquete básico de cualquier individuo. Sí pueden existir desigualdades en provisión y cierta selección de riesgos en los seguros suplementarios al margen del paquete básico.

¡Suerte!

La población americana está hoy probablemente más preparada que nunca para esta reforma, aunque con ciertos reparos dada su mentalidad que une inexorablemente responsabilidad en el gasto y uso de los servicios. El momento puede ser el idóneo a pesar de su esperable coste y que todavía la economía americana está sufriendo los efectos de la enorme crisis. No obstante, la mera extensión del programa Medicaid con el objetivo de permitir el acceso al seguro de una mayor proporción de individuos, tal y como se ha probado en el Estado de Massachussetts desde 2006, sin una modificación profunda de la estructura y financiación del aseguramiento puede ser insuficiente y seguramente supondría la pérdida de una gran oportunidad (como ya pasara hace quince años con la Administración Clinton) para arreglar un mercado que clama desde hace años una reforma.

Manuel García Goñi
Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid
mggoni@ccee.ucm.es

La Reforma Sanitaria Americana Desde el Ojo de la Tormenta



Jeffrey Harris es profesor de economía del *Massachusetts Institute of Technology* en Cambridge, Massachusetts, y médico de atención primaria del *Blackstone Valley Community Health Care* en Pawtucket, Rhode Island.

La Reforma Sanitaria Americana Desde el Ojo de la Tormenta

Como mi colega Manuel García Goñi ha observado correctamente, los estadounidenses están hoy más preparados que nunca para un cambio fundamental de su "no sistema" sanitario.

Cifras Horripilantes

Cada día, tanto el número de no asegurados como el gasto sanitario rompen un nuevo récord. Alrededor de 47 millones de americanos carecían de seguro médico en 2007. Dado que la vasta mayoría de la población menor de 65 años de edad consigue seguro a través de su empleo y que la tasa de desempleo ha subido recientemente, el número actual de no asegurados es incuestionablemente más alto. En 1960, las empresas estadounidenses gastaban el 1,2 por ciento de las nóminas en seguros médicos. En 2006, la proporción había subido al 9,9 por ciento. Starbucks gasta más en seguros sanitarios para sus empleados que en café verde importado desde todos los puntos del mundo. Según varios pronósticos actuariales, el fondo de Medicare, el programa público para mayores, estará en quiebra en 2012. Mientras el sector sanitario supone un 18 por ciento del PIB actual, se prevé que, sin reforma sanitaria que controle la explosión de gastos, esta proporción alcanzará al 28 por ciento para 2030. Asimismo, se prevé que la prima media anual para una familia cubierta vía empleador subirá de 7.800 euros en 2008 a 15.000 euros para 2020.

Encima de estas cifras horripilantes, por primera vez en mucho tiempo estamos cabalgando sobre la cresta de una nueva ola de reformismo. El partido Demócrata ha asumido el control de ambas cámaras del Congreso. El propio Presidente Obama está recorriendo la nación, promoviendo sus propuestas para controlar los gastos desbocados y asegurar a los no asegurados.

Ansiedad Colectiva

A pesar de todas estas condiciones favorables, los estadounidenses se ven curiosamente ansiosos por la posibilidad de efectuar un cambio radical, como si la población entera sufriera de un caso severo colectivo de aversión al riesgo. En asambleas comunitarias por todo el país, las personas corrientes se paran y preguntan en voz alta ¿Es posible que la reforma sanitaria - la llamada ObamaCare - sea aun peor que lo que tenemos ahora?

Según muchos comentaristas, la población americana está sucumbiendo a las acusaciones flagrantemente falsas de la derecha. Al fin y al cabo, los estadounidenses se han dado cuenta de que su sistema sanitario padece de tantas distorsiones interconectadas que medidas adicionales y en el margen no servirían para nada.

Monopolización de los Mercados Privados

En los EE.UU., un 54 por ciento del gasto sanitario corresponde al sector privado, el cual consiste en varias compañías de seguros que mayoritariamente hacen negocios en múltiples estados. Este sector no funciona de acuerdo con el modelo competitivo. En la última década se ha visto una ola masiva de fusiones corporativas. Además, cada uno de los 50 estados regula su propio mercado de seguros. Por ejemplo, cuando mi esposa y yo nos trasladamos al Estado de Rhode Island en 2005, el asegurador Blue Cross Blue Shield tenía un 65 por ciento del mercado privado, mientras la cadena nacional United Health Care tenía un 16 por ciento, esencialmente componiendo un duopolio dentro del estado. No podríamos haber comprado un seguro médico en el adyacente Estado de Massachusetts si no tuviéramos empleo en

compañías que nos ofrecen el seguro como beneficio laboral.

¿Cómo se aliviaría la monopolización del mercado privado? Una propuesta bien conocida es derogar todas las leyes y regulaciones estatales, estableciendo un mercado verdadero a nivel nacional. Políticamente dicho, esta propuesta tendría que superar las protestas de los campeones de la soberanía estatal. Además, como consecuencia de la larga historia de regulación estatal, hay considerable variabilidad en las provisiones de seguro y, por consiguiente, en las primas. El gobierno de Rhode Island, por ejemplo, exige que cada plan de seguros cubra la reproducción asistida para infertilidad, mientras 35 estados no imponen el mismo requerimiento. Rhode Island asimismo ordena la cobertura de terapia para desórdenes alimenticios, mientras 26 estados no la requieren. No es evidente como se resolvería esta enorme heterogeneidad de cobertura. Si se eliminaran todas las barreras de compra entre los estados sin establecer estándares mínimos a nivel federal ¿cómo podrían los pacientes con bulimia o hipospermia conseguir cobertura?

La Opción Pública Entra al Escenario

En esta coyuntura entra al escenario la notoria “Opción Pública” promovida por la administración de Obama. La idea básica es que una nueva empresa patrocinada por el gobierno competiría con las compañías privadas dentro de cada estado. Desafortunadamente, no es obvio exactamente como dicha competencia funcionaría. Si el asegurador gubernamental aprovechara grandes subsidios por parte de los contribuyentes, tendría tanta ventaja competitiva que podría desalojar a las demás firmas del mercado. Aun si los competidores privados sobreviven, la gran preocupación es que sus clientes se transfieran al plan gubernamental, excluyendo a los que permanecerán no asegurados, lo que se refiere aquí como el fenómeno de la expulsión (“crowd out”). Por otra parte, si el plan gubernamental fija las primas de acuerdo con la renta del individuo, es posible que se vea un “equilibrio Chileno,” donde el sector público asegura a los pobres y los enfermos mientras el privado asegura a los ricos y los sanos. Como los economistas bien entendemos, una obligación legal de que las firmas privadas aseguren a todos con independencia de su historia clínica no les impediría practicar la selección de riesgos.

El Subsidio Impositivo y La Ampliación de Cobertura

Desde la época de posguerra, el código impositivo americano contiene una exención por primas de seguro que el empleador le paga al empleado como beneficio laboral. Hay evidencia de que este subsidio ha incentivado a los sindicatos a demandar y negociar planes más generosos. Sin embargo, a pesar de las recomendaciones de muchos economistas, no es evidente que la eliminación de este subsidio vaya a ampliar la disponibilidad de nuevas pólizas con mayores exclusiones, copagos y franquicias. De hecho, si no hacemos frente a las crecientes distorsiones del mercado de seguros, es enteramente posible que la paulatina eliminación del subsidio funcione como un impuesto punitivo, en vez de un incentivo para economizar. Por ahora, cualquier propuesta de modificar impuestos sobre beneficios laborales logrados en negociación colectiva está fuera de la mesa política.

Déficit de Médicos de Atención Primaria. ¿Para Dónde Va Massachusetts?

Como el profesor García Goñi ha mencionado, en 2006 el Estado de Massachusetts inició una vasta ampliación de cobertura, exigiendo que cada residente se asegurara, y estableciendo un nuevo asegurador público que tiene semejanza con la propuesta actual de Obama. Tres años más tarde, el experimento ha resultado en un crecimiento extraordinario de gastos públicos y, según varias fuentes, gastos totales en servicios sanitarios. Lo que sucedió aparentemente es que la ampliación de cobertura había incentivado a la población a buscar servicios de salud, especialmente de atención primaria. Lamentablemente, no había una oferta adecuada de médicos de atención primaria, así que las multitudes acabaron en la sala de emergencia, gastando cientos - mejor dicho, miles - de dólares por cada dolor de cabeza, tobillo torcido, y garganta irritada. En términos económicos, el gran experimento de Massachusetts desplazó la curva de demanda de servicios sanitarios a la derecha sin hacer frente a la oferta inelástica de servicios básicos.

Este país sufre de una escasez grave de proveedores de atención primaria. La causa principal es la diferencia de

retribución entre los médicos familiares y los especialistas. En 2006, un internista general ganó una mediana de 131 mil euros, mientras un urólogo ganó 283 mil euros y un cirujano ortopédico general ganó 355 mil euros. Como consecuencia, el porcentaje de licenciados de las escuelas de medicina estadounidenses que pretendían convertirse en médicos de atención primaria bajó del cuarenta por ciento en 1997 al diecisiete por ciento en 2007. Aunque tanto los legisladores como la Casa Blanca reconocen el déficit creciente, las propuestas actuales no logran más que arrojar unas cuantas moléculas de hierro ante una anemia que profundamente debilita el sistema. A menos que se vea un aumento significativo del número de diplomados de escuelas de medicina que eligen medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, cualquier ampliación de cobertura otorgada por los legisladores va a aumentar los gastos sanitarios mucho más allá de los pronósticos oficiales del Congreso.

Juntas de Expertos. Quitando a la Abuelita del Soporte Vital

Casi todos los expertos están de acuerdo en que nuestro sistema está repleto de ineficiencia. No hay duda alguna de que gastamos mucho en pruebas, procedimientos y fármacos con mínimo beneficio. El reto es eliminar lo ineficiente mientras se preserva lo eficiente. El consenso de los economistas aquí es que una modificación drástica de la manera de remunerar a los médicos es imprescindible. Desafortunadamente, los proyectos de ley lanzados por los comités legislativos aún hablan vagamente de tales cambios.

El Presidente Obama y sus asesores aparentemente están a favor del establecimiento de una nueva junta de expertos para guiar la práctica de la medicina por el rumbo de la eficiencia. Si tanto la nueva empresa gubernamental como el programa de Medicare encargaran al comité controlar las retribuciones de los médicos, tendrían una influencia significativa sobre la práctica de medicina. Esta propuesta no es tan innovadora. Los aseguradores privados ya la practican en pequeña escala. Pero se ha convertido en una trampa política. Los críticos de Obama le han puesto en la defensiva con imágenes de expertos quitándole a la abuelita su soporte vital simplemente para ahorrar dinero.

¿Qué emergerá de la tormenta de entrevistas, debates, conferencias de prensa, editoriales, y tele-propaganda que inundaron nuestros medios de comunicación este verano? ¿Veremos reforma fundamental o estancamiento político?

Crónicas Jornadas

Crónica de las XXIX Jornadas de Economía de la Salud “La Salud y el Valor Social de las Innovaciones”

Jaume Puig-Junoy, Presidente del Comité Científico

CRÓNICA DE AS XXIX JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD: “LA SALUD Y EL VALOR SOCIAL DE LAS INNOVACIONES”

En esta habitual breve crónica de condensación de lo acontecido en las Jornadas de Economía de la Salud para los socios de AES y lectores del boletín Economía y Salud quiero empezar señalando que los trabajos y preocupaciones del Comité Organizador y, en parte también, del Comité Científico de unas jornadas de AES empiezan un año antes, casi al tiempo que terminan las jornadas anteriores, para desvelar sus resultados en los pocos días de duración de las mismas. La Junta Directiva de AES tuvo el acierto de decidir que Málaga sería, por segunda vez en la historia de las

jornadas, la sede de las XXIX jornadas encargando la organización al equipo presidido por el profesor Antonio J. García Ruiz, de la Unidad de FarmacoEconomía e Investigación de Resultados en Salud de la Universidad de Málaga. Asimismo, en un descuido y antes de terminar la cena de las jornadas de Salamanca, servidor aceptó gustosamente la invitación para organizar el contenido científico.

En el momento de redactar esta breve crónica, poco antes de encarar las vacaciones de verano, y habiendo recibido muchos y diversos comentarios de los asistentes a las jornadas, creo que podemos sentirnos aceptablemente satisfechos de cómo se ha desarrollado el programa científico. Todos sabemos y es imprescindible reconocer que todo ello es fruto del esfuerzo y preparación llevados a cabo por el Comité Organizador, del que además de la ilusión y entusiasmo de su presidente quiero hacer especial mención del trabajo menos visible pero atento e imprescindible de Francisco Martos y de Nuria García-Agua Soler. Asimismo, las jornadas han contado de nuevo con la imprescindible y esforzada profesionalidad de Rosa Roda, Conxi Cozar, Angela Fermín y todo el equipo de Suport Serveis que han prestado su apoyo en todo momento de forma cordial y eficiente.

La preparación del contenido científico de las jornadas es una obra colectiva resultado de generoso esfuerzo de los miembros del Comité Científico: Ignacio Abásolo Alessón, Juan Cabasés Hita, Xavier Castells Oliveres, Pilar García Gómez, Javier Mar Medina, Francisco-Luis Martos Crespo, Ricard Meneu y Román Villegas Portero. Para ayudar a dar contenido al programa hemos contado además con la desinteresada ayuda de Guillem López Casanovas, quien ha mediado en la aproximación al conferenciante de la sesión de clausura y ha coordinado una mesa de ponencias y el coloquio café al que me referiré más adelante; asimismo, hemos tenido la suerte de contar con la amable ayuda de José Luis Pinto y de Paula Adam que se encargaron también de coordinar y moderar sendas mesas de ponencias.

Se recibieron en total 203 resúmenes de comunicaciones, 28 menos que en las jornadas del año pasado (alrededor de un 12% menos en términos relativos, cifra muy similar a la de las jornadas del año 2007). De ellas, 145 fueron presentadas por sus autores para su exposición oral, y las 58 restantes para su presentación como póster. De las primeras, 98 (68%) fueron aceptadas en ese formato, mientras que 41 (28%) lo fueron como póster. Sólo 6 comunicaciones (4%) fueron rechazadas. Por su parte, de las 58 comunicaciones presentadas para póster fueron admitidas 57 (98%), y se rechazó tan sólo 1 (2%).

Tal como ya viene siendo habitual en las últimas ediciones de las Jornadas, el programa científico se abrió con el Taller metodológico patrocinado por la Fundación BBVA cuyo tema fue "Análisis de la equidad en salud", coordinado este año por Pilar García y Ángel López. Los profesores Eddy van Doorslaer y Owen O'Donnell explicaron de forma amena e interesante paso a paso una buena parte de los contenidos de su libro "Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. A Guide to Techniques and Their Implementation", del que son también autores Adam Wagstaff y Magnus Lindelow.

Alan Brennan, Director of Health Economics and Decisions Sciences de la Universidad de Sheffield, impartió una excelente y pedagógica conferencia inaugural sobre la importancia de los métodos en el modelo de evaluación económica del NICE. A pesar de que Alan no tenía un tema fácil para una audiencia tan amplia, convenció a la mayoría de la importancia de las técnicas de modelización en la evaluación económica no sólo desde el punto de vista metodológico sino del de su relevancia y necesidad para las decisiones y recomendaciones del NICE.

El lema de las jornadas estuvo también muy presente en la conferencia del segundo día impartida de forma enfática, rigurosa y convincente, aunque no exenta de sentido del humor, por el profesor Giovanni Tognoni, director del Consorzio Mario Negri Sud. El profesor Tognoni, introducido de forma cariñosa y entusiasta por Antonio J. García, presidente del Comité Organizador de las Jornadas, repasó de forma aguda y crítica, pero siempre muy rigurosa, la utilidad terapéutica y el valor de las innovaciones farmacológicas de la última década, llegando al coste de oportunidad de las mismas a través de algo previo e imprescindible, su eficacia y especialmente su eficacia comparada o incremental.

La conferencia de clausura fue magistralmente impartida por el profesor Uwe Reinhard de la Universidad de Princeton, presidente saliente de IHEA introducido por Guillem López, presidente entrante de IHEA. El profesor Reinhardt, a

quien debemos agradecer de forma especial el esfuerzo por atender el compromiso que adoptó con nuestras jornadas a pesar de las circunstancias personales que impidieron contar también con la presencia de su esposa May T. Cheung, hizo gala de un inteligente sentido del humor pero también de una notable capacidad crítica para ayudar a repensar el valor de las innovaciones y de los economistas de la salud en una época de crisis económica global. Entre las referencias al Presidente Obama y a su esposa May, la visión crítica e inteligente sobre el papel de la economía y de la economía de la salud dejó entre los asistentes conocimiento e ideas que va mucho más allá de las implicaciones puramente académicas. El profesor Reinhardt mostró interés y valoró el programa científico de nuestras jornadas tanto a su llegada a Málaga como al despedirle mientras le dábamos las indicaciones oportunas para visitar el museo Picasso de la ciudad.

Como es habitual en las Jornadas, el programa científico recogió la variedad de intereses propia de un área de conocimiento multidisciplinaria como es la economía de la salud. En estas Jornadas hemos tenido un total de 11 mesas de ponencias, con temáticas que abarcan desde la crisis económica y su impacto sobre el gasto social, pasando por la economía de la innovación genética y biotecnológica, hasta el análisis económico de los comportamientos de riesgo, por citar sólo algunas de estas temáticas. Paralelamente, las 15 mesas de comunicaciones orales y las 12 secciones de pósteres se han dedicado a gestión y organización, gasto sanitario y financiación, desigualdades y equidad, análisis económico y variabilidad de la práctica clínica, evaluación económica y evaluación de tecnologías, gasto farmacéutico, demanda y utilización de servicios sanitarios, y análisis económico de la sanidad, entre otros temas. Adicionalmente, un coloquio-café sobre el futuro de la economía de la salud constituye una innovación que esperamos aporte valor en estas Jornadas. Y, todo ello, sin olvidar el ya clásico espacio dedicado a la presentación de libros de publicación reciente.

La mesa de ponencias I, coordinada por un renacentista Ricard Meneu estuvo dedicada a los resultados y expectativas de los avances biotecnológicos desde la perspectiva económica, contando con Pere Ibern y Miquel Porta, además del propio Ricard Meneu como ponentes. Desde hace años la innovación "ómica" (genética, biotecnológica, etc.) atrae poderosamente la atención y el interés de pacientes, decisores políticos y público general. Sin embargo, una panorámica sobre el estado actual de sus resultados (sanitarios, financieros, sociales...) puso de relieve que: los instrumentos organizativos, la regulación y los incentivos para su desarrollo están obsoletos y no consideran adecuadamente su valor social; su visibilidad pública contribuye a eclipsar la relevancia de otros determinantes y estrategias de salud menos deterministas y a menudo más modificables con las herramientas ya disponibles; y que el exceso de expectativas depositadas en estas tecnologías puede llevarnos a decisiones equivocadas de regulación, financiación y priorización que se traducirán en decepción, despilfarro y desatención a otras oportunidades alternativas de ganancia de salud desatendidas.

En la segunda mesa de ponencias, coordinada por Guillem López Casanovas, se analizó el impacto de la crisis económica sobre el gasto social, contando con Ángela Blanco, José Sánchez Maldonado, Natalia Jorgensen y Elisa Díaz y Clara González como ponentes. Las presentaciones y la discusión de esta mesa pusieron de relieve que el gasto sanitario total sin duda crecerá en el futuro por las presiones de una sociedad tan desarrollada como socialmente medicalizada. Más dudas existen acerca de la posibilidad de mantener crecimientos de la financiación pública, vía presión fiscal, pari passu con el aumento de la parte relativa al gasto sanitario público. Es por ello que corresponde, en escenarios de difícil sostenibilidad financiera pública, proponer medidas sociales alternativas entre la limitación del gasto presupuestario financiado con impuestos, tan duales como regresivos (dado el peso creciente de la imposición indirecta y menor gravamen sobre rentas de capital que sobre el trabajo), y el gasto sanitario privado puro según disponibilidad y capacidad de pago. La mesa de las jornadas ha señalado algunas vías de transición, particularmente en un contexto de crisis como el actual, sobre la base de copagos regulados, primas complementarias, precios de referencia, recargos autonómicos en ejercicio de una mayor responsabilidad fiscal, y vales complementables. Se trata de combinar óptimamente el papel del contribuyente y del usuario en la financiación de prestaciones según su distinto coste efectividad relativo.

Ignacio Abásolo coordinó la mesa de ponencia III sobre la economía de la innovación genética y biotecnológica. En esta mesa, Beatriz González habló de la innovación médica y su relación con los mercados financieros. Con un cuidadoso estudio econométrico, trató de asociar los rendimientos financieros anormales de los activos de diferentes empresas farmacéuticas con las noticias científicas y de ensayos clínicos, por un lado, y con las noticias económicas, por otro. Concluyó que efectivamente, las noticias científicas (buenas o malas) sí que tienen un impacto muy directo e inmediato sobre la cotización en bolsa de estos activos, y que las malas noticias repercuten mucho más que las buenas. Katherine Payne disertó sobre la evaluación económica de las tecnologías genéticas. La mayoría de los tests genéticos no se evalúan con un proceso de regulación formal. Asimismo, añadió que el principal beneficio para los pacientes de este tipo de tests no es la ganancia en salud sino su habilidad para tomar las mejores decisiones en términos de salud y estilos de vida. Finalmente, expuso que todas estas cuestiones generan desafíos metodológicos en el diseño de las evaluaciones económicas de las tecnologías genéticas. Finalmente, Enrique Castellón, habló de las nuevas empresas tecnológicas y de los cambios que están produciendo en los modelos y resultados de transferencia tecnológica.

Román Villegas coordinó una mesa de ponencia (IV) sobre las medidas de utilidad terapéutica, recorriendo el camino desde el enfoque clínico hasta la perspectiva económica. Para ello la mesa contó con la participación de Pedro Serrano, Jaime Espín, Luis de la Cruz Merino y Juan del Llano. La utilidad terapéutica es percibida por todos los actores de la atención sanitaria como una herramienta de gran importancia en la aprobación de nuevos fármacos. Sin embargo, las medidas de resultado que deben de medirla en los ensayos clínicos no están consensuadas y tanto los clínicos como los gestores, y los reguladores necesitan conocimiento y entrenamiento para manejarlas. Los promotores de ensayos clínicos deben asegurarse de que estas medidas estén centradas en los pacientes y que se validen adecuadamente.

En la mesa de ponencias V, coordinada por Xavier Castells, a partir de la pregunta de si disponemos de instrumentos válidos para evaluar el valor de las innovaciones en oncología, se analizó desde distintos puntos de vista (académico, del planificador o health policy maker y del clínico-oncólogo) la problemática actual. Se partió de la complejidad y especificidad de las innovaciones en oncología: impacto social, liderazgo en la investigación y práctica clínica y costes crecientes de las innovaciones. Se consideró que debería revisarse la necesidad de aplicar un umbral de coste por AVAC (años de vida ganados ajustados por calidad de vida) para aceptar una innovación, en el caso concreto de la oncología, en la medida que el end-point (o medida de resultado principal) es el incremento de la supervivencia en un marco de esperanza de vida limitada. Es decir, el valor de incrementar un tiempo de vida (año, mes,..) es relativo en función de la esperanza de vida. En la medida que esta es menor, el valor de la cantidad incrementa. Desde la perspectiva de la planificación, sin embargo, hay la necesidad de relativizar las ganancias de supervivencia, en función de la disponibilidad de recursos. Aunque incrementar un mes de vida puede ser significativo, estamos obligados a revisar el impacto presupuestario de esta ganancia. Finalmente, desde la perspectiva del clínico, éste debe estar cada vez más involucrado en los costes de oportunidad de introducir nuevas terapias.

En la mesa de ponencias VI, Juan Oliva fue el encargado de reunir tabaco, alcohol, conductas sexuales de riesgo, consumo de sustancias ilegales y otros comportamientos poco saludables en la sesión “Análisis económico de los comportamientos de riesgo”. Ángel López centró su intervención en el análisis económico del consumo de tabaco, revisando la literatura científica existente sobre medidas fiscales y las limitaciones de considerar a los individuos como agentes puramente racionales. Continuó Jaime Pinilla, quien disertó sobre los mecanismos de percepción de hábitos no saludables. Su conclusión fue en la línea de lo esperado (cambiamos nuestro comportamiento cuando sufrimos un shock adverso de salud), pero sus resultados cuantitativos en personas fumadoras y bebedoras despertaron la admiración de la audiencia. Ana Gil Lacruz nos previno de la potencial relación de causalidad entre tomar más de tres copas (“darle al pirraque”, en terminología malagueña) y tener relaciones sexuales de riesgo (“engorilarse”). La contrastación empírica quedó a cargo de los asistentes a la cena de gala, con coqueo incluido. Finalmente, Berta Rivera analizó los costes asociados al consumo de drogas ilegales en Galicia, poniendo de relieve su fuerte impacto social.

En la mesa de ponencias VII, Paula Adam tuvo el acierto de juntar a ponentes representantes eminentes de los tres

grandes enfoques existentes en el análisis del impacto social de la investigación en salud: el enfoque de abajo-arriba, liderado por el 'modelo paybak' fue presentado por uno de sus creadores, el Professor Steven Hanney de la Brunel University de Gran Bretaña, el enfoque económico de arriba-abajo fue presentado por el economista Jorge Mestre-Ferrándiz de la Office of Health Economics de Gran Bretaña y finalmente el Dr. Cyril Frank de la Calgary University y la Canadian Academy of Health Sciences presentó la visión del modelo canadiense CAHS ROI que integra ambos enfoques. La mesa puso de relieve que a medida que avanzamos hacia una sociedad democrática en que las decisiones políticas se evalúan para la mejora de los resultados crece la necesidad de evaluar, también, el impacto en salud, calidad de vida, económico y social de la inversión en investigación biomédica. Se trata de una práctica fundamental para la óptima planificación de la investigación.

La evaluación económica se basa en el uso de métodos matemáticos para la reproducción de la epidemiología y las circunstancias clínicas de las enfermedades, y precisamente a ello se dedicó la mesa de ponencias VIII coordinada por Javier Mar. La simulación con eventos discretos es una técnica de simulación procedente de la investigación operativa que en los últimos años se ha planteado en los foros internacionales como la alternativa a los tradicionales modelos de Markov. El Dr. Jaime Caro de United Biosource presentó los fundamentos de la técnica y sus ventajas por su flexibilidad para llevar a cabo estudios coste-efectividad de forma más válida. El Dr. Javier Mar del Hospital Alto Deba mostró la aplicación de esta técnica en el análisis del impacto presupuestario. El ejemplo que utilizó fue la evolución del coste de la trombolisis en el ictus en la población española desde el 2000 hasta el 2015. La mesa se completó con el profesor Fernando Antoñanzas de la Universidad de La Rioja quién describió el nivel de utilización de esta técnica en la evaluación económica a nivel internacional.

La evaluación de las políticas públicas quedó a cargo de la mesa organizada por Pilar García-Gómez (mesa de ponencias IX). David Casado puso cifras al incremento del consumo farmacéutico por la exención del copago al pasar a ser pensionista. Sin duda la existencia de dicho efecto no asombró a los presentes, aunque a más de uno sí le sorprendió la magnitud del mismo. Luis Ayala nos recordó que los efectos en el estado de salud no se encuentran sólo en las políticas de salud y ofreció un análisis impecable de los efectos de un programa de lucha contra la pobreza sobre diferentes dimensiones o marcadores relevantes: probabilidad de mantener o encontrar un empleo, probabilidad de salir de la pobreza, probabilidad de mejorar la salud, etc. La sesión acabó con una brillante reflexión por parte de Marcos Vera en la que nos mostró que hay mucho que aprender de las evaluaciones de políticas realizadas en los países latinoamericanos, y nos dio algunas claves para entrar en el círculo virtuoso de una cultura de evaluación de políticas.

José Luis Pinto fue el encargado de reunir a tres investigadores para discutir sobre Avances en Métodos de Valoración Económica en la mesa de ponencia X. Han Bleichrodt habló sobre la necesidad de introducir cambios en la forma de valorar estados de salud. Según Han, las utilidades estimadas mediante métodos tales como la lotería estándar, están sesgadas al alza, lo que está generando una infravaloración de los beneficios sanitarios. Sugirió que se valoraran dichos estados a partir de teorías tales como "Prospect Theory", para estimar de forma más correcta el valor de la salud. Ian Bateman explicó los resultados de un estudio realizado para diversos organismos internacionales sobre el valor monetario de la salud para niños. Ian comparó diversos métodos para calcular el valor estadístico de la vida humana y, a continuación, explicar que, en el caso de los niños, hay que realizar una corrección al alza. En concreto, según sus estimaciones, dicho factor corrector debería ser de 3, aproximadamente. Por último, Eric Nord, explicó los resultados de una investigación publicada recientemente en Health Economics. Según Erik, los métodos de evaluación económica utilizados por los economistas dan demasiada importancia al grado de mejora de la salud a la hora de asignar recursos. Insistió en que, por motivos de equidad, la sociedad prefiere dar la misma prioridad a dos pacientes distintos aunque la capacidad de beneficio de los dos sea distinta. Estos resultados los ilustró con varios estudios empíricos.

Juan Cabasés, coordinador de la mesa de ponencias XI, reunió en esta mesa a ponentes como Emilio Huerta Arribas, José Martín Martín, José Soto Bonel, además del propio Juan M. Cabasés Hita. Emilio Huerta mostró la innovación organizativa como una herramienta formidable para mejorar la productividad de las empresas. Además, su papel se

refuerza cuando se complementa con políticas innovadoras de gestión de las personas. Pepe Martín hizo una buena síntesis de los nuevos sistemas de incentivos de pago por resultados en sanidad y de la historia de los incentivos en España, de la que él ha sido parte muy relevante. José Soto Bonel, nueve años de gerente del hospital Clínico de Madrid puso énfasis en el hecho de que la clave del éxito es la voluntariedad de los profesionales para unirse a la Gestión Clínica, y la separación de lo que significa la empresa en su conjunto de los negocios (así les ha llamado) que la componen (oncología, etc). De lo primero (y la coordinación de todas las actividades) es responsable el gerente, mientras que de los negocios responden los clínicos. En definitiva, una política de refuerzo de la autonomía. Juan M. Cabasés mostró un modelo principal-agente con identidad, sobre la base de un modelo reciente de Akerlof y Kranton, aplicado a la asistencia sanitaria pública española. Con la experiencia española y de su análisis preliminar de los resultados, llegó a la conclusión de que bajo ciertas circunstancias la racionalización de los gastos en salud mediante su control puede conducir al resultado opuesto al deseado. Por lo tanto, las políticas destinadas a mejorar la motivación pueden ser más eficaces en la racionalización del gasto sanitario y el logro de mayores niveles de efectividad.

Guillem López-Casasnovas tuvo el acierto de convencer al profesor Uwe Reinhardt y a Beatriz González a compartir con él mismo un concurridísimo e innovador coloquio-café sobre “¿hacia donde va la economía de la salud?” A la vista del éxito de asistencia e interés (ambos, indicadores de valor) de esta sesión vamos a ver si la misma se repite en próximas jornadas.

Ya en el apartado de premios, el galardón a la mejor comunicación oral fuera para la comunicación titulada “Métodos de escalamiento de medidas categóricas de salud auto-percibida” presentada por Patricia Cubí en la mesa de comunicaciones II sobre Valoración de estados de salud, mientras que el premio al mejor póster fue para el trabajo “Reacciones adversas inducidas por contrastes radiológicos iso-osmolares e hipo-osmolares en pacientes sometidos a tomografía computerizada en España”, presentado por Ferran Català-López y Estanislao Arana .

Asimismo, este año la beca AES ha sido concedida a Eduardo Sánchez Iriso y María Errea Rodríguez de la Universidad Pública de Navarra por su proyecto de investigación sobre desarrollo y aplicación informática de índices de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Quedan emplazados ambos para presentarnos los resultados de su proyecto en las próximas jornadas.

Por último, y haciendo honor precisamente al lema de estas jornadas, Jaime Pinilla presentó una breve síntesis del artículo publicado conjuntamente con Beatriz González en el año 2008 en la revista Value in Health con el título “The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease”, el cual obtuvo el premio al mejor artículo de Economía de la Salud 2008.

Recordar, finalmente, que las XXIX Jornadas de Economía de la Salud no hubieran sido posibles sin el interés que hay que agradecer a los investigadores y profesionales asistentes y sin la ayuda y colaboración de los múltiples espónsores con los que, por suerte, ha podido seguir contando AES en estas jornadas malagueñas.

¡Nos encontramos de nuevo en Valencia en 2010!

Comité Organizador, XXIX Jornadas de Economía de la Salud. Málaga 2009

INICIO

Empiezan una nuevas Jornadas. Salamanca año 2008. Ciudad Universitaria española por excelencia y con su Plaza

Mayor mucho más que espectacular, disfrutamos de unos días de trabajo y de turismo. Llega la cena de clausura en el Palacio Rodríguez de Figueroa, nombran al nuevo Presidente de AES, D. Enrique Bernal y tras el discurso de presentación, la noticia... ¡Málaga será la sede de las próximas Jornadas de Economía de la Salud!, y los miembros de la Universidad de Málaga los responsables de la organización. ¿Y ahora qué? ¡Pues ahora a trabajar! Y a aprender... porque sabremos de algunas cosas, pero de organizar Jornadas...

Pero, bueno, lo primero es lo primero, ¡el Comité Científico! Parte indispensable de cualquier Jornada. La respuesta estaba decidida casi antes de tener la pregunta. Jaume Puig-Junoy, él será el Presidente y encargado de elegir al resto de componentes.

Al llegar a Málaga conformamos el Comité Organizador y fui nombrado Presidente del mismo la mayoría miembros éramos de la Universidad de Málaga, pero sin olvidar que también es necesaria ayuda externa y por supuesto contábamos con Nuria García-Agua y Anna Tur.

PRIMERAS DECISIONES

En Septiembre, recibimos en Málaga a la Junta AES para tomar las primeras decisiones. Las Jornadas se celebrarán entre los días 17 y 19 de Junio; queremos que haya un tiempo del que todos puedan disfrutar, sobre todo del espléndido sol que caracteriza a esta ciudad.

La sede de las Jornadas será el Centro Cívico de la Diputación Provincial. Se trata de un edificio del siglo XIX que se usó durante años como hospital y orfanato, y que actualmente promueve que los ciudadanos participen en el desarrollo social, cultural y económico de Málaga. Junto a él, un edificio de nueva construcción, la Diputación de Málaga, donde se llevarán a cabo los actos de inauguración y de clausura, y las ponencias principales. Y todo en un paraje excepcional, frente al mar.

Las Jornadas se inaugurarán bajo el lema "La salud y el valor social de las innovaciones", refiriéndose precisamente a las cuestiones a las que se enfrentan los sistemas sanitarios para tomar decisiones eficientes sobre la adopción, cobertura y disposición a pagar por las innovaciones médicas y farmacológicas. La deseabilidad del aumento de la financiación destinada a los servicios sanitarios depende del valor de las mejoras de salud y de bienestar que supongan los servicios concretos en los que se invierte. El programa científico reflejó en sentido amplio el interés de estas cuestiones poniendo énfasis en las experiencias internacionales y en las innovaciones de los métodos de evaluación de medicamentos y tecnologías, así como en los métodos de evaluación de innovaciones en las políticas de salud.

Ya teníamos todo lo que necesitábamos, así que teníamos que empezar a trabajar. Iban a venir cientos de congresistas a nuestra ciudad, y era nuestra responsabilidad que se sintieran acogidos y cómodos, y disfrutaran de Málaga, que conocieran la ciudad y sus gentes, y que cuando se fueran pensarán: "Han sido pocos días. Debo volver". Y para ello hicimos personalmente una guía, a la que titulamos "Instrucciones para mejorar la calidad de vida", cuyo objetivo era aumentar la calidad de vida también relacionada con la salud de nuestros congresistas, donde contábamos la historia de Málaga, los lugares de interés turístico, una lista de bares/restaurantes en el entorno del Centro Histórico, del Centro Cívico, y bares de copas. Y como ciudad marinera y abierta a la mar, aconsejamos sobre gastronomía, no olvidando hablar sobre "el pescaíto frito", para lo cual añadimos un decálogo de cómo comerlo.

Teníamos cientos de ideas pero como siempre pasa, y nosotros bien sabemos...recursos limitados, así que teníamos que conseguir aumentar los outputs con los menores inputs, en la medida de lo posible. Ya teníamos el dossier de patrocinio, así que a buscar...pero estamos en un año difícil, un año de crisis económica, donde fue imposible conseguir nuevos patrocinadores para las Jornadas. Aun así los de siempre no fallaron; además conseguimos el beneplácito y el apoyo de nuestra Universidad.

Como recuerdo de Málaga optamos por un abanico "verde y morao" como la bandera malagueña. No sólo era un recuerdo bonito, sino que seguro que iba a ser algo que todos agradecerían durante las Jornadas.

La comunicación con los miembros del Comité Científico, la Junta Directiva de la Asociación, o la Secretaría de Suport Serveis fue continua durante meses. Las ideas, los problemas, las dudas, las soluciones...eran diarias. Había que pensar en todo, en cada detalle. No podían surgir problemas y si aparecían se debían resolver con rapidez. La fecha cada vez estaba más cerca. Y de repente, casi sin darte cuenta...ya habían empezado las Jornadas. Pero para muchos significaba que era el principio del final.

RESPECTO DE LOS CONGRESISTAS (El saber y el valor alternan grandeza).

Las Jornadas de Economía de la Salud no serían posibles sin el interés, que hay que agradecer a los participantes y entidades que apoyan las Jornadas, por participar en ellas. Este año hemos recibido más de 200 comunicaciones, manteniendo un alto nivel, demostrativo de la consolidación de la economía de la salud en nuestro país y también en Latinoamérica de donde, como viene siendo habitual, proviene un destacable número de participantes (casi el 5% de los inscritos). Cerca del 43% de los inscritos eran mujeres, casi paritarios, y en el análisis mediante tablas de contingencia entre CCAA y sexo, no hubo diferencias significativas mediante el Chi-cuadrado de Pearson ($p=0,103$).

Por CCAA, destacó Cataluña (40% de inscritos), seguida de Madrid (más del 16%) y Andalucía (15%). Respecto de los grupos de pertenencia, más del 35% pertenecen al SNS o servicios regionales. Un 28% a Universidades, un 19% a la industria farmacéutica, casi el 13% a hospitales, un 5% al sector privado, y casi el 1% a las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

A todos, nuestra felicitación y agradecimiento.

CALOR, COLOR Y JORNADAS

El martes, con calor como es normal en mi tierra, empezamos con el taller BBVA, que con el lema "Análisis de la equidad en Salud" tuvo más de 115 inscritos, este éxito fue exclusivamente culpa de los coordinadores (Pilar García y Ángel López Nicolás) y de los ponentes (Owen O'Donnell y Eddy van Doorslaer).

En la tarde-noche, tuvimos una recepción para los principales ponentes en el edificio del Rectorado de la Universidad, donde las vistas del puerto de Málaga y su Alcazaba son maravillosas. Más tarde, el Ayuntamiento nos obsequió con una visita guiada por el Centro Histórico, donde hay muestras gráficas de unos de nuestros popes sentado al lado de alguien "famosillo". Los valencianos, aunque esperados, se hicieron de rogar y tardaron.

El miércoles por la mañana se inauguraron oficialmente las Jornadas y me quedé gratamente sorprendido por nuestro anfitrión, D. Salvador Pendón, que supo hacer aterrizar perfectamente al "helicóptero político" que le precedió.

La conferencia inaugural a cargo del Dr. Alan Brennan no defraudó absolutamente a nadie, e impuso un listón suficientemente alto para que hubiese récord.

Tras las primeras ponencias y exposiciones, todos los congresistas estaban invitados a una recepción en el Club Mediterráneo, frente al mar, acompañada por una panda de verdiales (autóctono) y un cuadro flamenco que amenizaron el cóctel. Hubo muestra gráficas de todo ello que podéis verlas en la pagina web de las jornadas.

El jueves fue para mí un día especial; volvía estar como al comienzo de mi formación, nervioso y deseando hablar con él. Para mí, el mejor ponente de todos, crítico, duro, reconciliable y además listo, muy listo, con los mismos datos que todos poseemos fue capaz de construir un discurso coherente y más "terrenal" que otros muchos gurús que he

conocido. Evidentemente, yo jugaba con ventaja, me formé con él y lo conocía perfectamente, me refiero a Gianni Tognoni. Me sentí muy orgulloso cuando una amiga, Laura Cabiedes, me comentó que le trasladara a Gianni una gran felicitación y que entendiese que el silencio después de su intervención había que interpretarlo como símbolo de respeto y admiración. El listón volvió a subir.

Para seguir con la intensidad y esta vez con nocturnidad... la cena de clausura se celebró en una antigua hacienda malagueña caracterizada por su paraje bello y singular, en clave de jardín botánico. Además, envueltos en un olor puramente malagueño como el que desprendían las biznagas (flor típica compuesta por jazmines) con que fueron obsequiadas las más guapas. Tras la cena el Presidente de AES tomó el micrófono para anunciar que Valencia sería la sede de las próximas Jornadas ¡che, mucha suerte!

El viernes, otro día memorable. Después del coloquio-café, donde los Profesores López & López , junto a nuestra estrella invitada el Profesor Uwe Reinhard, supieron garantizar finalmente el éxito científico de estas jornadas.

En el acto de clausura, como en años anteriores, la asistencia dejó mucho que desear, pero había una última sorpresa: un videoclip en el que salían fotos realizadas durante las Jornadas mientras sonaba uno de los éxitos del grupo Coldplay (que ha hecho famosa un entrenador al que la Guardia Civil detuvo por ir con tres copas de más).

MEJOR LO INTENSO QUE LO EXTENSO

Errar es de humano y por ello, pido disculpas por los desaciertos y desencuentros que se hayan podido producir, aun en el fragor de la batalla.

Pero, como dicen los viejos que es de bien nacido ser agradecido, yo como nieto de un maestro de pueblo y de un labrador e hijo de un practicante, haré lo que siento y me enseñaron mis predecesores.

Quisiera agradecer a Rosa Roda, Mireia Vila, Conxi Cozar, Ángela Fermín y Marta Pla, toda la colaboración que nos han prestado. Sin ellas, seguro que no hubiese sido posible. Fue toda una delicia conocerlos, tratarlos y compartir. Cuando queráis tenemos mesa en el María, estaré encantado y como siempre bien rodeado.

Para nuestro Presidente, solo palabras de elogio. Me cuidó, me obsequió y veló para que fuesen un éxito rotundo estas Jornadas. Mi más sincero agradecimiento, pero ¡tú, hamburguesa!

De forma especial, quisiera personalmente agradecer a una persona de carácter especial y de marcado carisma, sé que tiene traducción al català, y responsable de la parte científica de nuestras jornadas. Gracias Jaume, por tu afecto personal, puro y desinteresado, que nació con mi respeto hacia un Profesor de la XI promoción del Máster de Economía de la Salud de la Universitat Pompeu Fabra y que se ha fortalecido con el trato.

Finalmente agradeceremos a todos los participantes vuestra estancia. Sé que para el Comité Organizador ha sido un placer llevar a cabo este trabajo, y esperamos que todos hayáis disfrutado de una ciudad como Málaga y de sus gentes.

Y como decía el poeta Blas de Otero, me queda la palabra, por eso no quiero que os olvidéis:

aquí abajo, abajo

cerca de las raíces
es donde la memoria
ningún recuerdo omite
y hay quienes se desmueren
y hay quienes se desviven
y así entre todos logran
lo que era un imposible
que todo el mundo sepa
que el Sur también existe.

Antonio J. García y Nuria García-Agua

Imágenes de las XXIX Jornadas de Economía de la Salud

La totalidad de las imágenes de las Jornadas 2009 está disponible en el enlace:
http://www.aes.es/Jornadas/fotos_jornadas.php



Enrique Bernal, Jaume Puig Junoy y Antonio J. García



Beatriz Lopez-Valcarcel, Ricard Meneu, Uwe Reinhardt, Enrique Bernal y Vicente Ortún



Manuel García Goñi y Nuria García Aguas



Pere Ibern, Enrique Bernal y Juan Oliva



Salvador Peiró, Alexandrina Stoyanova y Vicente Ortún

La totalidad de las imágenes de las Jornadas 2009 está disponible en el enlace:
http://www.aes.es/Jornadas/fotos_jornadas.php

Métodos de escalamiento para medidas categóricas de salud auto-percibida

Resumen del trabajo premiado en las XXIX Jornadas de Economía de la Salud como mejor presentación oral

Patricia Cubí-Mollá, *City University London*

Durante las últimas décadas hemos asistido a un cambio trascendental en la evaluación de los estados de salud: tanto a nivel individual como poblacional, la salud se interpreta en términos no solo de cantidad sino también de calidad de vida; y se han desarrollado numerosos procedimientos para medir la calidad de vida a nivel poblacional basados en preferencias individuales sobre estados de salud.

La estimación del peso de la calidad de vida asociada a un estado de salud concreto es la base de una extensa área de estudios relacionados con la salud. Fundamentalmente, tales pesos son requeridos en el cálculo de medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, que representan una herramienta indispensable para el análisis coste-utilidad. El uso de estos pesos tiene múltiples aplicaciones adicionales, como puede ser la evaluación de niveles de salud a nivel poblacional, la elaboración de ajustes por calidad de la esperanza de vida, o el análisis de desigualdades en salud.

En cualquier método que se use para la evaluación de estados de salud basados en preferencias individuales (Escala Visual Analógica o EVA, Equivalencia Temporal o ET, Lotería Estándar), debemos asumir que las respuestas tienen propiedades de intervalo (Busschbach et al., 1999). De esta manera, es posible hacer extensible el orden entre estados de salud concretos a estados adicionales, además de poder emplear técnicas de cálculo definidas únicamente para medidas continuas.

Sin embargo, la información sobre los estados de salud de los individuos suele obtenerse mediante cuestionarios orientados a la población general, en los que resulta complicado incluir ciertas medidas específicas de salud. Por ejemplo, la valoración del estado de salud del individuo se obtiene normalmente de una pregunta básica sobre la salud auto-percibida (SAP) del individuo, del tipo: "En su opinión, ¿cómo valora su estado de salud, en general?: Muy bueno/ Bueno / Regular/ Malo/ Muy malo".

Estas medidas de salud, que por una parte resultan ventajosas porque son perfectamente entendibles por los encuestados, no son apropiadas para establecer resultados en contextos de medidas basadas en la media (como pueden ser los análisis de desigualdades en salud, medidas de efectos de tratamientos, etc.). En primer lugar, el carácter ordinal de las medidas de SAP no permite considerar el estado de salud como un continuo. Además, los criterios para valorar un estado de salud probablemente varían entre distintos individuos, por lo que la respuesta puede tener un significado a nivel individual, pero no es correcto agregar las observaciones a nivel poblacional, ignorando la heterogeneidad de las preferencias. Así, durante las últimas décadas se han ido desarrollando una amplia variedad de métodos dirigidos a cardinalizar las medidas categóricas de SAP, que son las más frecuentemente utilizadas en las encuestas (véase van Doorslaer y Jones, 2003).

El objetivo principal de este trabajo consiste en derivar pesos de utilidad a partir de medidas ordinales de salud. En una primera parte analizo los diferentes métodos existentes para introducir cardinalidad en las respuestas categóricas de SAP: el modelo de regresión probit ordenado y el modelo de regresión por intervalos. El objetivo de estos procedimientos es el de estimar el peso de calidad asociado al estado de salud de cada uno de los individuos, condicionando por la salud auto-percibida que declaran y por diversas características socioeconómicas de los encuestados. Tanto el modelo probit ordenado como el de regresión por intervalos asumen la existencia de una

variable de salud continua que subyace latente bajo la variable observable de SAP.

El modelo probit ordenado (OP+N) es el más básico de los dos procedimientos. Establece una equivalencia entre la variable continua (latente) y la variable discreta (observable) como sigue: cuanto mayor es el valor latente de la salud, más probabilidad tendrá el individuo de escoger una categoría más elevada de SAP. Basándose en una función de distribución normal $N(0,1)$, se obtienen los valores de salud que establecen la frontera entre distintas categorías (umbrales). Las predicciones que obtenemos de la regresión no pueden ser empleadas directamente como pesos de calidad ya que no están expresadas en unidades naturales de la medida, es decir, entre 0 y 1. Por tanto, es necesario emplear algún tipo de re-escalamiento (por ejemplo, el propuesto por van Doorslaer y Jones, 2003), para obtener las estimaciones finales.

El método de regresión por intervalos (IR+N) es uno de los más empleados en los últimos años. Fue propuesto por van Doorslaer y Jones (2003), y está basado en una idea similar al modelo probit ordenado. En esta ocasión, los autores proponen estimar a priori el valor de los umbrales, lo cual permite estimar posteriormente la varianza de la salud latente, en lugar de suponer que es igual a la unidad, tal y como establece el modelo probit ordenado. La originalidad de este modelo se basa en la estimación de los umbrales a partir de información externa (por ejemplo, una base de datos diferente en la que podamos observar una variable continua de calidad de vida). Además, como los umbrales vienen ya medidos en unidades naturales (entre 0 y 1), las predicciones que genera la regresión pueden tomarse directamente como pesos de calidad, sin necesidad de un proceso de re-escalamiento.

Los métodos de escalamiento anteriores tienen como denominador común la hipótesis de que la salud latente en la población puede representarse mediante una distribución normal. Esta hipótesis elimina la posibilidad de encontrar asimetrías en la distribución de salud. Sin embargo, la existencia de asimetrías se refleja continuamente en los datos de salud de las poblaciones. Este hecho es especialmente relevante si se pretende realizar un análisis sobre estados de salud en países desarrollados, donde una gran proporción de la población reporta estar en un buen o excelente estado de salud.

El nuevo método que propongo considera que la salud latente sigue una distribución log-normal, introduciendo así posibles asimetrías. Para introducir la asimetría correcta en la distribución de salud, es necesario definir la variable latente en términos de "mala salud", como ya propusieron Wagstaff y van Doorslaer en 1994. Bajo esta nueva hipótesis, se construyen los modelos de probit ordenado (OP+LN) y regresión por intervalos (IR+LN).

Los datos empleados para evaluar dichos métodos son obtenidos de la Enquesta Catalana de Salut correspondiente al año 2006, que permite obtener tanto variables continuas (las tarifas derivadas del cuestionario EuroQoL, basadas en los métodos de EVA y de ET) como categóricas (SAP), referidas a salud. Las tarifas continuas se han calculado a partir del método validado para España por Badia et al. (1997), y Badia et al. (2001). El tamaño final de la muestra utilizada es de 15.648 observaciones. Las predicciones se calculan condicionadas a un amplio rango de factores que pudieran afectar la autovaloración del individuo: grupos de edad-sexo, empleo, educación, estado civil, tamaño del hogar, nacionalidad, padecimiento de alguna enfermedad crónica, existencia de alguna discapacidad, horas de sueño, práctica de deportes, índice de masa corporal, consumo de tabaco, consumo de alcohol, y clase social.

Con estos datos, analizamos con qué exactitud podemos aproximar (1) las tarifas reales obtenidas directamente de la encuesta y (2) las predicciones de la aproximación lineal de mínimos cuadrados ordinarios (OLS), mediante (3) los valores que estiman los métodos de escalamiento ya existentes (OP+N, IR+N) y los que propongo (OP+LN y IR+LN).

La Figura 1 muestra los resultados obtenidos de manera ilustrativa. El gráfico representa la frecuencia acumulada de la tarifa de ET estimada en cada método (los resultados obtenidos para la tarifa de la EVA son muy similares). Las predicciones de la tarifa por mínimos cuadrados ordinarios se toman como referencia. Para analizar la calidad del ajuste, se define un área que señala el intervalo de confianza del 95% en torno a la estimación por mínimos cuadrados ordinarios.

Se observa que los nuevos modelos (que asumen log-normalidad) ajustan mejor la distribución de las tarifas que aquellos que asumen normalidad. En particular, el modelo de regresión probit ordenado (OP+LN) se acerca más a la aproximación por OLS. El modelo (IR+N), probablemente el más utilizado durante los últimos años, aproxima las tarifas reales de una manera muy similar a la que aproxima el mismo modelo pero bajo log-normalidad (IR+LN). Aun así, (IR+LN) parece aproximar mejor los valores más bajos. Sorprendentemente, el procedimiento (OP+LN) es quizás el que más fielmente aproxima las tarifas continuas y las predicciones por OLS.

Es importante señalar que en este trabajo estamos obviando el posible sesgo que (IR+N) y (IR+LN) pueden introducir, ya que los puntos de corte de la variable continua entre categorías diferentes son tomados de la misma encuesta donde se aplican, y no a partir de información externa como asume el modelo.

Los resultados obtenidos pueden proporcionar una nueva herramienta para la correcta cardinalización de medidas de salud.

Figura 1: Frecuencia acumulada de los valores estimados de la tarifa de salud ET, para varios métodos de escalamiento.

Ver gráfico en: http://www.aes.es/Publicaciones/bd_5temas_Grafico

REFERENCIAS

Badia X, Roset M, Herdman M. The Spanish VAS tariff based on valuation of EQ-5D health states from the general population. En: EuroQoI Plenary meeting, ed. Rabin RE, Busschbach JJV, Charro FTh. de, Essink-Bot ML, Bonsel GJ. 2-3 October. Discussion papers. Centre for Health Policy & Law, Erasmus University, Rotterdam.1997.

Badia X, Roset M, Herdman M, Kind P. A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. *Medical Decision Making* 2001; 21: 7-16.

Busschbach JJV, McDonnell J, Essink-Bot ML, van Hout BA. Estimating parametric relationships between health description and health valuation with an application to the EuroQoL EQ-5D. *Journal of Health Economics* 1999; 18: 551-571.

Van Doorslaer E, Jones A. Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement. *Journal of Health Economics* 2003; 22: 61-87.

Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics* 1994; 3: 281-291.

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)



Pablo Antonio Cabello Granado

Tesis doctoral defendida el día 8 de enero de 2009 en el Departamento de Análisis Económico y Finanzas de la Universidad de Castilla-La Mancha, codirigida por el Dr. Álvaro Hidalgo Vega y el Dr. Tomás García-Cuenca Ariati, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude.

E-mail: pacabello@sescam.org

Análisis de la Eficiencia en los Hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

El Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, hizo efectiva la transferencia de las competencias sanitarias a la Comunidad Autónoma Castilla-La Mancha, de manera que, a partir de enero de 2002, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) asumió la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios públicos en el ámbito regional.

Sobre este escenario, el objetivo principal de esta investigación fue el de realizar un estudio de la eficiencia en los hospitales gestionados por el SESCAM sobre la actividad desarrollada a lo largo del año 2004, de manera que pueda servir como patrón o referente a la hora de evaluar el funcionamiento de los centros hospitalarios

Para ello, y tras realizar un posicionamiento global a través de ratios económicos mixtos de los centros hospitalarios, se realizaron tres estudios de eficiencia. El primero a través de indicadores, el segundo de eficiencia relativa, y por último se realizó el estudio que compone el núcleo central de esta investigación, un modelo DEA (Data Envelopment Analysis).

En la primera parte de la Tesis se define el concepto de eficiencia, su evolución histórica, y se dedica un apartado para su cuantificación y clasificación, donde se presta especial atención a su formulación y representación gráfica.

Posteriormente, se presentan los fundamentos teóricos de modelo DEA. También en este capítulo se exponen los antecedentes de la utilización del análisis envolvente de datos en el sector sanitario español. Para ello se toma como base y referencia el trabajo presentado en las "XX Jornadas de Economía de la Salud de la Asociación de Economía de la Salud (AES)" por Jaume Puig-Junoy y Eulàlia Dalmau Matarrodona, titulado: "¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica". En nuestra investigación, se continuó con este trabajo incorporando los estudios publicados hasta el 1 de noviembre de 2007, para llegar a la conclusión de que el 76% de los estudios de eficiencia en organizaciones sanitarias utilizan la metodología DEA.

A continuación se presenta el modelo y el análisis de datos, que comienza con la definición y análisis de las variables de actividad asistencial y funcionamiento, así como con las económicas y estructurales de los Hospitales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha durante el año 2004. Seguidamente, se realizó un análisis comparativo de los Hospitales a través del cálculo de ratios asistenciales, financieros, estructurales y combinados. En estos apartados se realiza un proceso descriptivo de los centros a la vez que se analizan las variables del Sistema de Información Hospitalaria con el fin de identificar grupos homogéneos. Entre estos indicadores detectamos en algunos centros valores relevantes en algunas de sus variables, como son: el índice de cesáreas sobre partos vía vaginal, el índice de intervenciones programadas sobre las totales, el índice de consultas sucesivas sobre primeras y los gastos de personal. También se observó cómo los centros de dimensiones más pequeñas, o con menor número de camas, presentaban valores elevados en los ratios relacionados con la rotación de pacientes con cama.

En cuanto al estudio de la eficiencia sanitaria, tanto para el estudio de eficiencia por indicadores como para el estudio de eficiencia relativa, se llegaba a conclusiones similares. Así, de manera general, podríamos decir que presentaban mayor eficiencia los hospitales pequeños, con menor número de camas y carteras de servicios más reducidas, que los hospitales grandes.

En lo referente al análisis de eficiencia mediante DEA, se realizó para dos casos principales de estudio: con ratios combinados de actividad con siete subcasos particularizados, y con variables estructurales y de actividad hospitalaria con ocho subcasos particularizados. Este estudio se realizó en primer lugar sin supereficiencia y posteriormente se volvió aplicar el modelo con supereficiencia para la ordenación de centros eficientes. En ambos casos se confirmaba de manera general la conclusión del estudio de eficiencia por indicadores y eficiencia relativa.

Por otro lado, en el estudio de eficiencia mediante DEA se observó como en el análisis de la actividad de los centros con los equipos de alta tecnología, aparecían un alto número de centros ineficientes, entremezclándose en el ordenamiento de centros eficientes los centros pequeños y grandes. También se observó en el análisis de la actividad de consultas externas como nuevamente aparecía un alto número de centros ineficientes muy alejados de la frontera de eficiencia, presentando los menores índices de eficiencia de todo el estudio. En esta ocasión, al igual que en el caso de la actividad de equipos de alta tecnología, los centros pequeños no presentan una posición de mejora aparente sobre los centros grandes sino que se entremezclan.

A modo de conclusión general, los resultados de esta investigación nos muestran cómo de manera general los centros de reducidas dimensiones muestran un comportamiento más eficiente en su actividad eminentemente hospitalaria que los centros de mayores dimensiones. Ahora bien, esta conclusión no es trasladable como criterio general en la actividad realizada en pruebas diagnósticas y/o terapéuticas con los equipos de alta tecnología y la actividad de consultas externas, donde existen centros de mayores dimensiones con índices de eficiencia superiores a los centros pequeños. Por otro lado, se ha observado a lo largo de toda la investigación la disparidad de criterios al aplicar las medidas de gestión de los recursos asistenciales y económicos, lo que origina la obtención de resultados muy variados. Este hecho es especialmente relevante en los centros más pequeños en cuanto a las pruebas ambulatorias así como en los centros de dimensión mediana por lo que respecta a todas las áreas de actividad.

Adaptación transcultural y validación de la versión española de cuestionario DASH



Maite Hervás Juan

Tesis doctoral defendida el 24 de abril de 2008 en la Facultat de Medicina i Odontologia de la Universitat de València, dirigida por los Dres. Salvador Peiró, María José Navarro Collado y Antonio Alberola, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad.

Adaptación transcultural y validación de la versión española de cuestionario
DASH

La valoración funcional es un aspecto esencial en rehabilitación. Esta valoración puede realizarse mediante diversas exploraciones y algunas escalas funcionales. Sin embargo, cada vez se da más importancia a la percepción que el paciente tiene de su enfermedad y la discapacidad que le genera por lo que existe un creciente interés en la búsqueda de medidas que reflejen esta perspectiva. Existen muchas escalas que valoran diferentes patologías del miembro superior, bien enfocadas a una articulación (codo, hombro, etc.) o a una enfermedad concreta (por ejemplo, síndrome del túnel carpiano). Aunque estas escalas son útiles, no permiten comparar la repercusión que tienen las distintas enfermedades a nivel del miembro superior. Además es conocido que existe una importante interrelación entre las diferentes regiones del miembro superior, y que la mejoría de la función en una de ellas resulta en mejoría en el resto de regiones. El DASH[1] es un cuestionario autoadministrado que valora el miembro superior como una unidad funcional permitiendo cuantificar y comparar la repercusión funcional de las diferentes patologías que afectan a distintas regiones de dicha extremidad. Presenta una validez, fiabilidad y sensibilidad demostrada en múltiples trabajos, y ha sido adaptado a diferentes idiomas como el sueco, alemán, francés, italiano o chino.

El objetivo de este trabajo es realizar la adaptación cultural del cuestionario DASH al español y analizar la fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios de la versión desarrollada.

MATERIAL Y MÉTODO

Traducción y adaptación transcultural del cuestionario DASH, siguiendo el método de traducción-retrotraducción aceptado internacionalmente, y estudio de las características clinimétricas del nuevo cuestionario en una cohorte prospectiva de 98 pacientes que cumplimentaron el DASH y el SF-36 en la primera visita; 30 de estos pacientes cumplimentaron de nuevo el DASH una semana después para el estudio de fiabilidad. 69 pacientes volvieron a cumplimentar ambos cuestionarios al finalizar el tratamiento para el estudio de validez y sensibilidad.

Se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de las características de la muestra así como de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios DASH y MOS SF-36. En segundo lugar, se valoró la fiabilidad del cuestionario mediante el análisis de consistencia interna, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, y la reproductibilidad mediante la prueba del test-retest con los 30 pacientes que cumplimentaron en dos ocasiones el cuestionario. A continuación se valoró la validez de contenido comparando el porcentaje de casos que tomaban los valores mínimo (efecto suelo) y máximo (efecto techo) del DASH y de la dimensión dolor del SF36. La validez de constructo se valoró analizando si determinados factores del paciente (mayor edad, comorbilidad, diagnóstico) se asociaban a peores puntuaciones en el DASH, así como el análisis de las correlaciones entre las puntuaciones del DASH y las dimensiones del SF-36. El análisis de la correlación entre el DASH y las dimensiones Dolor y Función Física del SF-36 se utilizó también para valorar la validez de criterio. Finalmente, para analizar la sensibilidad a los cambios se evaluó la presencia de diferencias significativas entre las valoraciones basal y al final del tratamiento, y se estimaron el tamaño del efecto tipificado y la respuesta media tipificada.

RESULTADOS

La mayoría de los ítems del DASH no plantearon problemas de traducción. Únicamente en unos pocos ítems se planteó la necesidad de realizar modificaciones para conseguir una equivalencia conceptual o cultural. Se obtuvo una versión española lingüística y conceptualmente equivalente a la original. A pesar de ser un cuestionario autoadministrado el índice de cumplimentación fue muy alto y el tiempo de cumplimentación del mismo fue de unos 10 minutos.

En cuanto a la fiabilidad del nuevo cuestionario, la consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,96. La correlación entre las puntuaciones globales del DASH en la prueba del test-retest fue significativa ($p < 0,01$) y muy elevada al utilizar el coeficiente de Pearson (0,96). Respecto a los porcentajes de valores máximos y mínimos (efecto techo y suelo respectivamente) en las puntuaciones del cuestionario DASH fue prácticamente nulo, ya que únicamente 1 paciente obtuvo la puntuación mínima (1%) y ninguno la máxima. Se realizó un análisis bivariable para determinar si existían factores asociados a las puntuaciones del cuestionario; únicamente se hallaron diferencias significativas para la existencia de comorbilidad y la situación laboral.

Para analizar la validez convergente y divergente se eligió el cuestionario MOS SF-36 como instrumento de referencia. Se utilizó el coeficiente de Spearman para estudiar las correlaciones existentes entre la puntuación global del DASH y

de las diferentes dimensiones del MOS SF-36 siendo todas estadísticamente significativas ($p < 0,01$), es decir, a mayor discapacidad del miembro superior percibida por el enfermo peor salud general. Mostró una correlación más fuerte con la dimensión Dolor (-0,693).

La validez de criterio se estableció mediante el estudio de la correlación entre la puntuación del cuestionario DASH con la dimensión Dolor del SF-36 (-0,652) y con la dimensión Función Física (-0,509) que como se había hipotetizado fue $> 0,40$.

Finalmente las diferencias de las puntuaciones basal y final del cuestionario DASH mostraron diferencias estadísticamente significativas, pasando de una media en la puntuación global de 52,86 al inicio a 34,63 al final del tratamiento. Tanto el tamaño del efecto como la respuesta media tipificada fueron elevadas (-0,92 y -0,86 respectivamente).

CONCLUSIONES

La versión del DASH desarrollada es un instrumento equivalente a la versión original, válido, fiable y sensible a los cambios, que puede utilizarse en pacientes españoles con problemas de miembro superior.

1El DASH y todas sus traducciones son propiedad del Institute for Work & Health. Las versiones autorizadas del DASH pueden obtenerse en la web <http://www.dash.iwh.on.ca>

Con acuse de recibo

Evaluaciones económicas y de impacto presupuestario en la gestión de la prestación farmacéutica en el CatSalut

Antoni Gilabert Perramón; David Magem Luque; Cristina Espinosa Tomé. *Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries*
Servei Català de la Salut

Evaluaciones económicas y de impacto presupuestario en la gestión de la prestación farmacéutica en el CatSalut:

¿Estamos preparados para el desafío?

Introducción

En España, contamos con un marco legal que contempla la eficiencia y la utilidad terapéutica como elementos clave, además de la eficacia, efectividad y seguridad, en la definición de la prestación farmacéutica (1). Los criterios que deben ayudar a priorizar parecen estar claros, no obstante la dificultad estriba en poder definir claramente qué supone y qué no supone un avance terapéutico y cómo se asignan los recursos sanitarios públicos para financiar dicha innovación (2), (3).

Entidades como la Agencia española del medicamento, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Política Social, las Agencias de evaluación de tecnologías médicas como la Agència d'Avaluació i Recerca de Tecnologies Mèdiques (AATRM) de Catalunya, el Comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos o el Grupo de evaluación de novedades, estandarización e investigación en la selección de medicamentos de la Sociedad de Farmacia Hospitalaria, entre otras, han puesto en marcha distintas iniciativas para la valoración de la innovación terapéutica y/o impacto presupuestario de algunos medicamentos en nuestro país (3).

Si nos centramos en el área de la farmacoeconomía, recientemente se ha confeccionado y publicado una nueva propuesta de estandarización de métodos de evaluación económica con el objetivo de garantizar la homogeneidad en este tipo de análisis y facilitar tanto su realización como su interpretación.(4)

Desarrollo:

Uno de los objetivos del Servei Català de la Salut (CatSalut) es disponer de más información para desarrollar políticas farmacéuticas integrales y mejorar la eficiencia en la utilización de medicamentos introduciendo elementos que permitan aportar evidencia complementaria a la de eficacia y seguridad.

La evolución del gasto farmacéutico, los recursos limitados y las experiencias exitosas en otros países en esta materia condujeron a la creación de la Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario (CAEIP) en Cataluña (5).

Las principales funciones a desarrollar por la CAEIP contemplan la priorización, los estudios de impacto presupuestario y/o de evaluación económica y la formulación de propuestas que ayuden en la toma de decisiones en materia de financiación. Las funciones más detalladas se incluyen en la Tabla 1

LA CAEIP está presidida por el Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del CatSalut y está formada por personas con amplia y reconocida experiencia en investigación clínica y economía de la salud, incluyendo la evaluación económica de medicamentos.

La línea de trabajo iniciada ha incluido la realización de revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas con sus respectivos dictámenes en el grupo terapéutico de las estatinas (colesterol), inhibidores de la bomba de protones (antiulcerosos), fármacos autorizados en osteoporosis postmenopáusica y en el grupo de los antipsicóticos atípicos indicados en esquizofrenia (5).

Tanto las revisiones sistemáticas como los dictámenes de la CAEIP son públicos y representan un instrumento de apoyo a la gestión para una elección eficiente de medicamentos por parte de los proveedores de salud.

Las líneas prioritarias de actuación del CatSalut en materia de evaluación económica de medicamentos, alineado con el plan estratégico de política farmacéutica del CatSalut , se centran en la disponibilidad de revisiones sistemáticas y estudios de impacto presupuestario; la incentivación del seguimiento de las recomendaciones que se deriven de las mismas; la exploración de alternativas en materia de provisión y financiación de medicamentos como los contratos de riesgo compartido con la industria farmacéutica etc. que se detallan en la tabla 2.

Actualmente, además de los cuatro informes y dictámenes de revisiones sistemáticas se ha iniciado la evaluación de tratamientos farmacológicos de alta complejidad en los que se incorpora la evaluación económica junto a la eficacia, efectividad y seguridad a evaluar; se están explorando las posibilidades de los contratos de riesgo compartido tanto a nivel interno en el CatSalut como de forma multidisciplinar con los distintos agentes del sistema en el CatSalut_Bioworkshop realizado en el 2008; se ha aprobado el régimen interno de funcionamiento de la CAEIP así como el de la realización de revisiones sistemáticas de medicamentos y procedimientos que están accesibles en la

página web del CatSalut (6); se están realizando talleres y jornadas de formación en el ámbito de la evaluación económica de medicamentos con los distintos proveedores sanitarios, y esperamos poder contribuir a la creación de una base de datos pública de costes sanitarios.

En aras de contar con la colaboración de los mejores expertos en cada área y evitar posibles sesgos o conflictos de intereses, el CatSalut fija las prioridades en materia de evaluación, trabaja con entidades externas independientes, tiene en cuenta la información aportada por los laboratorios comercializadores y, a partir de la información de los estudios disponibles y de las competencias asignadas, toma las decisiones pertinentes en materia de provisión y financiación.

El objetivo es, no sólo evitar los sesgos y conflictos de intereses (7), sino poder disponer de la mejor información y los mejores expertos para tomar las mejores decisiones en salud.

Conclusiones:

La incorporación de la evaluación económica de los medicamentos en las decisiones de la prestación farmacéutica en Cataluña es un elemento clave en la gestión de recursos públicos.

Para avanzar en esta disciplina, entendemos que en el entorno actual, encontrar sinergias, vías de colaboración y conocer experiencias que nos permitan aunar esfuerzos, compartir líneas de trabajo y resultados es el mejor camino a seguir. Por todo ello, manifestar la voluntad del CatSalut de recorrer este camino en colaboración con todas aquellas entidades que en nuestro país quieran avanzar en esta área. Sabemos que no somos los únicos y que hay una larga tradición en temas de evaluación económica de medicamentos con expertos de reconocido prestigio en nuestro país, una activa asociación de economía de la salud y que otras CCAA han iniciado o están iniciando caminos similares.

¿Estamos preparados para el desafío? Nosotros estamos en camino y manifestamos nuestra voluntad de unirnos a la corriente evaluadora existente en otros países en esta materia.

Nota editorial: Más información sobre la CAEIP en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_caeip.htm

Agradecimientos:

A todos los miembros de la CAEIP por su esfuerzo y dedicación desde la constitución de la comisión: Jaume Puig-Junoy, Oriol de Solà-Morales, Arantxa Catalán, Josep Lluís Segú, Josep M^a Argimón, Josep Torrent y Eva Sánchez.

Referencias

(1) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

(2) Sacristán JA, Dilla T, Antoñanzas F, Pinto JL. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. Gac. Sanit. 2008; 22(4):353-7.

(3) Oliva J, Puig-Junoy J, Bernal E. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. Una visión complementaria. Gac. Sanit. 2008; 22(4):358-361.

(4) López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, Puig-Junoy J. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2006/22.

(5) Comissió Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari, CatSalut (actualizado 30 de octubre 2008). Disponible en <http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov.htm>

(6) Procediment normalitzat de la CAEIP sobre l'encàrrec per a l'elaboració d'estudis d'avaluacions econòmiques i Règim de funcionament intern de la Comissió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari Diciembre 2007. Disponible en http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_caeip.htm

(7) Rovira J. Transparency of economic evaluations of health technologies. Pharmacoeconomics 2008; 26 (3):181-3.

Tabla 1: Funciones de la Comisión Evaluación Económica y de Impacto Presupuestario (CAEIP)

- Priorizar la realización de estudios en materia de evaluación económica de medicamentos
- Revisiones sistemáticas farmacoeconómicas de los principales grupos terapéuticos
- Estimaciones del impacto presupuestario de las decisiones de inclusión de medicamentos en la oferta pública de la prestación farmacéutica
- Estudios y propuestas en materia de financiación de medicamentos
- Emitir informes sobre estudios de evaluación económica presentados por la industria farmacéutica
- Confeccionar cualquier otro tipo de informes a solicitud de los órganos del CatSalut o Departament de Salut

Tabla 2: Prioridades del CatSalut en evaluación económica de medicamentos

- Revisiones sistemáticas farmacoeconómicas de los principales grupos terapéuticos
- Evaluaciones económicas y de impacto presupuestario de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad * 1.
- Seguimiento de las recomendaciones emitidas por la CAEIP
- Estudios y propuestas en la provisión y financiación de medicamentos, por ejemplo, los contratos de riesgo compartido con la industria farmacéutica
- Disponibilidad de una base de datos pública sobre costes sanitarios
- Formación de los profesionales sanitarios en evaluación económica de medicamentos
- Participación activa en congresos y foros de debate en el área de evaluación económica de medicamentos

- Alianzas y vías de colaboración a nivel nacional e internacional en el ámbito de la evaluación económica de medicamentos

* 1. Tratamientos farmacológicos de alta complejidad seleccionados en el marco del Programa de Evaluación, Seguimiento y Financiación de los Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad (PASFTAC)

Noticias

Noticias

Formación

Master en Evaluación y Acceso al Mercado en el Sector Farmacéutico

Organiza: Universidad Carlos III de Madrid

Consejo de dirección: Félix Lobo, Catedrático del Departamento de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid; Praveen Kujal, Profesor Titular de la Universidad Carlos III de Madrid; Miguel Ángel Casado, Director de Pharmacoconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB); Javier Soto, Departamento de IRS-Farmacoeconomía de Pfizer.

Calendario: Noviembre 2009 - Julio 2010

Modalidad: presencial

Más información: fgs@pa.uc3m.es o ma_casado@porib.com

Master en Economía de la Salud y del Medicamento

Diploma de Posgrado en Economía de la Salud

Diploma de Posgrado en Farmacoeconomía

Organiza: IDEC (Instituto de Educación Continua) de la Universidad Pompeu Fabra y CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut)

Programa dirigido por Jaume Puig-Junoy, Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, y codirigido por Carles Murillo Fort, Catedrático del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra.

Calendario: Octubre 2009 - Junio 2011

Modalidad: online

Más información en: www.idec.upf.edu/mesol

Seminario de Economía de la Salud y del Medicamento sobre Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias. II edición.

Organiza: Organiza: IDEC (Instituto de Educación Continua) de la Universidad Pompeu Fabra y CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut)

Dirección: Jaume Puig-Junoy, Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra. Coordinación: José Manuel Rodríguez Barrios, Healthcare Economics and Reimbursement Director EMEA region, Ortho-Clinical Diagnostic, a J&J Company; Ana Tur-Prats, Investigadora del CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut).

Calendario: 24-27 de marzo 2010

Modalidad: semi-presencial

Más información: www.idec.upf.edu/scres

Jornada Técnica

Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias

Fecha y lugar de celebración: 4 de noviembre de 2009. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, Madrid.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) está alcanzando su edad dorada en Europa y se ha convertido en una herramienta básica para ayudar en la toma de decisiones en materia de salud. El continuo desarrollo de aspectos metodológicos y su posible aplicación directa a la realidad de cada país la han situado como elemento importante en la agenda de los responsables sanitarios.

La Asociación de Economía de la Salud (AES) quiere sumarse al esfuerzo de varios países de la Unión Europea por incorporar la evaluación económica entre el conjunto de herramientas que guían las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias, y promover el debate sobre el papel que debería jugar la EETS en nuestro país. Con este motivo, ha elaborado el documento "Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el sistema nacional de salud", en el cual plantea su apoyo a la utilización de estas herramientas de análisis y plantea una serie de propuestas o líneas de trabajo a desarrollar en los próximos años.

La presentación de este documento se acompañara de las intervenciones de algunos de los más reconocidos expertos españoles en el campo de la evolución económica y de la economía de la salud aplicada a la política sanitaria que debatirán sobre el reto de incorporar este tipo de herramientas a las decisiones sanitarias y los pasos a seguir para conseguirlo.

Las personas interesadas en asistir a este evento deberán ponerse en contacto con la secretaria de la Asociación de Economía de la Salud e inscribirse. No se facilitará acceso al acto a las personas no inscritas previamente.

Secretaría AES

C/ Calvet, 30
08021-BARCELONA
Teléfono: 93 201 75 71 - Fax: 93 201 97 89
e-mail: secretaria@aes.es

AES-Secretaría
Suport Serveis - Calvet 30-entr. 2ª
08021 Barcelona

Tel. 93 201 75 71 - Fax 93 201 97 89
aes@suportserveis.com -
secretaria@aes.es

Horario: de 9 a 14h. y de 15 a 18h.

Editor del boletín: Ángel López Nicolás (angel.lopeznicolas@gmail.com)

Editora de redacción: Ana Tur Prats

Comité de redacción: Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Juan Oliva, Salvador Peiró, Jaime Pinilla, Oriol de Solà-Morales y Manuel García Goñi

Han colaborado en este número: Estanislao Arana, Pablo Cabello Granado, Ferràn Català, Patricia Cubi-Mollá, Cristina Espinosa Tomé, Manuel García Goñi, Nuria García-Agua Soler, Antonio J. García Ruíz, Antoni Gilabert Perramón, Jeff Harris, Mayte Hervás Juan, David Magem Luque y Jaume Puig-Junoy.