



En Este Número

Portada

En este número

- ❖ En este número

Novedades

- ❖ Novedades: Cambios recientes en AES

Opinión

- ❖ Las políticas para abordar los condicionantes sociales de la salud

Temas

- ❖ El reto de la obesidad infantil en España y su legislación

Crónica XXXI Jornadas AES

- ❖ Crónica Comité Científico XXXI Jornadas AES
- ❖ Crónica Comité Organizador XXXI Jornadas AES

Tesis

- ❖ Incorporating external effects in economic evaluation: the case of smoking
- ❖ El uso de las revisiones sistemáticas como criterio de eficiencia en la toma de decisiones sanitarias: 2 ejemplos

Con acuse de recibo

- ❖ In Memoriam: Concha Colomer en el recuerdo
- ❖ Foro AES Mallorca 2011: ¿Quién está a favor del copago?

Noticias

- ❖ Formación y Congresos

Noticias Destacadas

Las políticas para abordar los condicionantes sociales de la salud

Las investigaciones desarrolladas en las últimas décadas han confirmado que las causas de los problemas de salud más relevantes de la población están condicionadas socialmente y han puesto en evidencia que hay graves diferencias de salud según el nivel social de las personas. [+]

El reto de la obesidad infantil en España y su legislación

La Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición española (1) fue aprobada por el pleno del Congreso de los Diputados en su sesión del 16 junio de 2011, abordando medidas relativas a la lucha contra la tendencia al aumento de las tasas de obesidad infantil y el fomento de una correcta nutrición, y se refiere además en sus diferentes artículos a la publicidad de los alimentos y bebidas, con especial atención a los menores. [+]

In Memoriam: Concha Colomer en el recuerdo

Concha Colomer Revuelta dirigía el observatorio de salud de las mujeres en la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, donde llevaba unos años trabajando. [+]

En este número

En este número

NOVEDADES

Cambios recientes en la AES.

OPINIÓN

Las políticas para abordar los condicionantes sociales de la salud.

Ildefonso Hernández Aguado y Lucy Anne Parker.

TEMAS

El reto de la obesidad infantil en España y su legislación.

Manuel García Goñi y Cristina Hernández Quevedo.

CRÓNICA XXXI JORNADAS AES

Crónica Comité Científico XXXI Jornadas AES.

Jaime Pinilla Dominguez.

Crónica Comité Organizador XXXI Jornadas AES.

Juli Fuster.

TESIS

Incorporating external effects in economic evaluation: the case of smoking.

Marta Trapero-Bertran.

El uso de las revisiones sistemáticas como criterios de eficiencia en la toma de decisiones sanitarias: 2 ejemplos.

Nuria García-Agua Soler.

CON ACUSE DE RECIBO

In Memoriam: Concha Colomer en el recuerdo.

Andreu Segura.

Foro AES Mallorca 2011: ¿Quién está a favor del copago?

Guillem López i Casasnovas.

NOTICIAS

Congresos y Jornadas

- Congreso SEE-SESPAS.
- Italian Health Economics Association (AIES) 16th Annual Conference.
- Portuguese Health Economics Association (APES) 12th National Health Economics Conference.

Formación

- Máster en Economía de la Salud y del Medicamento. Diploma de Posgrado en Economía de la Salud. Diploma de Posgrado en Farmacoeconomía.
- Máster oficial de posgrado en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento.
- II edición del Programa de Formación Universitaria para Profesionales de la Salud: “Diploma Posgrado en Gestión Clínica”.

Novedades: Cambios recientes en AES

NUEVOS NOMBRAMIENTOS

Nueva composición de la Junta Directiva de AES:

Sale Ángel López Nicolás a quien se hace un agradecimiento expreso en la Asamblea de Mayo en Palma de Mallorca, y entra como nuevo miembro de la JD Alexandrina Stoyanova. La composición de la nueva Junta Directiva queda así:

Presidente: Juan Oliva Moreno

Vicepresidente 1ª: Berta Rivera Castiñeira

Vicepresidente 2º: Ignacio Abásolo Alessón

Tesorera: Marta Trapero Bertrán

Secretaria: Alexandrina Petrova Stoyanova

Vocales: Manuel García Goñi, Pilar García Gómez, Eusebi Castaño y Carme Piñol

Nuevos editores del Boletín Economía y Salud:

Ángel López Nicolás es sustituido como editor del Boletín por Cristina Hernández Quevedo e Ignacio Abásolo Alessón.

Ana Tur Prats sigue siendo editora de redacción.

Nuestro agradecimiento también por su trabajo en esta tarea a Ángel López.

SOBRE LOS GRUPOS DE INTERÉS DE AES

Entre las novedades del 2011 cabe destacar la creación de los dos primeros **grupos de interés de AES**. Los grupos de interés reúnen a un conjunto de personas que demuestran especial dedicación o interés hacia alguno de los grandes temas de la economía y gestión de la salud y la política sanitaria que se tratan en las jornadas, en las publicaciones científicas, en el ámbito público, privado o, en suma, en la sociedad.

El **objeto** de un grupo de interés es facilitar la interacción de estas personas para aprovechar sinergias entre los integrantes del grupo, sean o no éstos socios de AES.

Los miembros del grupo podrán intercambiar conocimientos, dar a conocer resultados de estudios e investigaciones a la comunidad científica (así como a decisores públicos y privados), difundir cursos de formación, establecer una red de investigadores para la realización de proyectos comunes, intercambiar información sobre demandas y ofertas de empleo relacionadas con su área y establecer contactos entre miembros de la comunidad científica o profesional con objetivos comunes compartidos.

En la Asamblea de AES celebrada en mayo en Palma de Mallorca se presentó el grupo de interés en **Evaluación de Servicios Sanitarios y Evaluación de Políticas de Salud** coordinado por Sandra García Armesto y Pilar García Gómez. La primera actividad de este grupo tendrá lugar durante el congreso SESPAS-SEE en Madrid del 6 al 8 de octubre con la coordinación de una mesa centrada en la evaluación de políticas y servicios entre los mayores de 65 años, y que cuenta con la participación de Ana Tur Prats, José Ramón Repullo, Cristina Hernández Quevedo, Marisol Rodríguez, Salvador Peiró y Rosa Urbanos.

En julio se aprobó la propuesta del grupo de interés en **Evaluación Económica** coordinado por Leticia García Monchón y Araceli Caro. El mismo se estructura a través de diferentes líneas de trabajo organizadas en subgrupos. Entre ellos encontramos, por ejemplo, la evaluación del impacto y la utilización de las directrices metodológicas actuales, la creación de un repositorio de estudios de evaluación económica, el intercambio voluntario de modelos y programas

para evaluación económica, entre otros.

La pertenencia a los grupos de interés está abierta tanto a los socios como a los no socios de AES. A través de la web de AES (<http://www.aes.es/>) se puede acceder a toda la información disponible en cada grupo de interés (miembros, líneas de trabajo, formación, repositorio de artículos y documentos de trabajo, ofertas de trabajo, foros de discusión, etc.).

El éxito en la consecución de los objetivos de los grupos depende en gran medida de la participación activa de aquellas personas con intereses afines. De este modo, nos gustaría animaros a pasearos por la web de AES e involucraros en la participación (e incluso organización) de aquellas actividades promovidas por alguno de los grupos y que se sitúen más cercanas a vuestros intereses. Esperemos que los grupos de interés sean el punto de encuentro cotidiano de todos aquellos profesionales de la salud con intereses comunes del mismo modo que las Jornadas son nuestro encuentro anual.

Pilar García Gómez

Vocal de la Junta Directiva de AES

Opinión

Las políticas para abordar los condicionantes sociales de la salud



Ildefonso Hernández Aguado

Departamento de Salud Pública, Historial de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández y Ciberesp

ihernandez@umh.es

Tel.: 965919512



Lucy Anne Parker

Departamento de Salud Pública, Historial de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández y Ciberesp

Las investigaciones desarrolladas en las últimas décadas han confirmado que las causas de los problemas de salud más relevantes de la población están condicionadas socialmente y han puesto en evidencia que hay graves diferencias de salud según el nivel social de las personas (1). De hecho, la esperanza de vida de un individuo varía ampliamente dependiendo de en que país, ciudad, barrio o familia nazca. Un ejemplo paradigmático es la extraordinaria diferencia de esperanza de vida por causas sociales entre personas residentes a tan sólo 10 kilómetros de distancia en Glasgow (2), pero podría recurrirse a muchos más ejemplos y en España se dispone de investigaciones de calidad que han

(4), pero podría recurrirse a muchos más ejemplos y en España se dispone de investigaciones de calidad que han mostrado preocupantes desigualdades sociales para cualquier ámbito geográfico y variable social que se elija, incluyendo áreas pequeñas (3,4,5). Las desigualdades en salud reflejan desigualdades sociales, que a su vez, en parte, son consecuencia de las políticas implantadas en los diferentes niveles a lo largo del tiempo, desde el global hasta el ámbito local.

En la última década, los condicionantes sociales de la salud y las desigualdades sociales en salud han recibido la atención desde organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o instituciones como la Unión Europea (UE). En 2005, la OMS puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y en 2008 se publicó su informe final “Subsanar las desigualdades en una generación” (6). En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14 que supone una decidida llamada a la acción a los estados miembros para “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (7). Por otra parte, en octubre de 2009, la Comisión Europea adoptó la Comunicación: “Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE” (8), que supuso un gran impulso hacia el compromiso de los estados miembros con la equidad en salud.

Varias presidencias de la UE han propuesto iniciativas para dar prioridad a la equidad en salud en la agenda europea. En 2000, la presidencia portuguesa dio un impulso inicial sobre los condicionantes de salud; la presidencia del Reino Unido en 2005 consideró prioritarias las desigualdades en salud con la publicación de un documento titulado “Health Inequities: Europe in Profile” (9); y la presidencia Finlandesa en 2006, con su iniciativa de “Salud en todas las políticas”, hizo hincapié en la importancia de considerar el impacto que en la salud de la población tienen las acciones en otros sectores de la sociedad más allá del sanitario. La reciente presidencia española de la UE eligió entre las áreas prioritarias -a propuesta del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-, la reducción de las desigualdades sociales en salud: “Innovación en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y reducción de las desigualdades en salud” (10); y consiguió que el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores de la UE aprobase el documento “Equidad y Salud en Todas las Políticas” (11). Esta iniciativa de la Presidencia española de la UE tenía por objeto contribuir a mantener y destacar los condicionantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud en la agenda política europea y era consistente con las iniciativas adoptadas en política interior.

En España, en 2008, se estableció la reducción de las Desigualdades Sociales en Salud como una prioridad para la legislatura y se creó la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España con el objeto de elaborar una propuesta de intervenciones efectivas y aplicables en nuestro entorno. En mayo de 2010, la Comisión presentó el documento “Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España” (12) junto con un documento realizado previamente sobre el análisis de situación de las desigualdades en salud en España y las políticas para reducir las desigualdades en España y Europa (13). Esta iniciativa, que disponía de escasos recursos, contó con el trabajo generoso de numerosos expertos y, a fin de estimular las intervenciones, se proponía trasladar al ámbito autonómico a través de la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, las propuestas de políticas aplicables en el ámbito sanitario para reducir las desigualdades sociales en salud.

Estamos, pues, ante un amplio abanico de actividades fruto de la confluencia de una extensa labor investigadora con oportunas intervenciones en defensa de la salud pública para incorporar a la acción política de los países y de los organismos supranacionales la consideración de los condicionantes sociales de la salud y la reducción de desigualdades. Este reconocimiento progresivo de la inequidad en salud y el examen de posibles actuaciones para remediarla no se ha visto, salvo excepciones, reflejado en la política práctica. De hecho, paralelamente al reconocimiento de las desigualdades sociales en salud, asistimos desde los años 80 del pasado siglo a una renuncia progresiva a las políticas públicas redistributivas en educación, renta, vivienda, empleo y otras que habían estado en el origen de las sociedades más avanzadas e igualitarias del mundo. En España, si exceptuamos las políticas dirigidas a disminuir las desigualdades por las relaciones de género y algunas medidas concretas, reducir las desigualdades sociales no ha sido una prioridad de la agenda política. A duras penas se identifica el eje de equidad en cualquier

política que examinemos.

Ante esta situación, cabe preguntarse si es verosímil que las iniciativas iniciadas en España desde la salud pública sobre los condicionantes sociales de la salud y las desigualdades, tengan algún efecto en un entorno político y económico tan adverso. Al examinar la situación antes comentada en el ámbito internacional, se constata que es posible avanzar y que se pueden sortear los obstáculos en el plano teórico logrando un consenso casi generalizado, al menos explícitamente, sobre que las desigualdades sociales en salud son injustas y evitables. También se está consiguiendo un amplio consenso en reconocer que sin políticas sobre los condicionantes sociales de la salud no será posible afrontar los retos actuales y futuros de la salud ni será posible la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Como bien apunta Miquel Porta en su artículo “Ver lo que nos sale a cuenta” (14), hay acciones profundamente beneficiosas en términos sociales incluyendo la economía y el empleo desde una salud pública centrada en los condicionantes sociales de la salud, aquella que cotidianamente cuida qué respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos. Sin embargo, para que problemas sociales relevantes como los que nos ocupan, rebasen el plano teórico de declaraciones de instituciones significadas y sean objeto de políticas públicas, es necesario combinar una percepción generalizada y duradera del problema, unas propuestas de soluciones técnicas fundamentadas, una sensibilidad política apropiada y los resquicios de oportunidad para llevarlas a cabo. Comentamos a continuación algunas propuestas para conseguir estos objetivos.

Es tarea compleja conseguir que haya una percepción generalizada y mantenida en el tiempo que las desigualdades sociales en salud son un problema que necesita solución y que es necesario considerar el conjunto de políticas de gobierno si deseamos solucionar los problemas relevantes de salud actuales y futuros. A pesar de las iniciativas políticas arriba mencionadas, la población en general, los profesionales sanitarios, los agentes sociales y políticos no tienen la percepción que las desigualdades sociales en salud sean un problema relevante en España. La consideración del asunto se circunscribe a la equidad en la provisión de servicios asistenciales, pues se confunde las desigualdades sociales en salud con la ausencia de equidad en la provisión de servicios. Al respecto, es llamativo que incluso en este terreno se asuma como equidad la ausencia de barreras formales de acceso, cuando una equidad efectiva -que por otra parte juega un papel complementario en reducir las desigualdades en salud- supone una heterogeneidad en la atención sanitaria concediendo más recursos y más intensidad de actuación a las personas y grupos que más lo necesitan.

Para aumentar la percepción pública del grave problema que suponen las desigualdades sociales en salud, el trabajo realizado por Michael Marmot en abogacía global por los condicionantes sociales de la salud, es un buen ejemplo a seguir. En España hay investigadores excelentes que pueden asumir ese papel, bien individualmente bien en el seno de sociedades científicas y profesionales. Justo ese es el papel que activamente han jugado la SEE y SESPAS en relación con Ley General de Salud Pública. En versiones previas de la norma se consideraban extensamente los condicionantes sociales de la salud, incluyendo disposiciones que obligaban a los poderes públicos y a otros sectores a incluir la equidad en todas sus actuaciones. La versión cercenada que llegó al Parlamento era decepcionante, pero el trabajo de influencia de SEE y SESPAS durante el trámite parlamentario puede conseguir mejoras significativas. Acciones similares pueden adoptarse en los trámites de las leyes de salud pública autonómicas.

Otra acción para contribuir a aumentar esa percepción pública mencionada es la formación de los profesionales de salud en condicionantes sociales de la salud. Numerosas actuaciones sanitarias y de salud pública omiten el eje de equidad en su implementación cuando, además de una cuestión de justicia social, es un requisito para alcanzar la efectividad. Más sorprendente aún, es que en algunos ámbitos de la salud pública se ignore todo lo relacionado con los condicionantes sociales y se trabaje, sea en vigilancia, protección o promoción, como si las variables sociales no existieran. Es imprescindible la inclusión de los condicionantes sociales como objeto de la vigilancia de salud pública y las variables sociales en cualquier análisis. Por inercia y por otros motivos, hay una desproporción entre los recursos dedicados a la vigilancia de cada problema de salud y el impacto de cada uno de ellos en la salud de la población; esta falta de proporcionalidad debe ser corregida y en el futuro no debería aceptarse ningún informe de salud que no incluyese el eje de equidad en su análisis.

En la misma línea de facilitar la percepción del problema que suponen las desigualdades, sería interesante idear formas de expresar la información sobre condicionantes sociales y desigualdades de forma que sea atractiva y sencilla para el público y los medios de comunicación, complementando así las acciones de defensa y divulgación. Una línea de trabajo ya iniciada es la estimación de indicadores que muestran los beneficios que tendrían determinadas políticas sobre los condicionantes sociales a fin de facilitar su implantación (15,16). Estos indicadores tienen un doble objetivo: primero, resaltar los beneficios más inmediatos y que son relevantes a diversos sectores, y segundo, elegir los efectos intermedios más visibles y susceptibles de comunicación pública. Dada la mayor sensibilidad de los actores políticos a los efectos tangibles a corto plazo y dado que políticas sobre los condicionantes de la salud tienen efectos a largo plazo, la posibilidad de vislumbrar y comunicar efectos beneficiosos en términos no sólo de salud, sino también en términos sociales generales, es de particular interés para defender su implantación.

Una de las barreras comúnmente enunciadas a la implantación de políticas de reducción de desigualdades sociales en salud es la aparente baja disponibilidad de soluciones técnicas factibles. La invocación a las pruebas científicas disponibles choca con las dificultades para disponer de estas pruebas si atendemos a los estándares que suelen aplicarse en el campo de la salud. Este problema afecta a las intervenciones más complejas de la salud pública y, en particular, a las desarrolladas en promoción de la salud, menos aptas para ser evaluadas mediante ensayos aleatorios. Sin duda debe actuarse con base en las mejores pruebas disponibles, pero aunque sean incompletas no deberían invocarse para mantener la inacción. La propia inacción es una opción que tiene efectos y costes y debe someterse también a prueba. De forma similar se argumenta en el documento denominado "The Marmot Review", informe comisionado por el gobierno del Reino Unido para proponer las mejores estrategias basadas en evidencia para la reducción de desigualdades en salud en Inglaterra (17). Esta revisión examina con detalle el coste de no hacer nada y concluye que la inacción no es una opción económicamente viable y que cada año 2,5 millones de años de vida se pierdan por la falta de acción para disminuir las desigualdades sociales con inmensos costes.

Con ello, no deja de reconocerse que faltan pruebas científicas y que la generación de evidencias sobre intervenciones en los condicionantes sociales de salud es una prioridad. Por ello, entre las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud se encuentra la necesidad de fomentar la investigación sobre los condicionantes sociales de la salud y sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlas. Y en este terreno es también necesario ejercer presión, influir para que haya suficiente financiación para evaluar intervenciones sobre la salud de las poblaciones y se atenúe el inmenso desequilibrio entre los recursos dirigidos a estudiar los problemas de salud en el nivel individual o subindividual y los destinados a estudiarlos en la población en su conjunto. Por ejemplo, en la financiación de la investigación sobre cáncer de mama hoy en día prima con gran diferencia la búsqueda de nuevos tratamientos o la determinación de un perfil genético de riesgo, pero no el estudio de las causas ambientales. Igualmente se financia más el estudio sobre la inequidad en la provisión o acceso a los servicios asistenciales que las desigualdades en la exposición a las causas radicales de los problemas de salud. Sería conveniente evaluar el impacto en salud y bienestar de la inversión en investigación sanitaria como instrumento para establecer prioridades. Por ejemplo, las dificultades para trasladar el conocimiento basado en el genoma a beneficios en salud de la población y las dificultades de aplicación concreta en algunos campos, deberían suponer un aviso para equilibrar la financiación pública de la investigación sanitaria (18,19,20). Posiblemente, una mayor financiación en salud pública y en estudios de servicios sanitarios tendría unas aplicaciones y rendimientos sociales mayores que bastantes inversiones dirigidas a ciencias básicas.

Las dificultades que las estructuras políticas y administrativas tienen para la implementación de políticas transversales, es otro de los obstáculos que debe afrontar la salud pública dirigida a los condicionantes sociales de la salud y a las desigualdades cuando desea intervenciones en sectores no sanitarios. Los abordajes sobre cómo implantar acciones intersectoriales han recibido cierta atención desde la ciencia política y excede de la intención de este texto ocuparse en detalle; sin embargo, vale la pena mencionar al menos una estrategia que puede servir para facilitar el abordaje de los condicionantes sociales de la salud. Se trata de la incorporación de la evaluación del impacto en salud (EIS) (21) y en equidad en salud (22) de las políticas. De momento, está en fase de desarrollo y una posibilidad de fomentar su uso sería su institucionalización en Europa integrando la evaluación del impacto en salud y en equidad en salud a los procedimientos habituales para la aprobación de cualquier nueva política (23). Así mismo, de aprobarse la Ley general de Salud Pública con las sugerencias de SEE-SESPAS -que incluyen la obligatoriedad de la EIS- supondrá un

gran paso. La EIS identifica los efectos que en la salud tienen las distintas políticas y propone modificaciones que, manteniendo los objetivos primarios de cada política, maximiza los resultados en salud y muestra las sinergias y cobeneficios de las diversas políticas, haciéndolas atractivas para los distintos sectores interesados.

El camino hacia la implantación de políticas sobre los condicionantes sociales de la salud y para reducir las desigualdades es áspero y complejo, pero las razones de orden práctico, particularmente en la vertiente económica, pueden facilitarlas. Hay que estar a punto para aprovechar cualquier oportunidad, pues razones de orden ético nos obligan.

Referencias

1. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*. 2011; 32: 381-98.
2. Hanlon P, Walsh D, Whyte B. Let Glasgow Flourish. A comprehensive report on health and its determinants in Glasgow and West Central Scotland. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health; 2006.[Accedido 22/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Let Glasgow Flourish](#)
3. Navarro V, Benach J. Desigualdades de salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70: 505-636.
4. Gotsens M, Marí-Dell'olmo M, Martínez-Beneito MÁ, Pérez K, Pasarín MI, Daponte A et al. Socio-economic inequalities in mortality due to injuries in small areas of ten cities in Spain (MEDEA Project). *Accid Anal Prev*. 2011; 43: 1802-10.
5. Escolar A (ed). Primer informe de Desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2008.
6. Commission of the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. World Health Assembly (2009a). World Health Assembly resolution WHA62.14 on Reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization. [Accedido el 18/07/2011]. Disponible en: [Enlace: WHA 2009](#)
8. Comisión Europea. Reducir las desigualdades en materia de salud en la Unión Europea Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011 [Accedido el 20/07/2011]. Disponible en: [Enlace: CE Reducir desigualdades](#).
9. MackenbachJP. Health Inequalities: Europe in Profile. London: COI for the Department of Health; 2006. [Accedido el 20/07/2011]; Disponible en: [Enlace: Health Inequalities](#)
10. Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Accedido el 18/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Hacia la equidad en Salud](#).
11. Council of the European Union. Council conclusions on equity and health in all policies: Solidarity in health. Brussels: European Union; 2010 [Accedido el 21/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Conclusions on equity and health policies](#).
12. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Accedido el 21/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España](#).
13. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid:

una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Accedido el 20/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Analisis_reducir_desiguales](#).

14. Porta Serra M. El País, 21 de julio de 2020. [Accedido el 21/07/2011] Disponible en: [Enlace: Opinión Miquel Porta](#).
15. Hernández-Aguado I, Parker LA. Intelligence for health governance: Innovation in the monitoring of health and well-being. In: Kickbusch I, editor. Policy Innovations for Health. New York: Springer Science+Business Media; 2009.
16. Parker LA, Lumbreras B, Hernández-Aguado I. Health information and advocacy for "Health in All Policies": a research agenda. J Epidemiol Community Health. 2010; 64: 114-6.
17. The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010. [Accedido el 18/07/2011]. Disponible en: [Enlace: Fair Society](#)
18. Collins FS, Green ED, Guttmacher AE, Guyer MS; US National Human Genome Research Institute A vision for the future of genomics research. Nature. 2003; 422: 835-47.
19. Porta M, Hernández-Aguado I, Lumbreras B, Crous-Bou M. "Omics" research, monetization of intellectual property and fragmentation of knowledge: can clinical epidemiology strengthen integrative research? J Clin Epidemiol. 2007 ;60: 1220-5.
20. Lumbreras B, Parker LA, Porta M, Pollán M, Ioannidis JP, Hernández-Aguado I. Overinterpretation of clinical applicability in molecular diagnostic research. Clin Chem. 2009; 55: 786-94.
21. World Health Organization. Gothenburg consensus paper. Health impact assessment: Main concepts and suggested approach. Brussels: European Centre for Health Policy, WHO Regional office for Europe; 1999.
22. Signal L, Martin J, Cram F, Robson B. The Health Equity Assessment Tool: A user's guide. Wellington: Ministry of Health; 2008.
23. Wright J, Parry J, Scully E. Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? Bull World Health Organ. 2005 Jun; 83(6): 472-7.

Temas

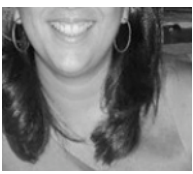
El reto de la obesidad infantil en España y su legislación



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



Cristina Hernández Quevedo
European Observatory on Health Systems and Policies
LSE Health, Reino Unido
C.Hernandez-Ouevedo@lse.ac.uk



La Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición española (1) fue aprobada por el pleno del Congreso de los Diputados en su sesión del 16 junio de 2011, abordando medidas relativas a la lucha contra la tendencia al aumento de las tasas de obesidad infantil y el fomento de una correcta nutrición, y se refiere además en sus diferentes artículos a la publicidad de los alimentos y bebidas, con especial atención a los menores. La aprobación de esta ley se enmarca en un contexto europeo, en el que las instituciones han reaccionado contra la obesidad, plasmando en el Libro Blanco de la Comisión Europea (Comisión Europea, 2007) el deterioro paulatino de la calidad de la alimentación, la escasa actividad física de la población europea en su conjunto y los riesgos en términos de comorbilidades que la incidencia de la obesidad conlleva.

En efecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”, dadas las dimensiones adquiridas y su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario (OMS, 2000, 2003, 2006). Asimismo, la obesidad es una enfermedad cara en términos económicos y sociales, tanto para las personas que la padecen como para las instituciones públicas sanitarias y para el buen funcionamiento del mercado laboral. Es necesario prestar una especial atención a la obesidad infantil, dada su capacidad de predecir la prevalencia de la obesidad en la edad adulta (Ballesteros, 2009). Además, es necesario tener en cuenta la edad de los pacientes, ya que cuanto antes se pongan en funcionamiento los mecanismos de prevención, mayores serán los ahorros derivados de las medidas que se tomen y también el impacto en la calidad de vida. Esto es así porque es en la infancia y juventud cuando los individuos conforman sus hábitos alimentarios, de actividad física e incluso sus preferencias, aunque éstos puedan evolucionar en el tiempo.

Datos recientes de la *International Obesity Taskforce* (IOTF) correspondientes a 2010 muestran la dimensión de esta epidemia a nivel mundial: 1000 millones de adultos padecen sobrepeso y alrededor de 475 millones son obesos. La IOTF estima que hasta 200 millones de niños en edad escolar (5-17 años) tienen sobrepeso o son obesos, de los cuales entre 40-50 millones se clasifican como obesos. Asimismo, según la OMS, en 2010 alrededor de 43 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso. En la Unión Europea (UE-27), aproximadamente el 60% de los adultos y más del 20% de los niños en edad escolar tienen sobrepeso o son obesos, lo que corresponde a 260 millones de adultos y más de 12 millones de niños.

España no es una excepción en Europa; según la OMS, España es uno de los países de la UE con mayor prevalencia de sobrepeso infantil (incluyendo obesidad) (IOTF, 2005), registrando un 33% en la población entre 5 y 17 años, mientras que en Europa uno de cada cuatro niños tiene sobrepeso o es obeso. Asimismo, España es uno de los países donde más ha crecido la prevalencia de esta enfermedad (Serra Majem *et al*, 2003; Aranceta *et al*, 2005; Robertson *et al*, 2007; Valera y Silvestre, 2009). La prevalencia de la obesidad infantil en España ha estado en continuo crecimiento desde 1985 hasta los últimos años, llegando a estabilizarse en el último lustro. Una de las causas de dicha estabilización es la abultada tasa existente. En cuanto a la diferenciación entre sexos, la estabilización es más notable en el caso de los niños, que sufren una mayor prevalencia de obesidad, mientras que la prevalencia en las niñas sigue aumentando aunque a un ritmo decreciente, lo que puede provocar que, en unos años, la tasa de prevalencia de niños y niñas sea similar. Una quinta parte de la población infantil es obesa, según el criterio empleado en España recogido en las tablas editadas por la Fundación Faustino Orbegozo. En cambio, las estimaciones realizadas por la IOTF muestran una prevalencia de obesidad menor (en torno al 10% de la población entre 10 y 13 años en 2009), aunque la pauta de crecimiento es similar.

Hasta el momento en España, ha habido una serie de estudios históricos sobre la prevalencia de la obesidad infantil que han sido cruciales en la concienciación del problema. El primero fue el estudio PAIDO (en 1985), aunque el más importante fue el Estudio Enkid (1999). A partir de ese momento, la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) aprobada en 2005, ha supuesto el impulso en España de diversas iniciativas que contribuyen a lograr que los ciudadanos, especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables, principalmente a través de una alimentación saludable y de la práctica regular de actividad física. Enmarcado en la estrategia NAOS se encuentra Perseo, el estudio que nos proporciona la última gran fuente de datos fiables mostrando la enorme importancia de la prevalencia de la obesidad infantil en España a partir de 2007. Esta primera fase cuyo objetivo principal ha sido el proporcionar información a los ciudadanos y procurar la máxima

primera fase, cuyo objetivo principal ha sido el proporcionar información a los ciudadanos y procurar la máxima seguridad en la calidad de los alimentos que se consumen a través de la estrategia NAOS, necesita de una política intersectorial contra la obesidad que enfoque este problema de forma integral, estratégica y planificada, con el apoyo de una regulación específica.

La preocupación actual por el problema de la obesidad se manifiesta en la publicación del reciente Informe Aladino (2011) que muestra datos en la misma línea de Perseo, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Y la necesidad de dar un paso adelante más en la lucha contra la obesidad se plasma en la aprobación de la nueva Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición española, que proporciona un marco legal básico común a todas las Administraciones Públicas para llevar a cabo una serie de políticas complementarias y que se prevén sostenidas en el tiempo; se clarifican las funciones y se fomentan los comportamientos adecuados de los distintos agentes implicados en la lucha contra la obesidad infantil; así como mecanismos de coordinación para que las actuaciones emprendidas cuenten con la necesaria coherencia. En concreto, la norma incluye una serie de medidas para prevenir el sobrepeso y la obesidad en España, como son:

- La ordenación jurídica de los distintos aspectos de la vigente Estrategia para la Nutrición, la Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), que seguirá siendo desarrollada por el Gobierno como mecanismo fundamental para fomentar una alimentación saludable y promover la práctica de la actividad física, con especial atención a los grupos socioeconómicos más vulnerables.
- La creación de un Observatorio de la Nutrición y de Estudio de la Obesidad, permitiendo el análisis periódico de la situación nutricional de la población y la evolución de la obesidad en España, y actuando como sistema de información para la evolución de políticas que se lleven a cabo así como proporcionando la evidencia necesaria para el diseño de las mismas.
- La promoción de la enseñanza de la nutrición, así como de los beneficios de la actividad física, incluyendo contenidos orientados a la prevención y concienciación sobre los beneficios de una nutrición saludable en los planes formativos. Asimismo, se velará por el equilibrio en las comidas servidas en centros escolares.
- La consideración de los centros escolares como espacios libres de publicidad, necesitándose la autorización por parte de las autoridades educativas competentes de cualquier campaña de promoción alimentaria, educación nutricional o promoción del deporte o actividad física.
- La regulación de la venta de alimentos y bebidas que se suministren por cualquier medio en los centros educativos, no solo a través de las máquinas de autoventa.
- La facilitación de información sobre hábitos alimentarios y de actividad física por parte de los servicios de salud, con el objetivo de prevenir la obesidad.
- La disposición de información por parte de la Administración, sobre los ácidos grasos trans proporcionada por los operadores de las industrias alimentarias respecto a la inclusión de estos en sus productos.
- El establecimiento de códigos de conducta que regulen la publicidad de alimentos y bebidas dirigidos a menores de quince años.

Así pues, con la aprobación de esta ley, España inicia una fase regulatoria con el objetivo de atajar la obesidad, con especial atención a la obesidad infantil, a través de los sistemas educativos y de salud. Sin embargo, la necesidad que estas medidas comiencen a complementarse en el ámbito familiar, y por tanto privado, mediante la concienciación general de los ciudadanos sobre el problema, pone de manifiesto las limitaciones de esta regulación y la necesidad de medidas complementarias a más a largo plazo. La modificación de algunos tipos impositivos a determinados productos alimenticios en países como Noruega, Dinamarca o Estados Unidos, es un ejemplo de medida de carácter económico y fiscal, que tendría posibles efectos positivos en España, dependiendo de la magnitud de la elasticidad de la demanda de dichos productos para los más obesos y desfavorecidos (Gustavsen y Rickertsen, 2005). Este tipo de medidas económicas responde a un incremento de los precios mucho más elevado en las últimas décadas en productos sanos como hortalizas o frutas que en productos elaborados o azúcares. Es decir, si la renta es un factor determinante en la prevalencia de la obesidad, es necesario el diseño de políticas económicas que promuevan hábitos saludables en los grupos de renta más baja. Sin embargo, en la literatura coexisten argumentos a favor y en contra de la efectividad de la imposición indirecta sobre el consumo de determinados alimentos, traduciéndose en la necesidad de estudios en España que cuantifiquen dicha elasticidad y proporcionen evidencia sobre la efectividad de dichas medidas.

España que cuantifiquen una estacionalidad y proporcionen evidencia sobre la efectividad de dichas medidas. Seguiremos atentos al posible éxito de las experiencias internacionales incipientes.

1. Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición. BOE, Núm. 160 Miércoles 6 de julio de 2011 Sec. I. Pág. 71283.

Referencias

Aranceta J, Serra-Majem LI, Foz-Sala M, Moreno B. Prevalencia de obesidad en España. *Med Clin*. 2005; 125: 460-6.

Ballesteros JM. “¿Cómo prevenir la obesidad? Una estrategia global. Estrategia NAOS: luces y sombras”. En: *Obesidad en el S.XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?* G. Varela y D. Silvestre (coord.), Madrid: International Marketing and Communication- 2009

Comisión Europea. Libro Blanco de la Comisión Europea: “Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad”. 2007

Gustavsen, GW, Rickertsen K. Public policies and the demand for carbonated soft drinks. Working paper for presentation at the XI Congress of the European Association of Agricultural Economists. Copenague, Dinamarca, Agosto 24 - 27 2005.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Perseo. Información disponible en <http://www.perseo.aesan.msp.es/>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Aladino. Información disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/16EED233-542B-4228-8B4C-F0D52457D4DD/164553/ALADINOpresentacinprensaV28062011.pdf>

OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical Report Series 894. Ginebra, Suiza. 2000.

OMS. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint FAO/WHO Expert consultation. WHO Technical report series 916. Ginebra, Suiza. 2003.

OMS. Overweight and obesity. Ginebra, Suiza. 2006.

PAIDOS'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Proyecto Universitario. Madrid: Jomagar 1985.

Robertson A, Lobstein T, Knai C. Obesity and socioeconomic groups in Europe: Evidence review and implications for action. 2007. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life.../ev20081028_rep_en.pdf

Serra Majem LI, Ribas Barba L, Aranceta Batrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Pena Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio EnKid (1998-2000)”. *Med Clin*, 2003; 121(19): 725-32.

Valera G, Silvestre D. “Introducción”. En: *Obesidad en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer?* G. Varela y D. Silvestre(coord.). Madrid: International Marketing and Communication. 2009.

Jaime Pinilla Domínguez

Presidente del Comité Científico de las XXXI Jornadas de la AES

Las XXXI Jornadas de Economía de la Salud celebradas en el área docente del nuevo Hospital Son Espases en Palma de Mallorca los días 4, 5 y 6 de mayo, tuvieron como lema “Sostenibilidad y bienestar: reflexiones sobre el futuro de las políticas sanitarias”. Las Jornadas contaron con la presencia de un buen número de ponentes invitados, así como con la presentación de numerosas comunicaciones orales y pósters. Este año, nuestras Jornadas han buscado mejorar el debate académico (esto es, fundamentado y argumentado), un valor añadido para todos los participantes. Por ello, se rescató la figura del discussant en las sesiones plenarias, al tiempo que en la mesa sobre co-pago sanitario se posibilitó la participación mediante un foro en la web, antes y después de la sesión, para sacar mayor provecho de la misma.



Como viene siendo habitual, el calentamiento previo para las Jornadas comienza con el Taller de la Fundación BBVA, este año bajo el título “La regresión discontinua para Economistas de la Salud”. Se propuso un taller muy aplicado en donde los asistentes pudieron hacer sus propias estimaciones de los modelos presentados. El Taller estuvo dirigido y organizado por **Marcos Vera** (University College, London) y contó con la comprometida participación como ponentes de **Carlos Dobkin** (University of California, Santa Cruz, EE.UU.) y **Michael Anderson** (University of California, Berkeley, EEUU). La satisfacción por lo bien que este taller ha funcionado, así como por el nivel y compromiso de los ponentes, nos confirman la estrategia seguida.

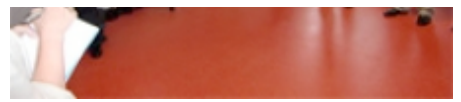
Las jornadas se iniciaron con la conferencia magistral del profesor **Jonathan Skinner** (Dartmouth College de Hanover, New Hampshire, EE.UU.), quien debatió sobre los límites y vías de financiación de los sistemas sanitarios, mostrándonos cómo los países que proveen tecnologías dudosamente efectivas, experimentan un mayor crecimiento del gasto sanitario. **Jose María Labeaga**, director del Instituto de Estudios Fiscales, actuó de discussant del profesor Skinner. La brillante actuación de Jose María consiguió acercar el trabajo del profesor Skinner a la realidad de nuestro sistema sanitario, coincidiendo con el ponente en que la tecnología no es por sí misma la que incrementa el gasto sanitario, sino la intensidad con la que se usa, especialmente, la que no añade valor y aumenta los costes. A continuación tuvieron lugar las primeras dos mesas de ponencias. La primera titulada “Perspectivas de la evaluación económica en Estados Unidos, Reino Unido y España” coordinada y moderada por **Carlos Campillo** (Ib-Salut, Palma de Mallorca). La baja a última hora de uno de los ponentes, **Christopher McCabe**, no restó interés a la mesa. El compromiso del resto de ponentes, **Gregory de Lissovoy** (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, EE.UU.) y **José María Abellán** (Universidad de Murcia) más la genial incorporación de **Ricard Meneu** (Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia) como tercer espada captó rápidamente el interés de los asistentes. La segunda mesa de ponencias tuvo como título “El rol de la enfermería en un futuro sostenible en salud”, coordinada por Ana Rico (Instituto de Salud Carlos III, Madrid) y moderada por **Vicente Ortún** (Universitat Pompeu Fabra). La sala se llenó de batas blancas, prueba del interés del personal del hospital por las cuestiones tratadas. En la mesa intervinieron, **Patricia Gómez** (Ib-Salut de Palma), **Ramón Camaño** (Universidad de Valencia) y Maribel Pasarín (Universitat Pompeu Fabra). El desarrollo profesional en la enfermería fue el eje principal del debate, aunque también se trató su aportación a la toma de decisiones estratégicas, sin olvidar su importante papel en las políticas pro-equidad.



Las mesas de ponencias anteriores se simultanearon con mesas de comunicaciones que abordaron temas como las “desigualdades y equidad en salud”, “farmacia y gasto farmacéutico”, y “gasto sanitario y financiación de la sanidad”. La pausa para el almuerzo coincidió con la presentación de los pósters. Cinco sesiones distribuidas en dos franjas horarias. Este año se optó por exponer los trabajos mediante paneles electrónicos. Las sesiones fueron



muy animadas, con gran número de interesados en cada una de las presentaciones.



La sesión de la tarde del miércoles contó también con dos excepcionales mesas de ponencias. Carlos Campillo daba continuidad a la mesa de evaluación de la mañana, proponiendo la mesa titulada “Desinversión en salud: una cara oculta de la regulación”; en la misma, los ponentes Gregory de Lissovoy, **José Expósito** (Plan Integral de Oncología, Andalucía) y Enrique Bernal (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), aclararon que el término “desinversión en salud” se puede entender como invertir sólo en aquello que añade valor a la salud de los individuos. En el tiempo final de discusión de la mesa, los ponentes coincidieron que el futuro de la toma de decisiones sanitarias no es lo que haces, sino lo que no haces. La segunda mesa de ponencias se dedicó a una temática consolidada desde hace algunos años en nuestras Jornadas. Bajo el título “Métodos Cuantitativos aplicados a la economía de la salud” **Mireia Jofre** (City University, Londres), coordinadora y moderadora de la mesa, supo reunir un potente plantel de investigadores a los cuales, aunque en temáticas muy dispares, les une la sofisticación de las técnicas estadísticas y econométricas empleadas. En la mesa participaron **Andrew Street** (University of York), **Juan Moreno-Ternero** (Universidad Pablo de Olavide) y **Carmen Armero** (Universidad de Valencia). Como ocurrió en las sesiones de la mañana, las anteriores mesas de ponencias se simultanearon con interesantes mesas de comunicaciones orales centradas en “la demanda y utilización de servicios sanitarios”, “estilos de vida y valoración de estados de salud” y “gestión e innovación en centros sanitarios”.

Las sesiones de mañana del segundo día de Jornadas comenzaron con dos interesantísimas mesas de ponencias. La primera mesa “Equidad en salud: situación actual y algunos retos de futuro”, se ocupó de la equidad en salud,, su conceptualización, metodología, aplicabilidad y por supuesto, sus limitaciones. Las aportaciones de **AKi Tsuchiya** (University of Sheffield, Reino Unido), **Idelfonso Hernández** (Universidad Miguel Hernández, Alicante) y **Cristina Hernández Quevedo** (European Observatory on Health Systems and Policies, Reino Unido) a esta sesión, moderada y coordinada por **Ignacio Abasolo Alessón** (Universidad de La Laguna), ofrecieron a los asistentes una panorámica útil y completa a las cuestiones tratadas. Paralelamente, en la segunda mesa de ponencias, **Anna García Altés** (Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Barcelona) moderaba la mesa titulada “Salud y web 2.0: experiencias y nuevos instrumentos”, con la participación de **Rafael Bravo** (Médico de familia, autor del Blog Pimum non nocere) **Milagros Pérez Oliva** (Defensora del lector en el periódico el País) y **Juan Fernández García** (Director del área eHealth y salud 2.0 del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona). Salud 2.0 es un nuevo concepto que defiende una visión integral e innovadora del modelo de sanidad. Los ponentes resaltaron la importancia de nuevos sistemas de información diseñados para interactuar de forma sencilla, herramientas pensadas para ser usadas por los profesionales sanitarios, gestores y ciudadanos.

En el segundo día de las Jornadas, la conferencia magistral corrió a cargo de **Bo Rothstein** (University of Gothenburg, Suecia). El professor Rothstein nos presentó su trabajo “Health, corruption, trust and the welfare state: a causal mechanisms approach”. Tras un repaso por los diferentes tipos de gobiernos y la percepción sobre la corrupción en los mismos por parte de los ciudadanos, la conferencia nos animó a reflexionar sobre la capacidad de las instituciones y normas reguladoras para garantizar el bienestar social. Debido a problemas de salud no pudimos contar con **Ana Rico** como discussant en la sesión. A última hora la generosidad de **Mireia Jofre**, quién se ofreció a sustituir a Ana, nos permitió animar el debate, ¡chapó! por Mireia.



Después de las abarrotadas mesas de comunicaciones (Desigualdades y equidad en salud, Evaluación económica y tecnologías sanitarias, y Variabilidad y adecuación a la práctica clínica), llegaron las sesiones de pósters. El impulso que supieron darle los miembros locales a estas sesiones, bien con su participación o por su labor como moderadores ha sido la razón principal del éxito de muchas de las mesas. Nos queda claro que en Palma hay un núcleo de Economía de la Salud sin duda relevante.

Tras el café tocaba seguir trabajando. La oferta era variada; de nuevo coincidían mesas de comunicaciones (Demanda y utilización de servicios sanitarios, Dependencia y deterioro de la salud y Evaluación económica de las tecnologías sanitarias), con tres mesas de ponencias. La primera, bajo el título “Nuevas formas de contratación y de organización de los profesionales de Atención Primaria” y coordinada por **Caspar Tamborero** (Servei de Salut de les Illes Balears

de los profesionales de Atención Primaria y coordinada por Gaspar Tamborero (Servici de Salut de les Illes Balears, Palma de Mallorca), atrajo a un importante número de asistentes interesados en la gestión sanitaria. La mesa contó con la participación de **Albert Planes**, (Institut Català de la Salut y SemFYC), **Joan Gené** (ConSORCI d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, Institut Català de la Salut) y **Mariano Guerrero** (Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, Alicante). Simultáneamente en otra sala, la perspectiva y temática se tornó más académica, se hablaba de "Nueva financiación autonómica y gasto sanitario: desenmascarando tópicos" mesa coordinada por **Ignacio Abásolo Alessón**, que contó con la participación de **David Cantarero** (Universidad de Cantabria), **Rosa Urbanos** (Universidad Complutense, Madrid) y **Joan Rosselló** (Universitat de les Illes Balears, Govern Balear).

Pero sin duda alguna, el colofón al duro día de trabajo lo puso la mesa redonda organizada en colaboración con SESPAS y titulada "La contribución de la salud pública a la racionalización sanitaria: posibilidades y limitaciones". El primero de los ponentes, **Miquel Porta** (Universitat Autònoma de Barcelona) agradecía el frenazo en seco al populismo político en materia sanitaria, que ha supuesto la actual situación de crisis económica. "Hasta ahora, muchos de los políticos desarrollaban políticas sanitarias rivalizando con sus vecinos regionales; esta situación ha llevado a que se hayan implementado una gran cantidad de iniciativas que carecen de una eficacia contrastada". "La crisis económica está ayudando a que se dejen de hacer muchos gastos inútiles que no reportaban ningún beneficio, ni para los pacientes ni para el propio sistema". Por su parte, **Juli Fuster** (Director general de Planificación y Financiación de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno Balear y presidente del Comité Organizador de las Jornadas), insistió en que "hay que trabajar para mantener y mejorar los resultados en salud y satisfacción de los pacientes del sistema sanitario, pero de una manera acorde con los ingresos de que se dispone en cada momento; además, hay que hacer hincapié en las medidas para fomentar la eficiencia y el beneficio social". La mesa de ponencias se completó con la magistral puesta en escena de **Ricard Meneu**, en su animada presentación supo buscar la discusión con los otros ponentes y como no, con el resto de la sala, en donde se contó con la presencia de **Andreu Segura**, presidente de SESPAS.



Llegó la mañana del viernes y pese a varios días de maratónicas sesiones, más la fabulosa fiesta/cena de clausura de la noche anterior, todavía quedaban algunos platos fuertes. No era para menos; a media mañana comenzaba la esperada mesa debate sobre el copago sanitario. Está claro que para el correcto discurrir de la mesa hacía falta establecer unas reglas del juego que garantizaran la limpieza del debate, su calidad, y la igualdad de condiciones de los participantes, y de ello se encargaron **Guillem López** (Universitat Pompeu Fabra) como moderador y **Enrique Bernal**, coordinador de la mesa. Los ponentes pusieron de relieve sus distintos puntos de vista a

favor y en contra del copago de los servicios de salud, con sus respectivas argumentaciones, contraponiendo puntos de vista, aportando dosis justas de concepción teórica, ideología, y pragmatismo. En su intervención, **José Ramón Repullo** (Instituto de Salud Carlos III) puso de relieve que "el copago no está dentro de los responsables políticos, ejecutivo y legislativo. Sin embargo, sí está en la agenda de responsables financieros o gestores: domina más la preocupación recaudatoria que la del riesgo moral". Por su parte, **José Luis Pinto** (Universidad Pablo Olavide, Sevilla) se posicionó a favor del copago. "El Sistema Nacional de Salud es un seguro. Todo seguro ofrece la posibilidad de consumo innecesario. Existe evidencia de que el consumo de servicios sanitarios tiene elasticidad positiva; esto es, existe riesgo moral. Ante esta evidencia, el seguro se defiende con la participación del usuario en el coste, copago".

El tercer ponente, **Pablo Vázquez** (FEDEA, Universidad Complutense de Madrid) expuso con gráficos y datos la situación de España en lo que respecta a la frecuentación, satisfacción, gasto, etc., en comparación con otros países europeos. Además señaló que "más de la mitad de dichos países europeos disponen, mediante distintas fórmulas, de mecanismos de corresponsabilidad asistencial y farmacéutica".

Las Jornadas concluyeron con la entrega de premios y becas.

Premio a la mejor Comunicación Oral:

Ex-Aequo

N García-Agua Soler; AJ García Ruiz; F Martos Crespo; D Moreno Sanjuan; L Pérez Costillas

"Coste-utilidad de los antipsicóticos usados en España para el tratamiento de las recaídas en esquizofrenia"

I Ferreros Villar; J Libroero; R Pérez; G Sanfélix-Gimeno; S Peiró

"La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la Comunidad Valenciana. Audit a partir de la combinación de sistemas de información"

Premio a la mejor Comunicación Gráfica:

Ex-Aequo

MJ Pueyo

"Diferencias en las necesidades, uso de servicios sanitarios y resultados de salud según nivel educativo"

M González-Álvarez

"Costes de la asistencia sanitaria asociados al estrés laboral"

Premio a mejor artículo en Economía de la Salud:

Javier Mar, Arantzas Arrospide, Mercè Comas, por su trabajo "Budget Impact Analysis of Thrombolysis for Stroke in Spain: A Discrete Event Simulation Model." Value in Health 13 (2010) 69-76.

Beca Bayer de Investigación en Economía y Salud:

Cristina Hernández Quevedo, Dolores Jiménez Rubio, Joan Costa Font

"¿Son las Interacciones sociales y personales responsables de las desigualdades socioeconómicas en prevención?"

Y a continuación la interesantísima conferencia de clausura a cargo de **Guillem López** con **Beatriz González** (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) en la labor de discussant. Los datos y argumentos del profesor López-Casasnovas dibujaron un panorama poco halagüeño, pero bastante realista. La sociedad demanda políticas públicas más expeditivas, como herramientas para acabar definitivamente con prácticas poco aconsejables como el consumo inapropiado de recursos sanitarios y la trivialización de la Medicina y de los riesgos inherentes a su práctica.

A lo largo de toda esta crónica el lector habrá comprobado que, como responsable del comité científico, me quedo muy satisfecho de lo acontecido en estas Jornadas y, por supuesto, muy agradecido a todos los participantes y en especial a los componentes del comité científico y organizador. Muchas gracias a todos y enhorabuena.

Crónica Comité Organizador XXXI Jornadas AES

Juli Fuster

Presidente Comité Organizador XXXI Jornadas de AES

Cuando desde la dirección de AES se nos sugirió la posibilidad de organizar la XXXI edición de las jornadas en nuestra ciudad, Palma de Mallorca, en este año 2011, tuvimos todo un cúmulo de sensaciones. En primer lugar, una enorme satisfacción por la posibilidad que se nos ofrecía de poder convocar, de nuevo en Palma, este importante evento y reunir en él a las personas que mejor analizan y conocen la realidad económica de nuestro sistema sanitario. En segundo lugar, las dudas lógicas sobre si seríamos capaces de estar a la altura de las jornadas predecesoras y, en último lugar, muchas dudas acerca de la viabilidad de estas jornadas en época de acuciante crisis económica (lo que auguraba dificultades de financiación), de temporada electoral y de múltiples eventos paralelos, a los que concurre parte del mismo público.

Aceptamos el envite, constituimos un comité organizador, ilusionado y con muchas ganas que estas jornadas fueran un éxito y... nos pusimos manos a la obra. Dirigimos nuestros esfuerzos en primer lugar a obtener la mejor financiación posible y, en segundo lugar, a obtener los mejores precios posibles, y esto a veces no es fácil en nuestra isla en que todo es por norma un porcentaje más caro que la media nacional. Paralelamente contactamos con el Comité Científico, liderado por Jaime Pinilla, con quien fue siempre muy fácil trabajar y acordar rápidamente lemas, contenidos, mesas y ponentes. Un agradecimiento, por tanto, desde estas líneas para Jaime y todo el Comité Científico. Contactamos también con Juan Oliva y toda la junta de AES, con quien alcanzamos un grado de entendimiento total y además nos prestaron toda su colaboración para resolver dudas y ayudar en los momentos en que más lo necesitábamos. Nuestro agradecimiento también a Juan y toda la Junta.

Hoy podemos manifestar nuestra satisfacción por el resultado obtenido. Estamos convencidos que las jornadas

alcanzaron un nivel muy alto que creo que queda demostrado al comprobar el elevado nivel de asistencia a la totalidad de las mesas, incluso a la presentaciones de posters, lo que provocó que las salas resultaran incluso algo justas en algunas momentos. El emplazamiento donde tuvieron lugar las Jornadas, el nuevo Hospital de Son Espases, abierto tan solo unos pocos meses antes, cumplió a la perfección su cometido; nos ofreció unos espacios acogedores y bien dotados tecnológicamente y permitió, además, que buena parte de ponentes y asistentes realizaran visitas guiadas, aspecto que vino a complementar el programa. Nuestro agradecimiento también a Luis Carretero y a todo el equipo directivo y técnico del hospital por su buen hacer y su elevada disponibilidad.

No podemos estar más que satisfechos cuando analizamos los números. Nuestras Jornadas contaron con la presencia de más de 400 personas inscritas, lo que demuestra el interés que despiertan los temas económico sanitarios liderados por nuestra Asociación; se presentaron más de 200 comunicaciones orales y posters, lo que obligó al Comité Científico a emplearse a fondo para escoger las mejores; participaron un total de 37 ponentes de primer nivel y, 8 de ellos de nacionalidad no española, lo que también demuestra el grado de repercusión a nivel internacional que nuestra Asociación consigue e incrementa año tras año. Nuestro agradecimiento también a todos ellos, tanto a los que presentaron, por el elevado nivel de sus trabajos, como a los asistentes, por el entusiasmo manifestado a lo largo de las jornadas.

Finalmente, en el capítulo económico que tanto nos hizo sufrir al principio, gran satisfacción por cuanto, a falta de cierre definitivo, parece que habremos conseguido superávit. Si tenemos en cuenta que no nos privamos de nada, ni en transporte, ni en cena de gala, ni en nada de lo que se nos solicitó, pensamos que nuestra primera premisa, ser eficientes, se ha cumplido con creces. Nuestro agradecimiento, por tanto, a todos los que han posibilitado este éxito, instituciones y sobre todo a la industria farmacéutica que, a pesar de estar en esta época de vacas flacas que nos ha tocado vivir, no dudaron en dar soporte, lo que todavía les otorga mayor mérito.

Queremos también desde estas líneas ofrecer toda nuestra colaboración a los compañeros de Bilbao, próximos organizadores de nuestras Jornadas, con el convencimiento de que serán un éxito asegurado.

Tesis

Incorporating external effects in economic evaluation: the case of smoking



Marta Trapero-Bertran

Tesis defendida el día 12 de abril de 2011 en el Health Economics Research Group (HERG), Brunel University (Reino Unido), dirigida por los catedráticos Julia Fox-Rushby y Martin Buxton. La tesis obtuvo el grado de PhD. Tribunal: Christine Godfrey (University of York, Reino Unido), Alec Miners (London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido) y Joanne Lord (Brunel University, Reino Unido). Email: Marta.Trapero-Bertran@brunel.ac.uk

Incorporating external effects in economic evaluation: the case of smoking

La evaluación de las intervenciones de salud pública plantean desafíos metodológicos, ya que estas intervenciones generan costes y beneficios muy extensos dirigidos frecuentemente a poblaciones o comunidades en vez de a individuos específicos. Los costes y beneficios de las decisiones individuales que recaen sobre la población en general se definen como “efectos externos”, pero hasta la fecha, los efectos externos han sido raramente incorporados en las evaluaciones económicas de las intervenciones de salud pública. Esto puede deberse a la escasez de métodos para medir y valorar los efectos externos. En el contexto del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), en el Reino Unido, hay una laguna de conocimiento correspondiente entre las recomendaciones metodológicas sobre la

el Reino Unido, hay una laguna de conocimiento sorprendente entre las recomendaciones metodológicas sobre la importancia de adoptar una perspectiva amplia al considerar costes y beneficios y la práctica actual y habitual en la cual se basan las recomendaciones políticas.

Los efectos externos han sido estudiados extensamente en la teoría económica e investigados en otras disciplinas diferentes de la salud (por ejemplo, transportes, medioambiente, etc). Ignorar los efectos externos nos puede llevar a una provisión ineficiente de los programas de salud pública, ya que los costes sociales (o beneficios) en los que se incurre en este tipo de programas son mayores o menores que los costes o beneficios privados.

Los programas para dejar de fumar son un buen ejemplo de intervención en salud pública para los que existen datos epidemiológicos y evidencia clínica de los efectos externos generados. Los efectos externos existen tanto por el lado del consumo (por ejemplo, el fumador pasivo, fumar durante el embarazo, o la transmisión del comportamiento de fumar), como por el lado de la producción (por ejemplo, el empleo generado por el cultivo del tabaco o la contribución de la industria tabaquera a la economía de países no industrializados).

El objetivo de esta tesis doctoral es cuantificar y comparar la magnitud de los efectos externos, en términos de costes y años de vida ajustados por calidad (AVACs), y su impacto en una evaluación económica ya existente, la cual informe el proceso de decisión de las intervenciones de salud pública, utilizando los programas para dejar de fumar como ejemplo. Aunque existe evidencia de la relevancia de los efectos externos relacionados con el tabaco, no se ha dedicado atención a su incorporación en la evaluación económica de los programas de deshabituación tabáquica. Se pueden anticipar diferentes beneficios asociados a la incorporación de los efectos externos en la evaluación económica en general: a) proveerá recomendaciones acerca de los métodos a utilizar en evaluación económica y en el proceso de toma de decisiones; b) ayudará al desarrollo de la práctica de medida y valoración de los efectos externos en el sector salud; y, c) abrirá las puertas a una nueva área de investigación en métodos para las intervenciones de salud pública.

A lo largo de la tesis, se incorporan tres efectos externos (tabaquismo pasivo, consumo de tabaco durante el embarazo y transmisión del comportamiento de los fumadores) a una evaluación económica de programas para dejar de fumar que ha influido en la toma de decisiones en el Reino Unido (Flack et al, 2007). Los dos primeros efectos externos citados han sido incorporados mediante el uso de una modelización estática (modelo de Markov); en cambio, para la transmisión del comportamiento de fumar se ha utilizado un modelo dinámico. Los datos disponibles para incorporar estos tres efectos externos únicamente se han encontrado en el contexto del hogar. Esta suposición se considera adecuada ya que desde la aprobación de la ley que prohibía fumar en lugares públicos, el consumo de tabaco en el hogar se considera la principal fuente de efectos externos.

El primer paso de esta tesis es hacer una revisión sistemática de los métodos de medición y valoración de los efectos externos en nueve disciplinas diferentes, con larga tradición en la incorporación de los efectos externos en la evaluación de programas públicos. De esta revisión se concluye que la decisión de medir un efecto externo en concreto está basada principalmente en la disponibilidad de datos o en los objetivos del estudio. Por otra parte, se encuentra que el método de evaluación más utilizado ha sido el análisis coste-beneficio, informado por los métodos de valoración contingente (por ejemplo, estudios de disponibilidad a pagar) y la literatura amplia que daría soporte a capturar los costes y beneficios intersectoriales e intrasectoriales que recaen sobre la población. NICE recomienda el uso del análisis coste-efectividad como el análisis primario en que basar las decisiones, y el coste-beneficio como el análisis secundario (NICE, 2009), ya que existe cierta incertidumbre acerca de la definición de los criterios para informar el proceso de toma de decisiones. Como esta tesis pretende informar el proceso de decisión de NICE, los análisis coste-efectividad y coste-utilidad se utilizan como los métodos de análisis y valoración de los efectos externos.

El segundo paso fue llevar a cabo la réplica de la evaluación económica utilizada para informar el proceso de decisión de NICE de programas de deshabituación tabáquica, la cual no incorporaba ningún efecto externo. En la tesis se demuestra que la réplica de dicha evaluación económica está realizada de manera adecuada. Sin embargo, a lo largo del proceso de réplica de esta evaluación, surgen ciertas dudas acerca de algunos de los datos primarios utilizados y de ciertas transformaciones necesarias en los datos que me plantean hacer ligeras adaptaciones a la réplica del modelo, y, por lo tanto, basar los modelos posteriores de la tesis, en una réplica de la evaluación de Flack et al (2007) pero que incluye ciertos cambios considerados necesarios para la correcta consecución de una evaluación económica de calidad.

El primer efecto externo que se incorpora en la evaluación económica de las intervenciones para dejar de fumar mediante un modelo de Markov es el tabaquismo pasivo. Se incorporan a la evaluación económica los efectos en salud y los costes correspondientes generados por los fumadores a los fumadores pasivos adultos y niños. En los adultos, los efectos en salud que se incorporan son los episodios de cáncer de pulmón y de enfermedad coronaria causados por el tabaquismo pasivo. En los niños, los efectos en salud que se incorporan son los episodios de asma, tos, resollado, otitis media aguda y otitis media con efusión. Cuando se incorpora el efecto total de adultos y niños fumadores pasivos en la evaluación económica, la intervención más coste-efectiva (parche de nicotina más consulta al farmacéutico más terapia conductual) produce un beneficio monetario neto adicional de £1192,46, ahorrando al sistema de salud £82,20 por adulto que deje de fumar y ganando 0,0555 AVACs por adulto.

El segundo efecto externo que se incorpora en la evaluación económica mediante un modelo estático es el impacto en la salud de los bebés cuando las madres fuman durante el embarazo. Este efecto se mide mediante los episodios de bajo peso de los recién nacidos, y el síndrome de la muerte súbita. En este caso, la intervención más coste efectiva en mujeres embarazadas para dejar de fumar (consejos de la comadrona) produce un beneficio monetario neto adicional de £2344,77, ahorrando £55,94 por mujer embarazada que deje de fumar y ganando 0,1144 AVACs por mujer embarazada.

El tercer y último efecto externo que se incorpora en la evaluación económica es la transmisión del comportamiento de fumar. Este efecto se captura mediante un modelo compuesto por dos cohortes: una cohorte de fumadores y una cohorte de fumadores pasivos generada por la cohorte de fumadores. De esta manera se simula un modelo dinámico pero preservando la estructura estática de los anteriores modelos, lo que permite una comparación aproximada de los resultados de la incorporación de los tres efectos externos. En este caso, el beneficio monetario neto adicional es de entre £6000 y £7000 por adulto que deje de fumar.

Hasta la fecha, los programas de dejar de fumar han aparecido mayoritariamente como intervenciones muy coste-efectivas. Cuando se incorporan efectos externos como el tabaquismo pasivo, el consumo de tabaco durante el embarazo o la transmisión del comportamiento de los fumadores no cambian el ranking ni el orden de los ratio coste-efectividad incremental (RCEI) de los diferentes programas que se comparan. Sin embargo, hay un claro impacto en los costes y los AVACs. Las recomendaciones que se han hecho o se hacen en la toma de decisiones o recomendaciones de NICE no cambiarán en el caso de dejar de fumar porque son programas muy coste-efectivos. Sin embargo, otros programas de salud pública pueden estar más cerca del umbral de decisión de coste efectividad (entre £20.000 y £30.000 en el Reino Unido), con lo que en estos casos la incorporación de los efectos externos debería considerarse seriamente ya que podría tener un impacto en la toma de decisiones.

Esta tesis sugiere que la incorporación de efectos externos negativos en el lado de la producción, los cuales no han sido ni estudiados ni incorporados en esta tesis, pueden ser el único factor capaz de influir o cambiar el proceso de decisión en los programas de deshabituación tabáquica. Incorporar estos efectos externos relativos a la producción implicaría la necesidad de incorporar el impacto de beneficios o costes no relacionados con la salud, y por tanto, promocionar el uso del análisis coste-beneficio. De esta tesis también se desprende la idea que la adaptación de un modelo estático a un modelo dinámico construido con diferentes cohortes no es el mejor método para incorporar los efectos de la transmisión del comportamiento del fumador. Esto sugiere que un modelo discreto poblacional supondría una técnica más apropiada para incorporar este tipo de efectos externos, ya que nos permitiría modelizar las complejidades en las relaciones de la población.

Referencias:

Flack S, Taylor M, Trueman P. Cost-effectiveness of interventions for smoking cessation. NICE. Final Report. 2007

El uso de las revisiones sistemáticas como criterio de eficiencia en la toma de decisiones sanitarias: 2 ejemplos



Nuria García-Agua Soler

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.

Tesis doctoral defendida el 17 de diciembre de 2010 en el Departamento de Farmacología y Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Málaga, dirigida por el Dr. Antonio J García Ruiz y la Dra. M^a Luz González Álvarez, que obtuvo la calificación de Sobresaliente

Cum Laude. Tribunal: Dr. Francisco Triguero Ruiz (Secretario General de Universidades de la Junta de Andalucía), Dr. José Sánchez Maldonado (Catedrático de Hacienda Pública. Universidad de Málaga), Dra. Isabel Lucena González (Catedrática de Farmacología. Universidad de Málaga), Dra. Francisca Leiva Fernández (Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria), M^a del Puerto López del Amo (Profesora del Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada). E-Mail: nuriags@uma.es

El uso de las revisiones sistemáticas como criterio de eficiencia en la toma de decisiones sanitarias: 2 ejemplos.

En el medio sanitario existen múltiples alternativas para asignar los limitados recursos disponibles. La evaluación económica trata de conseguir que las personas responsables de la toma de decisiones sanitarias tengan toda la información relevante desde el punto de vista de la eficiencia. Una de las herramientas usadas en la toma de decisiones en salud es la elaboración de revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas, donde se realiza una síntesis estructurada y formal de la evidencia científica. Entre las ventajas del uso de las revisiones sistemáticas destacan el hecho de que facilita dimensionar el problema y decidir cuáles son los factores claves del mismo, con objeto de determinar cuál es el estudio más relevante y poder contrastar su validez interna y externa, así como comprender los determinantes económicos ante una decisión. Los factores que las hacen poco atractivas son múltiples: la falta de estándares metodológicos, la importancia del contexto temporal en la toma de decisiones, el uso de datos de coste-eficacia y no coste-efectividad, la variabilidad de la utilidad y, especialmente, la variabilidad de costes unitarios y de recursos utilizados en cada situación.

En esta tesis doctoral se ejemplifica el uso de las revisiones sistemáticas para la obtención de conclusiones que ayuden a la toma de decisiones en el ámbito sanitario de los principales medicamentos comercializados en España en dos de las patologías más predominantes: la osteoporosis posmenopáusica y la diabetes mellitus tipo 2 (en concreto, la tercera línea de tratamiento).

La metodología consiste en la realización de revisiones sistemáticas de la literatura relativa a las evaluaciones económicas en bases de datos sanitarios de alta evidencia científica de los medicamentos usados en una patología concreta. Tras la selección de los artículos en función de los criterios de inclusión y exclusión fijados, se procede a la extracción de datos de interés (características de los estudios, comparación y medidas de efectividad, modelos y costes, características técnicas, resultados, conclusiones y conflictos de intereses) de cada uno de los artículos y a un análisis completo por principio activo, para posteriormente proceder a la obtención de conclusiones y recomendaciones para una adecuada toma de decisiones.

En el caso de la revisión sistemática de la osteoporosis posmenopáusica, los principios activos a evaluar fueron: alendronato, etidronato, risedronato, raloxifeno, ranelato de estroncio y teriparatida. Y en el caso de la revisión sistemática de la diabetes mellitus tipo 2, los principios activos a evaluar fueron: pioglitazona, rosiglitazona, sitagliptina, vildagliptina, exenatida, insulina glargina e insulina detemir, usados como tercera línea de tratamiento tras el fracaso de la primera (dieta y ejercicio) y la segunda línea (metformina).

Las conclusiones obtenidas fueron a 3 niveles:

A. Sobre el uso de revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas como criterio de eficiencia:

1. Las revisiones sistemáticas son una herramienta adecuada como criterio de eficiencia en la toma de decisiones siempre que se logre alcanzar un consenso nacional - aunque lo ideal sería internacional - sobre la metodología en la elaboración de evaluaciones económicas, y sobre todo, fomentar la expresión de los resultados como variables finales, preferiblemente en años de vida ajustados por calidad.

2. Las evaluaciones económicas estudiadas muestran en muchos casos un posible “sesgo de financiación”, pero ello no las invalida científicamente. Ya que aunque la mayoría de los estudios estaban financiadas por la industria farmacéutica responsable del principio activo a evaluar sólo fueron aceptados para su inclusión en la revisión aquellas publicadas en revistas indexadas en el Journal Citation Report.

B. Revisión sistemática de evaluaciones económicas de los medicamentos comercializados en España para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica:

1. Las evaluaciones económicas de los medicamentos usados en la osteoporosis postmenopáusica muestran que son costo efectivas en poblaciones con factores de riesgo importantes: edad alta, densidad ósea baja e historia de fractura previa. La efectividad se va perdiendo, a medida que los factores de riesgo son menores. Con los datos actuales, es difícil definir claramente cuál es el punto de corte en la edad a partir de la cual se debe comenzar el tratamiento.

2. Con los datos actuales, los bifosfonatos muestran un mejor perfil farmacoeconómico que el resto y, dentro de ellos, el alendronato, debido a la entrada de genéricos, es el que muestra una mejor relación coste-efectividad (más costo efectivo).

C. Revisión sistemática de evaluaciones económicas de los nuevos medicamentos para el control de la glucosa comercializados en España para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2:

1. Todos los tratamientos usados para el control de la diabetes mellitus tipo 2, comparados con placebo, resultaron ser costo efectivos para una disposición a pagar de 30.000 euros por año de vida ganado ajustado por calidad.

2. La metformina es, dentro de las medidas farmacológicas, la más costo-efectiva y, por tanto, debe administrarse a todos los pacientes (segunda línea de tratamiento) que no se controlen con los cambios en el estilo de vida (primera línea de tratamiento). Los antidiabéticos orales de segunda generación muestran un buen perfil de costo efectividad, pero muy inferior a metformina, por lo que deben usarse como complemento y no como alternativa a ella. En los casos en los que los pacientes no pudieron ser controlados con terapia oral, se opta por pasar a terapia parenteral.

Nota de la autora: *Ambas revisiones sistemáticas fueron trabajos realizados mediante un contrato entre la Comissió d’Avaluació Econòmica i d’Impacte Pressupostari (CAEIP) y la Universitat Pompeu Fabra a través del Centre de Recerca en Economia de la Salut (CRES). A partir de los resultados obtenidos en las revisiones el Catsalut elaboró unos dictámenes con las recomendaciones más eficientes de los tratamientos farmacológicos de cada una de las patologías evaluadas.*

Con acuse de recibo

In Memoriam: Concha Colomer en el recuerdo

Andreu Segura

Socio de AES y Presidente de la Junta Directiva de SESPAS

Adaptado de la intervención en el homenaje a Concha Colomer celebrado en el salón de actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad, Política Social y Equidad en Madrid el 29 de junio de 2011. Revisado y corregido por Julia Garrusta. Procede la eximente habitual.

Concha Colomer Revuelta dirigía el observatorio de salud de las mujeres en la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, donde llevaba unos años trabajando.

Me dijeron que Concha se encontraba mal el pasado cinco de abril por la tarde. Le mandé un SMS que me contestó desde el hospital. La madrugada del día nueve de abril Carlos Álvarez nos daba la noticia de su muerte. Recordé a Miguel Hernández llorando el manotazo duro, el golpe helado, el hachazo invisible y el empujón brutal que había derribado definitivamente a su amigo Ramón Sijé a quien requería a las aladas almas de las rosas para hablar de

venido definitivamente a su amigo Ramón Sije, a quien recuerda a las aradas almas de las rosas para hablar de muchas cosas...

Reconozco a Concha en los recuerdos que reconstruyo al evocarlos, la suave sensación del tacto de sus manos, el eco de su voz en las ponderadas y verosímiles explicaciones sobre los procesos de la salud, la discreción que apenas permitía vislumbrar las firmes convicciones con las que se pertrechaba para afrontar las perplejidades de la vida.

Nos conocimos en Amherst, Massachussets, el mes de agosto de 1982. En la misma residencia de la Universidad donde, decía estos días el periódico, compartieron habitación en sus años mozos Yorgos Papandreu y Antonis Samarás, los líderes del gobierno y la oposición de Grecia. Aunque mi compañero de habitación era Miquel Porta, Concha y yo compartimos anhelos y esperanzas, y más tarde algunas emociones, como la que nos procuró Iza, la mujer neandertal que cargaba un cuévano de piel de nutria para transportar sus hierbas sanadoras, quien con la discreta complicidad de su hermano Creb, anciano tullido de más de treinta años, acogió a la pequeña Ayla, una cromañón abandonada a su suerte luego de un terremoto que disgregó la banda de sapiens de la que procedía, personajes del clan del oso cavernario.

Una historia de ficción que hacía correr mi imaginación en pos de verosímiles conjeturas sobre el origen mismo de la medicina, tal vez el oficio -como especialización- más antiguo de los seres humanos o por ser más preciso, de las humanas, porque serían las mujeres quienes llevaran a cabo las actividades precursoras de la profesión, como ayudar a dar a luz, por ejemplo. Una asistencia que es probable comportara alguna ventaja evolutiva, puesto que nuestras pelvis son más estrechas que las de los simios, de modo que la probabilidad de sobrevivir hasta la edad reproductiva bien podría ser mayor con tal concurso.

Aunque no solo se trataría de la obstetricia; sino también de puericultura y pediatría -que Concha conocía bien, no en vano fue pediatra antes que salubrista, y también hija y hermana de pediatras- y, ya puestos, de algo parecido a la medicina familiar y comunitaria, pongamos medicina del clan y la tribu. Junto a la disposición a cuidar - a las parturientas, a los niños y por extensión a indispuestos, lesionados y moribundos- a las hembras de los homínidos se les supone, tradicionalmente, una particular destreza en la recolección de vegetales, ora nutritivos, ora terapéuticos.

Una hipotética muestra de la existencia de la división sexual del trabajo en la prehistoria de la humanidad, objeto de recurrentes polémicas entre nosotros, acerca, claro está, de la preeminencia de los factores biológicos sobre los culturales o viceversa. No hace falta insistir en la preferencia de Concha, que, obviamente, se decantaba por escoger entre sus objetivos aquellos factores que permiten establecer una estrategia comprensible de transformación, como por ejemplo, los políticos; frente a otros que, al menos hasta ahora, se han mostrado inasequibles y a menudo más bien disuasorios de planes correctores, digamos los genéticos. Concha buscaba la emancipación, no solo sexual sino de género, no solo de las mujeres, sino de todos. Pero tenía muy claro que era lo primero; de ahí la puesta en marcha de la estrategia de detección de la violencia contra las mujeres en la asistencia sanitaria, uno de sus últimos logros.

En nombre propio, pero también de SESPAS, agradezco la contribución de Concha Colomer al desarrollo de la salud pública española en general y en particular a los trabajos de la sociedad, fuera presidiendo el comité científico del congreso de 2001 en Zaragoza, impulsando el grupo de trabajo de género que hoy está integrado en el CIBERESP o escribiendo excelentes artículos entre los que destacaría el titulado “¿Techos de cristal y escaleras resbaladizas” firmado con Rosana Peiró, o el que compartió con Carmen Casanova y Bárbara Starfield, sobre “Hospitalizaciones pediátricas debidas a condiciones tratables ambulatoriamente en Valencia”.

Referencia que bien vale como recuerdo también póstumo a Bárbara, fallecida el pasado 10 de junio, en California. Concha y Bárbara eran pediatras y optaron por la salud pública. Ambas fueron sensibles a los efectos adversos de la medicina y la salud pública. Concha contribuyó apreciablemente a desarrollar la plausible política ministerial sobre la seguridad de los pacientes, una preocupación que Bárbara compartía, como atestigua su demoledora estimación, hasta ahora no desmentida, de la iatrogenia como tercera causa de muerte de los estadounidenses. Una aportación pertinente en estos tiempos de crisis económica en los que de nuevo tenemos la oportunidad de reorientar el sistema sanitario, reivindicación que ha cumplido ya veinticinco años desde que fuera proclamada en Ottawa.

Como tuve oportunidad de hacerlo en Gaceta Sanitaria, la mejor manera de corresponder a su postrer esfuerzo como presidenta del comité organizador del decimocuarto congreso de SESPAS y vigésimo novena reunión científica anual de la SEE, responsabilidad que ha recogido Francisco Babín, es fomentando la equidad y la salud en todas las políticas, el lema del evento que celebraremos en Madrid del 6 al 8 de octubre, propósito que diría que no es ajeno a los de todos los socios de AES.

Foro AES Mallorca 2011: ¿Quién está a favor del copago?



Guillem López i Casanovas
Catedrático de Economía Aplicada
Universitat Pompeu Fabra

En sus ganas de lubricar la reunión de AES con temas que suscitaran debate por el interés transversal que pudieran potencialmente alcanzar en la política sanitaria, mis amigos Kike y Jaime, doctores Bernal y Pinilla, respectivamente, me solicitaron que ayudara a configurar el foro, encauzar el debate y moderar la presentación en una mesa sobre copagos. Pillado en buena disposición, y tras hacer que valorasen ellos por sí mismos los pros y contras de tal desempeño, me convencieron de que era bueno para AES lo que IHEA ya incluía en los últimos congresos: debates polémicos a horas intempestivas para animar el cotarro y enganchar audiencia para presentaciones académicas más profundas.

Manos a la obra, subí al carro de los panelistas a los colegas José Luís Pinto, el economista de la salud español con mayor impacto de investigación internacional en la disciplina; Pablo Vázquez, director de FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada) y mi apuesta para futuro responsable de la política sanitaria; y José Ramón Repullo, que en aquellos momentos manejaba la trastienda del programa socialista del parlamentario y consejero madrileño de salud in pectore, que no fue, José Manuel Freire.

Todos ellos colaboraron aceptando someterse a un quinto grado que se mostró arduo y elusivo. Remití mis 'ex antes' en el tema y forcé la concreción en cuestiones muy precisas. Mis valoraciones previas fueron que los copagos en servicios públicos no son más que una modalidad de ingresos de la Administración. Nada que ver con precios privados, la privatización de los servicios, o un 'sálvese quien pueda' ante el racionamiento de la oferta asistencial. Impuestos, tasas y precios públicos son la tríada de los ingresos bajo tutela pública. En la universidad, al copago le llamamos tasas académicas. Y menos mal que existen, ya que en su ausencia, más regresiva sería aún nuestra educación superior.

Se trataba de analizar las consecuencias de reforzar nuestro sistema de salud -en lo que tiene de bueno- con más ingresos públicos, de manera que, a lo que no llega más recaudación por impuestos (no va a poder crecer la presión fiscal muchos puntos por encima de la presión de crecimiento del gasto sanitario), que lleguen los otros ingresos públicos. Por supuesto que hacía falta mejorar la eficiencia del gasto y priorizar mejor, tanto la sanidad dentro del gasto social como determinadas prestaciones dentro de la asistencia sanitaria. Y por supuesto, mejorar la recaudación persiguiendo el fraude fiscal y mejorando la justicia fiscal de nuestros impuestos. Pero llegados hasta el extremo de topar con la pared de la realidad, ¿en qué consideración debiéramos tener a la alternativa copago?

Por lo demás, se trataba de hacer compatibles los copagos con la idea de la universalidad. Universalidad no quiere decir todo para todos gratis (nada es gratis, efectivamente), sino que todo el mundo es 'elegible' en razón de su situación (de capacidad, necesidad relativa, efectividad potencial de las respuestas terapéuticas, y otras), y que la financiación pública es mayor o menor atendiendo a dichas pruebas o condicionantes. De modo que el copago puede ser universal, pero casi cero para determinados casos concretos, en la medida en que, dadas sus circunstancias, son elegibles para ello.

Valía la pena además separar del análisis las dos vertientes del copago. En efecto, éste no siempre es un elemento financiero. Como ticket moderador, su virtualidad puede ser que no recaude nada: que frene determinados consumos que hagan innecesario que el usuario tenga que aportar. Un copago evitable es eficiente y justo: ¿qué sentido puede tener sino que con impuestos más o menos regresivos, más o menos distorsionadores de la actividad económica, se sufrague lo innecesario? Los precios de referencia en medicamentos bien articulados son ejemplo inequívoco cuando

sangre lo innecesario. Los precios de referencia en medicamentos, bien articulados, son ejemplo inequívoco cuando

se dispone de un bioequivalente real y un genérico en el mercado frente a un fármaco de fantasía. En este sentido, el copago no es una cuestión de economistas: si los profesionales identifican lo que -ellos dicen- son los abusos que se pueden estar haciendo del sistema, y los políticos los quieren afrontar por el lado de la demanda (usuarios) y no de la oferta (disciplinando a prescriptores), los economistas podemos entonces ser útiles. Porque no es lo mismo -para los efectos deseados en cada caso- un copago fijo (dos euros por receta) que un porcentaje abierto sobre el coste total, aplicándolo de modo general o discriminadamente por tipo de servicios (por ejemplo, en prestaciones ordenadas según coste efectividad), con un deducible o franquicia, con o sin un límite máximo (stop loss se le denomina en países nórdicos para proteger gastos crónicos), según renta, ya resarcido por la vía de la deducción fiscal, reembolsado o con pago directo, etc. Digan por tanto los profesionales, si es el caso, dónde localizan despilfarros y ya intentaremos los economistas de la salud aplicar los antidotos correspondientes. Finalmente, una exclusión de una prestación (por tardanza en el suministro, por baja calidad, porque al ser todo gasto corriente no tenemos innovación, o por lo que sea), equivale a un copago del 100%. Mejor por tanto, quizás, una tasa pública tutelada que un precio privado, ya que en sociedades democráticas lo que no oferta el sector público no queda prohibido.

Reconocido todo lo anterior, y contra los entusiastas del copago, hace falta enfatizar aquí que una idea mal aplicada, acaba siendo una mala idea. Nuestro sistema puede que hoy necesite copagos, del mismo modo que necesita una priorización explícita de servicios en catálogo y un selectivismo más diligente con las situaciones de injusticia social.

Celebrado el debate, no cabía esperar por supuesto, consenso. En general, como anticipaba, en líneas generales, Pablo estuvo a favor, José Ramón en contra y, José Luís, balbuceante ante la eterna duda de cómo cruzar el puente entre la investigación en economía de la salud y la política sanitaria. Está claro que el copago tiene pros y contras. No sólo en la sanidad, sino en el conjunto de los servicios públicos. Pero la 'maldición de los economistas de la salud' es que nos fijamos más en unos que en otros...

Volviendo al debate y a la naturaleza de los argumentos. Según unos, el copago disuasorio no sólo no previene el abuso de los servicios públicos sino que ese abuso sencillamente no existe. Y tanto si existe como si no, penaliza con sesgo de renta. Pero esta constatación no puede configurar una prognosis que aspire a tener validez universal. Se trata de un tema empírico, de prácticas clínicas, de comportamiento de agentes varios. También hay que considerar, por ejemplo, sus efectos sobre la equidad, dependiendo, cuando menos, de las alternativas disponibles para cada cual en los diferentes sistemas. ¿Qué sentido tiene repetir resultados de otros países y épocas a contextos espaciales y temporales completamente diferentes? Claro que siempre se puede encontrar alguna evidencia al servicio de un perjuicio, pero éste no puede ser argumento de un economista de la salud.

Otros participantes en el debate argumentaron ejemplos de utilización inadecuada de algunos servicios, variabilidad de prácticas médicas, prescripción de medicamentos por parte de algunos profesionales que no atiende a razones de coste-efectividad para el erario, tecnologías extendidas fuera de protocolos de uso, prestaciones de efectividad dudosa... En fin. Pero aclarar dicho alcance es importante, ya que está en la base de la posible utilización del copago como ticket moderador. Es por ello que decíamos antes que el copago es 'cosa de médicos'.

En su vertiente recaudatoria, el copago es un ingreso público que puede coadyuvar al mantenimiento de los servicios públicos donde no alcancen los impuestos. Y ello se inscribe en una fiscalidad cada vez más dual en lo que concierne a sus aspectos tributarios y en la que gana peso la imposición indirecta (regresiva) y, dentro de la directa, con una fiscalidad sobre el capital menor que sobre el trabajo.

El debate reflejó sin duda una división ideológica tan profunda como natural. Y mucho tacticismo de unos y otros. Las divergencias me parecieron más políticas (de oportunidad) que técnicas (caja de instrumentos). En este sentido me disgusta que se utilice la posición académica para adoctrinar ideológicamente, señalando buenos y malos, verdad y falsedad, desde unas plataformas financiadas por toda la ciudadanía. A mi entender, lo que debe hacer un académico es señalar con la mayor transparencia los pros y contras de la política pública, identificar costes y beneficios, analizar su incidencia social global (gastos e ingresos; eficiencia y equidad) para que los políticos decidan de manera más informada. Tienen éstos, por supuesto, legitimidad para no hacer caso a los expertos. Pero no pueden manipular a los expertos, como tampoco supuestos expertos debieran poder manipular a los políticos.

Hoy, la virtualidad del copago como respuesta financiera depende, a mi entender, de con qué otra alternativa la comparemos. Puede además ser útil para una gestión más eficiente de los recursos si acertamos en utilizarlo como tickets moderadores que señalizan la buena utilización de los recursos y se expresan en alternativas evitables que no

añadan valor. En cualquier caso, pueden ayudar a recordar a una sociedad adulta que nada es gratis en la economía real. Dicha pedagogía no resulta sencilla cuando la población ha disfrutado de la "gratuidad" y la expansión de los "servicios sanitarios" durante décadas; una razón más por la que los políticos no debieran hacer del copago una arma arrojadiza electoral. Nótese que si España ha estado viviendo por encima de sus posibilidades reales (consumiendo más que produciendo y endeudándose) y el gasto sanitario ha crecido más del doble de lo que lo ha hecho la renta per cápita (2000-2008, datos OCDE), ahora tocaría reducir -y no sólo frenar- prestaciones. Por supuesto que ello es imposible, por lo que de lo que estamos hablando es de mayores y mejores esfuerzos para financiar los servicios de salud que ya tenemos. No los que nos gustaría continuar viendo en aumento y a ser posible, claro está, a coste cero.

En resumen, nadie puede estar individualmente a favor del copago. ¿Está usted si acaso a favor de pagar más por los transportes, las guarderías, etc.? La pregunta es, sin embargo, otra: ¿qué prefiere, una concentración de la financiación pública disponible en unas determinadas prestaciones -las que puedan ser sufragadas en cada momento a juicio de sus señorías-, dejando a expensas del bolsillo del usuario todas las restantes, o que mientras sean prestaciones efectivas -aunque de coste no enteramente asumible- el Estado coadyuve a su financiación? Lo primero es una exclusión (un copago del cien por cien); lo segundo es un copago en forma de coste compartido. Para las primeras prestaciones (de mejores ratio coste-efectividad y, si es el caso, con nítido impacto redistributivo), es fácil acordar que la financiación sea coactiva y compartida por todos los contribuyentes como ciudadanos solidarios. Pero en aquello que es efectivo pero de coste no asumible para las arcas públicas, ¿qué hacemos? Esta es la pregunta que subyacía en el tiempo del café tras el debate de Palma. Sin duda que con bioequivalencias podemos construir copagos evitables (equitativos y eficientes); pero ante la necesidad de excluir prestaciones, ¿cómo debería actuar un responsable de la política sanitaria que no sea iluso y reconozca que el hecho de que el sector público no las financie no quiere decir que no se presten, a escote, en una sociedad democrática? Siendo las prestaciones efectivas, ¿no sería quizás mejor tutelar, acompañar, participar en su financiación, que esconder la cabeza bajo el ala?

Noticias

Formación y Congresos

Congresos

Congreso SEE-SESPAS 2011

Madrid, 6-8 de octubre

“Salud y equidad en todas las políticas”

Más información en: <http://www.congresosee-sespas.es/inicio.html>

Mesa de Ponencias Grupo Evaluación de políticas y servicios de salud

El grupo de interés en evaluación de servicios sanitarios y evaluación de políticas de salud organiza una mesa de ponencias el jueves 6 de octubre dentro del próximo Congreso SESPAS 2011.

Lugar: Auditorio de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

Hora: 12.30-14.00

Título de la mesa: Evaluación de políticas y servicios de salud

Coordinadoras: Sandra García Armesto (Instituto Aragonés de ciencias de la Salud) y Pilar García Gómez (Erasmus University Rotterdam).

Ponencias:

1) Impacto de la exención de copago farmacéutico en el consumo de medicamentos: evidencia basada en un diseño de regresión discontinua

Ponente: Ana Tur Prats (University College London, Universitat Pompeu Fabra)

Comentarista: José Repullo (Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III)

2) Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas mayores

Ponente: Cristina Hernández Quevedo (London School of Economics)

Comentarista: Marisol Rodríguez (Universidad de Barcelona)

3) Desigualdad en las hospitalizaciones evitables en mayores de 65 años

Ponente: Salvador Peiró (Centro Superior de Investigación en Salud Pública)

Comentarista: Rosa Urbanos (Universidad Complutense de Madrid)

Italian Health Economics Association (AIES) 16th Annual Conference

Nápoles, 29-30 de Septiembre, Second University of Naples

“National rights, regional differences and federalism. The Italian Health Care System 150 Years after the Unification”

Más información en: www.aiesweb.it

Portuguese Health Economics Association (APES) 12th National Health Economics Conference

Lisboa, 13-15 de Octubre, Fundação Calouste Gulbenkian

Más información en: <http://12cnes.apes.pt/>

Formación

Máster 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 2011 - Junio 2013

Modalidad: online

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

Máster oficial de posgrado en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento

Abierto plazo de preinscripción que finaliza el 31 de mayo (en su primera fase)

Dirección: Cátedra de Economía y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga

Formato semipresencial (viernes tarde y sábado mañana cada 2-3 semanas)

Acceso directo a doctorado

Más información en: <http://www.juntadeandalucia.es/innovacioncienciayempresa/sguit/>

II edición del Programa de Formación Universitaria para Profesionales de la Salud: “Diploma Posgrado en Gestión Clínica”

Organizado por la Fundación Gaspar Casal en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Plazo de inscripción y convocatoria de becas abierto.

Comienzo el 21 de septiembre.

Más información en: www.fgcasal.org

Contacto: flor.raigada@fgcasal.org

AES-Secretaría C/ Bonaire, 7 08301
Mataró (BARCELONA) Tel. 93 755 23 82 |
Fax. 93 755 23 83 secretaria@aes.es

Editores del boletín: Ignacio Abásolo Alessón (iabasolo@ull.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk)

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: Juli Fuster, Nuria García-Agua Soler, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Ildfonso Hernández Aguado, Cristina Hernández Quevedo, Guillem López Casasnovas, Lucy Anne Parker, Jaime Pinilla Domínguez y Marta Trapero Bertrán.