



## En Este Número

### Portada

### Opinión

- ⌘ Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance

### Temas

- ⌘ Estrategias de abordaje de la cronicidad en el SNS: una innovación cuyo tiempo ha llegado
- ⌘ ¿Cómo te queda el cuerpo?

### Tesis

- ⌘ Análisis económico-financiero y sociosanitario de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de Dependencia en España durante el período 2007-2011
- ⌘ Ensayos sobre los factores que impulsan el gasto sanitario público

### Con acuse de recibo

- ⌘ I Jornada de Gestión Sanitaria en Madrid
- ⌘ II Taller del grupo EvaluAES
- ⌘ I Taller del Grupo AES de Evaluación Económica
- ⌘ La regulación de la prestación farmacéutica hoy en España: la opinión de GENESIS contrapunteada por tres voces independientes

### In memoriam

- ⌘ En recuerdo de Gavin
- ⌘ Profesor Gavin Mooney 1943-2012: para el recuerdo

### Reseña libros

- ⌘ Reseña de Lecturas sobre economía del sector biofarmacéutico, dirigido por Jaume Puig-Junoy. Madrid: Springer Healthcare, 2012.

### Jornadas AES

- ⌘ Jornadas AES, presentación y ponencias

### Noticias

- ⌘ Noticias
- ⌘ Cambios en las bolsas de viaje AES

## Noticias Destacadas

### Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance

La editora de redacción de Economía y Salud, integrante de la Armada AES, modalmente femenina y londinense, exponente de la España, o Ibiza, meritocrática, abierta al mundo y capaz de competir en él, me pide un bolero sobre el debate entre gestión pública y privada en un contexto de crisis. Por su *ostinato in crescendo* e inspiración española será el de Ravel... [+]

### Estrategias de abordaje de la cronicidad en el SNS: una innovación cuyo tiempo ha llegado

Si tomamos como referencia las estimaciones de que por término medio hacen falta 17 años para que la investigación impacte en la práctica en el sector salud, en 2013 le llegaría su hora al *Chronic Care Model* desarrollado por Wagner y colaboradores.

Obviamente, la difusión de la innovación no es lineal y al Sistema Nacional de Salud español llega con retraso... [+]

### ¿Cómo te queda el cuerpo?

¿Que pensaríamos si, hoy en día, más de la mitad de la población fumara? En cuestión de peso, según datos de la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2009, más de la mitad de las personas de 18 y más años de edad está por encima de su peso recomendado, y todo apunta a que va a ir en aumento. La prevalencia de obesidad se ha duplicado en los últimos veinte años en la mayoría de los países de la UE... [+]

### La regulación de la prestación farmacéutica hoy en España: la opinión de GENESIS contrapunteada por tres voces independientes

A fin de dar cabida, en el Boletín de AES, a voces sólidamente fundamentadas sobre los cambios que se están produciendo en la regulación de la prestación farmacéutica en nuestro país, hemos recabado la opinión de representantes del grupo GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos), de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Para aportar a los lectores más claves de análisis, también... [+]

# Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance



Vicente Ortún  
Decano Facultad Ciencias Económicas y  
Empresariales Universidad Pompeu Fabra  
[vicente.ortun@upf.edu](mailto:vicente.ortun@upf.edu)

La editora de redacción de Economía y Salud, integrante de la Armada AES, modalmente femenina y londinense, exponente de la España, o Ibiza, meritocrática, abierta al mundo y capaz de competir en él, me pide un bolero sobre el debate entre gestión pública y privada en un contexto de crisis. Por su *ostinato in crescendo* e inspiración española será el de Ravel.

## Los *Grundrisse* (planos) que Sergi Jiménez coordina y reúne en el blog Nada es Gratis.

La sabiduría de la red<sup>1</sup> la producen excelentes profesionales, no necesariamente periodistas, que en un período próximo podrían prescindir parcialmente de editores. Las seis entradas coordinadas por Sergi para el mejor blog de Economía en español constituyen, salvo la mía naturalmente, la exposición más fundamentada, brillante y pertinente acerca del debate gestión pública o gestión privada de la sanidad en España. No continuar con este texto si no se han leído:

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27213>

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27389>

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27591>

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27749>

<http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27975>

## La síntesis de Salvador Peiró

Pocos centros de investigación en España, y más si se ajusta por los 250.000 euros/año de subvención pública que recibe, pueden compararse, en cuanto a productividad, con la unidad que Salvador Peiró dirige en el Centro Superior de Investigación en Salud Pública en Valencia. Procede realizar la síntesis con las palabras literales de quien muy probablemente es el mejor investigador sobre servicios sanitarios de este país, y que además tiene conocimiento científico -y del otro- sobre la experiencia de Alcira y sus derivaciones y secuelas.

- ⊘ “Ni la atención sanitaria de la Comunidad Valenciana es tan rara como se dice... más bien, y con alguna excepción, se sitúa en la media de España.
- ⊘ Ni la gestión privada de hospitales públicos garantiza una mayor eficiencia (ni determina una peor calidad)...
- ⊘ Ni la gestión pública directa garantiza una mayor calidad (ni determina una peor eficiencia)...
- ⊘ No parece importar tanto el 'modelo' de gestión en abstracto, sino cómo se gestiona (existiendo enormes

variaciones dentro de cada tipo de modelo).

- ⚡ Probablemente, para que los modelos de *partenariados* público-privado funcionen en interés general se requiere una autoridad pública honesta, transparencia, contratos bien diseñados, con transferencia real de riesgos (a la gestión privada y a la pública) y que reduzcan el fenómeno de secuestro del regulador...
- ⚡ Probablemente, para que los modelos de gestión pública directa funcionen en interés general se requiere lo mismo...”

Recuerdo como el gurú Mintzberg ya previno de la inutilidad de inundar con teóricos del mercado a los países que surgieron tras el colapso de la URSS y debían cambiar su organización. Decía que antes de ir a predicar se ha de demostrar solvencia arreglando o mejorando algo en el ámbito de tus competencias (la gestión de un hotel, el funcionamiento de un tribunal...o de un instituto o de una Facultad o de una consulta). No le hicieron ningún caso. La catástrofe subsiguiente es historia y las lecciones aprendidas de la misma, una de las mejores contribuciones de Stiglitz al conocimiento (mientras fue economista en jefe del Banco Mundial y estimuló los Informes 1995 y 1996 de este organismo).

La situación actual es parecida en España, aunque la crisis sea menor. Tenemos todos ‘deberes’ y a ellos vamos: Desde la clínica a la política.

#### Las vías clínicas de avance

Disponemos de profesionales sanitarios muy competentes. Con perspectiva poblacional y espíritu público pueden conseguir:

- ⚡ Reducir la brechas de calidad de toda la vida (lavado de manos, uso adecuado de la medicación, correcta indicación de cesáreas, listado de comprobación quirúrgica...) y las que se derivan de que el 20% de nuestros servicios sanitarios podrían suprimirse con mejora del estado de salud. Ninguno de los altamente coste-efectivos y que además tienen la suerte de volverse rápidamente perjudiciales cuando no están indicados (tratamiento VIH+ por ejemplo). Sí, en cambio casi todas las tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad y aquellos tratamientos potencialmente coste-efectivos en la indicación adecuada pero no fuera de ella.
- ⚡ Reasignar recursos. Sandra García, Carlos Campillo y Quique Bernal lo explican de manera muy práctica en un artículo a punto de aparecer<sup>2</sup>.

#### Las vías de avance organizativo-gestora

De nuevo ‘desde abajo’ en la medida que exista una cierta competencia por comparación propiciada por una radical mejora de la calidad de nuestra política:

- ⚡ Maduración, autonomía de las organizaciones, madre de la innovación de verdad (la de Ferrán Adrià o Amancio Ortega), alternativas a la funcionarización si no se consigue flexibilizar ésta, abolición de la endogamia por decreto (ni un MIR ni un doctor se quedan donde se han especializado).
- ⚡ La atención sanitaria también se internacionalizará algo. Ello unido a la necesidad de integración asistencial entre niveles podría llevar a una radical reasignación de tareas, más por criterios de capacidad resolutoria que de pertenencia gremial. La calidad exige con frecuencia tamaño, aprendizaje y especialización.
- ⚡ Pasar cuentas. La Sanidad ha de manifestarse nuevamente como el servicio financiado públicamente más eficiente. Elogio, de pasada, a la Central de Resultados<sup>3</sup>, tan importante como desapercibida.
- ⚡ Gestionar la utilización. Con un adecuado sistema de información la frecuentación, fundamentalmente endógena puede disminuir, como Kaiser ha mostrado<sup>4</sup>. La morbilidad no existe como medida de necesidad.

## La vías de avance político-institucional

- ❖ Financiación selectiva técnico-democrática. Técnica en el componente de análisis coste-beneficio. Democrática en el establecimiento de prioridades. Podría incluso establecerse una moratoria de dos años a la incorporación de nuevas tecnologías y dispositivos, y excluir aquello que países más ricos que España, con Estados del Bienestar más consolidados y evaluaciones importables no están financiando públicamente. Resulta bueno y barato utilizar conocimientos y prácticas que ya han sido bien analizadas en otros países.
- ❖ Planificar con seriedad. Reducir incluso capacidad redundante y concentrar la dispersa.
- ❖ Aunque la clave de la solvencia financiera de la componente sanitaria del Estado del Bienestar radique en lo deseable que sus resultados la hagan a la población contribuyente, las cuentas públicas en momentos de crisis merecen especial atención. De ahí el interés de un libro<sup>5</sup>, próximo a publicarse, que -en la senda de Ángela Blanco, Rosa Urbanos, Jaume Puig...-identifica de forma útil y rigurosa -con técnicas econométricas de datos de panel, los determinantes, suficientemente desagregados, del gasto sanitario público. Pistas, por tanto, para orientar acciones futuras y base de proyecciones de gasto sanitario público por Comunidades Autónomas, de las que se sigue la necesidad insoslayable de implantar reformas que establezcan la relación entre recursos disponibles y gasto.
- ❖ Podría seguirse... pero no habrá mejora de la gestión pública sanitaria, ni de la privada, sin fluidificar la actual viscosidad institucional<sup>6</sup>. Viscosidad definida, y medida, por la falta de competencia en algunos mercados, la falta de calidad de la democracia y la pobre gobernanza.

La viscosidad española condiciona no tanto el qué de las reformas (sanitarias, fiscales, laborales o financieras) sino el cómo de las mismas. Las soluciones sobre el papel están al alcance de cualquier persona informada. Su implantación requiere el abordaje conjunto de todos los 'déficits', no sólo los presupuestarios o los exteriores, también los de legitimidad y transparencia. Será muy difícil mejorar la gestión pública o introducir reformas sanitarias que mejoren de forma apreciable nuestra productividad sin una mejor calidad de la política y de las instituciones que la están condicionando.

En las reformas sanitarias tienen importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social, legitimidad que se acrecienta con un buen gobierno, concepto complejo en el que se incluyen, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.

Las prescripciones para un mejor gobierno del Estado son tan conocidas como ignoradas: embridar la financiación de partidos políticos limitando gastos y controlando las aportaciones privadas; perfeccionamiento de la normativa electoral con listas abiertas y demarcaciones que permitan acercarse al principio de una persona, un voto; e independencia de los medios públicos de comunicación. Esto se facilita con un fomento de la transparencia y el acceso público a las bases de datos de la administración, salvo que una disposición específica justifique la inconveniencia de este acceso en función de un conjunto tasado de circunstancias.

La preocupación por el buen gobierno ha ido creciendo durante estos últimos años en España, conscientes del estancamiento/deterioro institucional que parece amenazar con devolvernos a nuestra posición de retraso secular de la que parecíamos haber emergido durante estas últimas décadas<sup>7</sup>. ¿Tendremos que peregrinar de nuevo a la calle Huertas de Madrid para recuperar la última sede de la Mesta? Esta preocupación se ha presentado en diversas formulaciones a lo largo de la historia, desde Cicerón<sup>8</sup> a Joaquín Costa<sup>9</sup>. Hoy también se aborda desde ángulos diversos:

- ❖ Los fundamentos políticos del desarrollo económico en sociedades inclusivas (el imprescindible *Why Nations Fail*<sup>10</sup>), con antecedentes en Vicens Vives, Olson, Diamond, Landes y otros.
- ❖ La validable y medible *imparcialidad* como indicador último de la calidad del gobierno, desarrollada por destacados politólogos suecos<sup>11</sup>.

- ❖ El reconocimiento, incluso en medios poco proclives a proclamar la importancia del Estado<sup>12</sup>, del incontestable éxito de los países nórdicos, capaces de conciliar dos liderazgos mundiales (que teóricamente eran incompatibles): en competitividad y en consolidación del Estado del Bienestar, esa irrenunciable conquista de la humanidad.
- ❖ El *civismo* o *civilidad* del sociólogo Putnam<sup>13</sup>, hoy rebautizado con acierto como *public spiritedness*<sup>14</sup>.

Este civismo, altruismo, espíritu social, ya existe. En su versión más extrema son los ‘castigadores altruistas’<sup>15</sup>. Fósiles vivientes (como cada uno de nosotros), que testimonian cómo la evolución ha requerido en ocasiones de unos individuos más preocupados por el fuero que por el huevo, lo que permitió a los grupos humanos enfrentarse con éxito a los avatares en los que la supervivencia del grupo era para todos o para nadie. Ahora son las reglas de juego de una sociedad, sus instituciones, las que han de diseñarse para -más allá de la evolución biológica- que el civismo tenga recompensa. Tanto la desigualdad creciente en el seno de los países ricos como el calentamiento pueden situarnos ante un avatar en el que se salva todo el mundo o no se salva casi nadie...con la diferencia de que un incendio devastador o una inundación afectaba a los 200 individuos de los grupos humanos...y ahora somos más de 7.000 millones de extraños tratando de cooperar.

La consecución de una sociedad más decente en nuestro Mezzogiorno europeo, mirando al exterior y conscientes del empequeñecimiento de Europa, pasa -en sanidad- por una serie de reformas en las que tiene importancia equivalente el qué y el cómo, la racionalidad técnica y la legitimidad social. Ambas requieren de un buen gobierno, concepto complejo que incluye, entre otros, la necesidad de transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema. Hasta ahora la crisis se capea con el ‘estado de bienestar’ para jóvenes (la familia), las redes de solidaridad social tanto de financiación pública como voluntarias, y con un aumento en el consumo de ansiolíticos y anti-depresivos, pero una sociedad enferma necesita, como un enfermo, pronóstico. Los túneles se transitan mejor cuando se aprecia luz a la salida, la luz que aporta la España, o Ibiza, meritocrática y abierta al mundo. Porque, y ya no es Ravel, hay que aprender a querer y a vivir...

---

## Referencias

- <sup>1</sup> Cottrell R. Net wisdom. Financial Times 15 de febrero del 2013.
- <sup>2</sup> García-Armesto S et al. Desinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. Tools for the Spanish National Health System. Health Policy (2013), en prensa. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.007>
- <sup>3</sup> Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de la Generalidad de Cataluña. <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.ab8fdd1b26b3c4038674c210b0c0e1a0/?vgnnextoid=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=170a722ee7c7e210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- <sup>4</sup> Chen C et al. Electronic Health Record: Transforming and streamlining modalities of care. Health Affairs 28, no. 2 (2009): 323-333; 10.1377/hlthaff.28.2.323
- <sup>5</sup> Abellán JM, Herrero C, Sánchez FI, Méndez I, Martínez JE. El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas. Madrid: Fundación BBVA e IVIE, 2013, en prensa.
- <sup>6</sup> Llano J del. A propósito de lo público y lo privado en la asistencia sanitaria. El País, 25 de febrero del 2013.
- <sup>7</sup> Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gaceta Sanitaria 2011; 25(4): 333-338.
- <sup>8</sup> Zweig S. Momentos estelares de la humanidad. Barcelona: Acantilado, 2003.
- <sup>9</sup> Garicano L. Quiénes deben gobernar después de la catástrofe, por Joaquín Costa. Blog Nada es Gratis, entrada de 22 de febrero del 2013. <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=28794>

- <sup>10</sup> Acemoglu D, Robinson JA. Why Nations Fail: The origins of power, prosperity and poverty. Nueva York: Crown Publishers, 2012.
- <sup>11</sup> Rothstein B, Teorell J. Defining and measuring quality of government. En: Sören Holmberg & Bo Rothstein (eds.): Good Government: The relevance of political science. Cheltenham: Edward Elgar Publisher, 2012, p 13-39.
- <sup>12</sup> The next supermodel. Why the world should look at the Nordic countries. The Economist, 2 de febrero del 2013.
- <sup>13</sup> Putnam R. Civic tradition in Modern Italy. Princeton University Press, 1993.
- <sup>14</sup> Lucas E. Freedom's ragged march. En: Megachange. The world in 2050. The Economist, 2012, p 126-137.
- <sup>15</sup> Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. Nature 2002; 415: 137-140.

## Temas

# Estrategias de abordaje de la cronicidad en el SNS: una innovación cuyo tiempo ha llegado



Roberto  
Nuño-Solinís



Nuria Toro

O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Nuria: [toro@bioef.org](mailto:toro@bioef.org)

Roberto: [nuno@bioef.org](mailto:nuno@bioef.org)

Si tomamos como referencia las estimaciones de que por término medio hacen falta 17 años para que la investigación impacte en la práctica en el sector salud<sup>1</sup>, en 2013 le llegaría su hora al *Chronic Care Model* desarrollado por Wagner y colaboradores<sup>2</sup>.

Obviamente, la difusión de la innovación no es lineal y al Sistema Nacional de Salud español llega con retraso respecto a otros sistemas “*early adopters*”, a pesar de que en el desarrollo de este cuerpo de conocimiento y en algunos de sus marcos de referencia, como el *Innovative Care for Chronic Conditions*<sup>3</sup>, había un liderazgo de autores españoles. Pero tratándose de una innovación que, siguiendo los atributos clásicos de Rogers<sup>4</sup>, presenta una ventaja “competitiva” notable, es compatible con la cultura organizativa, viable y de beneficios demostrables, estaba claro que su tiempo habría de llegar, pese a la evidente complejidad de los cambios que conlleva.

Así, la Estrategia de transformación de la sanidad pública vasca<sup>5</sup> supone un planteamiento de cambio de amplia escala, centrado en la reinención del modelo de provisión sanitaria, buscando conseguir una atención más integrada ante los retos que plantean la cronicidad y la multimorbilidad.

La senda<sup>6</sup> emprendida en Euskadi en 2010 está siendo recorrida junto a otras CCAA como Andalucía, la Comunitat Valenciana, Catalunya, Galicia y, recientemente, Murcia y Castilla y León. Además, en otras regiones se ultiman planes y estrategias de “cronicidad”, mientras que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) también ha formulado en 2012 su Estrategia<sup>7</sup>.

No vamos a detenernos en el contenido de las distintas estrategias de cronicidad, bien conocido, y con paralelismos indudables entre sí. Consideramos que añade más valor trasladar la experiencia adquirida y lecciones aprendidas en casi 4 años de reforma en Euskadi.

En primer lugar, se trata de un proceso ambicioso de cambio. No estamos ante una mejora incremental ni ante un “retoque” de piezas aisladas del modelo de prestación existente. Estamos ante una reinención o transformación del mismo, que supone un cambio masivo<sup>8</sup>, cultural, multiagente y multipalanca. Para ello es necesario un nuevo estilo de liderazgo compartido, capaz de movilizar a la organización a todos los niveles, definiendo un rumbo y transmitiendo pasión y compromiso. Un liderazgo facilitador “desde arriba” que sea capaz de activar a los exploradores de soluciones, para lo cual se requiere invertir en generación de capacidades y en espacios para la reflexión y el aprendizaje, proteger y recompensar a los que asumen riesgos, aceptar la diversidad de enfoques y soluciones, siempre desde una visión compartida, donde la comunicación y el alineamiento permitan minimizar las barreras que tradicionalmente se han levantado en torno a diferentes organizaciones, estamentos, niveles y jerarquías.

Estamos siendo testigos del desarrollo de una diversidad de experiencias clínicas que van desde la recuperación de lo comunitario en la Atención Primaria, la emergencia de un nuevo *generalismo* en forma de alianzas entre médicos de familia e internistas, los abordajes innovadores ante la multimorbilidad y el final de la vida, hasta nuevas formas de trabajo colaborativo y multidisciplinar, y el uso avanzado de las TICs, entre otros. Todos estos elementos van configurando poco a poco el modelo futuro de provisión.

La monitorización del progreso y la evaluación periódica de todas estas iniciativas es otro de los aspectos clave a tener en cuenta. El esfuerzo evaluativo no debe minusvalorarse y es muy exigente en recursos, capacidades, métodos, sistemas de información e instrumentos de medición, muchos de los cuales han sido desarrollados ad hoc, como son: el IEMAC<sup>9</sup> (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad) ([www.iemac.org](http://www.iemac.org)) que facilita a sistemas y organizaciones autoevaluarse y medir su progresión en la reorientación de su modelo de provisión ante la cronicidad; el “Marco evaluativo de experiencias de integración asistencial”<sup>10</sup>, que permite la monitorización de iniciativas de integración asistencial, e incluye diversos cuestionarios que posibilitan el análisis del efecto de la integración en pacientes y profesionales. En relación a estos últimos, se ha desarrollado un instrumento que permite valorar la colaboración entre profesionales de distinto nivel asistencial basado en el modelo D’Amour de colaboración interprofesional<sup>11</sup>.

Siguiendo la frase de “ninguna decisión sobre mí, sin mí”, el cambio pretendido no puede hacerse sin la involucración de pacientes, cuidadores, asociaciones de pacientes y de la ciudadanía en general, lo cual supone un verdadero reto en tanto que, en general, carecemos de sistemáticas que garanticen la participación social en la configuración de los modelos asistenciales. Asumiendo la necesidad de que la ciudadanía acepte un papel más responsable sobre su salud, es fundamental además, que el paciente crónico pase a convertirse en un paciente activo, en el “proveedor” clave, un elemento muy infrautilizado en el actual modelo y que debe orientarse hacia el autocuidado, entendido como una parte más del proceso de atención. La innovación social para la activación de pacientes y ciudadanía es, por tanto, un eje central de la estrategia vasca, ejemplificado en el desarrollo de redes sociales de pacientes, ayudas a la modernización tecnológica de asociaciones de afectados y programas de educación para el autocuidado.

En todo caso, la transformación ha de plantearse como un proceso permeable en el que poder incorporar los aprendizajes derivados de los caminos iniciados y recorridos por otros. Como el caso de Escocia, que ha formulado una visión para el 2015 de integración sanitaria y social con un traspaso expreso de financiación desde los dispositivos con internamiento hacia el ámbito comunitario. Se erige como una de las experiencias europeas sobre las que mantener un foco de atención.

En Euskadi, no hemos sido igualmente exitosos en todos los aspectos mencionados. Por múltiples factores, entre ellos una profunda crisis económica y financiera, y la complejidad de nuestra arquitectura política e institucional en el ámbito sanitario y social. Aún en ese contexto, se ha mostrado que el cambio es posible y que se configura



como una línea de trabajo a consolidar y desplegar por parte del nuevo Gobierno resultante de las elecciones de octubre 2012. Además, la senda iniciada está siendo reconocida, entre otros, en el seno de la iniciativa EIP/AHA en “Envejecimiento activo y saludable” de la Unión Europea.

Si compartimos el objetivo de construir un sistema sanitario y social más proactivo, integrado e innovador, centrado realmente en las necesidades de ciudadanos y usuarios, aún nos queda un largo camino por recorrer. Vivimos un momento de transición que puede ser vivido de forma ilusionante, de gestación de un nuevo modelo, o de resignación hacia la esterilidad y el estancamiento. En el caso de Euskadi, desde el primer momento, la apuesta por la primera opción ha sido clara.

---

## Referencias

- 1.- Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. In: Bommel J, McCray AT, eds. Yearbook of medical informatics. Stuttgart: Schattauer; 2000: 65-70.
- 2.- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q.* 1996; 74(4): 511-44.
- 3.- Nuño R, Coleman K, Bengoa R, Sauto R. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICC Framework. *Health Policy.* 2012; 105(1): 55-64.
- 4.- Rogers EM. Diffusion of innovations. Fifth edition. New York: Free Press; 2003
- 5.- Nuño R, Piñera K. Strategy for Tackling the challenge of chronicity. *Health Policy Monitor.* 2010; (16).
- 6.- García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain. *Health Policy.* 2012; 108(2-3): 236-45.
- 7.- Ministry of Health, Social Services and Equality. A strategy to tackle the challenge of chronicity in the Spanish Health System. 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm>.
- 8.- Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q.* 2012;90(3): 421-56.
- 9.- Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Contel J, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit.* 2012. [Epub ahead of print]
- 10.- Nuño R, Sauto R, Toro N. Experiencias de integración asistencial en el Sistema Nacional de Salud de España. 2012. Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/881/1598>
- 11.- Toro-Polanco N, Nuño-Solinís R, Sauto Arce R, Berraondo Zabalegui I, San Martín-Rodríguez L. Development of a questionnaire to assess the collaboration between clinicians from different levels of care. 2012. Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1049/1884>

## ¿Cómo te queda el cuerpo?



Elena Cabeza Irigoyen

Direcció General de Salut Pública i Consum, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, Govern de les Illes Balears, Palma de Mallorca

[cabezaelena@gmail.com](mailto:cabezaelena@gmail.com)

@vexteci

¿Que pensaríamos si, hoy en día, más de la mitad de la población fumara? En cuestión de peso, según datos de la Encuesta Europea de Salud (EES) de 2009<sup>1</sup>, más de la mitad de las personas de 18 y más años de edad está por encima de su peso recomendado, y todo apunta a que va a ir en aumento. La prevalencia de obesidad se ha



duplicado en los últimos veinte años en la mayoría de los países de la UE. En el *Global Burden of Disease Study* 2010, que acaba de ser publicado en *Lancet*, se señala el exceso de peso como el factor de riesgo que más ha aumentado en los últimos años y que ha provocado la muerte de 3 millones de personas en 2010. Los factores dietéticos y la falta de actividad física contabilizaron el 10% de años de vida ajustados por discapacidad<sup>2</sup>.

Transcurrieron más de 50 años entre descubrir la asociación causal entre el tabaco y el cáncer de pulmón y poner en marcha políticas efectivas para combatir el tabaquismo. En cuestión de peso, el retraso en aplicar políticas realmente efectivas no puede justificarse por falta de información. Si nos atenemos a las consecuencias de la obesidad sobre la salud, sabemos que las personas muy obesas mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal, al igual que los fumadores. Que por cada 15 kilos de sobrepeso aumenta el riesgo de muerte temprana aproximadamente un 30%. O que las mujeres con nivel de educación bajo tienen una probabilidad 3,5 veces mayor de tener sobrepeso que aquellas con mayor nivel educativo. Estas diferencias son menores entre los hombres (OECD, 2010)<sup>3</sup>. Todo ello no es más que otra expresión de la educación como determinante de la salud, junto con la renta.

¿Y en cuanto a gasto sanitario? Se estima que la obesidad es responsable del 1 al 3% del total del gasto en atención médica en la mayoría de los países (del 5% al 10% en Estados Unidos) y que el gasto aumentará rápidamente en los próximos años debido a las enfermedades crónicas asociadas con ella. A nivel individual, los gastos de atención médica de personas obesas son, por lo menos, 25% mayores que los de las personas con peso normal y aumentan rápidamente cuanto más obesas son (OECD, 2010)<sup>3</sup>. En contrapartida, la reducción en la esperanza de vida es tan grande, que la gente obesa incurre en menores gastos de atención médica a lo largo de su vida que las personas con peso normal. Si ese es el remedio...

#### Las dudas: cuantificando el retorno de inversión

Aún hay quien duda sobre si el gasto en prevención mejora los resultados en salud, si se recupera la inversión y si contribuye al crecimiento económico. En un estudio publicado en *Health Affairs*<sup>4</sup> se observó una disminución de mortalidad entre el 1,1 y el 6,9% por cada 10% de incremento de gasto en Salud Pública. Los países que han hecho una apuesta firme por invertir en programas de control del tabaquismo han visto como las ventas de tabaco han disminuido considerablemente al mismo tiempo que la prevalencia de consumo. En Estados Unidos, la inversión en campañas de sensibilización para abandonar el hábito se ha asociado con un aumento del número de personas que intentaban dejar de fumar (Mays, 2011)<sup>4</sup>.

En cuanto a recuperar la inversión, Chokshi<sup>5</sup> plantea esta cuestión surgida en el debate del *Obamacare* y destaca que sería de enorme interés demostrar inequívocamente que en Salud Pública las intervenciones son coste-efectivas y ayudan a maximizar la eficiencia (más aún en época de severos recortes). Para ello, analiza el coste por AVAC de varias intervenciones, diferenciando las intervenciones clínicas, de las no clínicas, pero también dirigidas al individuo, y las del entorno. Estas últimas son más coste-efectivas que las intervenciones individuales, clínicas o no. Intervenir en el entorno al que mucha gente está expuesto puede ser, de lejos, mucho más coste-efectivo que intervenir directamente sujeto a sujeto. Por ejemplo, se ha estimado que la colaboración con la industria de la alimentación que logra reducir la ingesta media poblacional de sodio un 9,5%, evitaría 513.885 accidentes cerebrovasculares y 480.358 infartos de miocardio a lo largo de la vida de los adultos de 40 a 85 años de edad que están vivos hoy, comparándola con la alternativa de no hacer nada, y aumentaría en 2,1 millones los AVAC y evitaría 32,1 mil millones de dólares en gasto médico. Un impuesto sobre el sodio que redujera su ingesta media poblacional un 6%, aumentaría en 1,3 millones los AVAC y evitaría un gasto de 22,4 mil millones en el mismo periodo<sup>6</sup>.

La última duda planteada es, valga la redundancia, incierta. En un informe de la Fundación Robert Wood Johnson<sup>7</sup> se señaló que para conseguir una disminución del 3,2% de muertes por enfermedades cardiovasculares mediante tratamiento en vez de prevención se necesitarían unos 27 médicos más de atención primaria. Esto supondría un coste adicional de 5,5 millones de dólares, 27 veces más que la inversión en Salud Pública necesaria para conseguir el mismo resultado (312.274 dólares anuales).

¿Realizamos este tipo de ejercicios en nuestro país? Se mire por donde se mire... La OMS ha elaborado un método para estimar el beneficio económico que tienen sobre la salud las políticas que promueven el caminar como medio de transporte (HEAT, *health economic assessment tool*)<sup>8</sup>. Usando este método para un proyecto de puesta

en marcha de rutas saludables alrededor de centros de salud, se ha hecho este cálculo para la ciudad de Palma de Mallorca. Por ejemplo, si el 5% de los desplazamientos en transporte motorizado se hicieran caminando, el gasto anual evitado en términos de mortalidad alcanzaría 32,1 millones de euros y el valor anual neto a lo largo de 5 años sería de 139,7 millones.

Es difícil, sin embargo, estimar el valor del retorno de inversión. En nuestro país se han llevado a cabo algunas iniciativas en el campo de la industria alimentaria. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) ha propiciado, dentro de la estrategia NAOS, diversos acuerdos con la industria panificadora para reducir el contenido de sal, y actualmente ha firmado un convenio con CEDECARNE para reducir el contenido en sal y grasas de embutidos artesanales. Pero, ¿se ha realizado una evaluación del impacto en salud de esta medida o una evaluación económica? Nos falta cultura evaluadora al respecto y mucho camino por recorrer.

## El norte

Que la prevención de la obesidad ha de ser una prioridad de Salud Pública debido a su impacto en las enfermedades crónicas, en el estado de salud de la población y su bienestar no se le escapa a nadie (la OCDE tiene varios informes sobre el tema que les invito a leer en su página web). Para ello, y en el contexto actual en el cual se buscan soluciones para asegurar la sostenibilidad y la solvencia del sistema sanitario, la Salud Pública debería reorientar su visión hacia un modelo de determinantes de salud que trascienda los clásicos (hábitos saludables, medio ambiente y seguridad alimentaria...), incorporando en sus valoraciones, entre otros, la educación y la renta como determinantes de salud, la evaluación del impacto en salud de políticas procedentes de sectores distintos del sanitario, los análisis coste-beneficio generalizados, y adecuando sus estructuras y la regulación para conseguir sus objetivos.

Esta reorientación requeriría asumir que los esfuerzos para lograr cambios de comportamiento de la población en hábitos saludables son más efectivos cuando se actúa a diferentes niveles y se tienen en cuenta y alinean todos los sectores implicados, público y privado: sociedad, instituciones, organizaciones, grupos de interés, urbanistas, gestores, epidemiólogos, responsables políticos y economistas de la salud. Deberíamos ser capaces de concienciarlos a todos de su responsabilidad compartida en conseguir mejorar la salud y el bienestar de la población.

La nueva Salud Pública exige establecer formas de actuar más colaborativas y coordinadas, mejorando la efectividad y eficiencia de sus acciones o programas y teniendo en cuenta que las intervenciones más coste-efectivas se han implantado hasta la fecha fuera del sector sanitario. Para ello, la Salud Pública debería ampliar sus fronteras, a menudo borrosas, reforzando la intersectorialidad e integrando el valor salud en todas las políticas por un lado y coordinándose con el sistema asistencial en la promoción y la prevención de la salud por otro, como si de una correa de transmisión se tratase. La estrategia de Abordaje de la Cronicidad<sup>9</sup> recientemente presentada por el Ministerio asume esta orientación como primera línea estratégica.

Bajo esa perspectiva sería necesario también cambiar determinados conceptos de gestión y de liderazgo. Ello conllevaría cambios en la organización de sus servicios, estructurados actualmente en un modelo clásico (promoción, prevención, protección...), hacia un modelo donde el determinante fuera el centro de atención. Este patrón podría asemejarse a algunas experiencias de los servicios de salud que “intentan” situar al paciente en el centro del sistema y adaptan sus estructuras para optimizar la respuesta. Este modelo en Salud Pública, es, hoy por hoy y aquí, excepcional.

¿El reto es viable? Adoptar un enfoque de “intereses múltiples” exigirá la cooperación completa de todas las partes involucradas (Informe OCDE)<sup>3</sup>. Y no es fácil, por el conflicto de intereses económicos y de otro tipo creado. En un artículo reciente de *The Economist*<sup>10</sup>, que se hace eco de sendos publicados en *British Medical Journal*<sup>11,12</sup>, se analiza la vuelta atrás del impuesto sobre la grasa que se había implantado por ley hace un año en Dinamarca. En él se afirma: “mientras no haya más datos sobre el impacto en salud de la medida, la efectividad del impuesto ha sido enterrada bajo su propia controversia”. El debate ya está en la calle. La puesta en marcha de medidas de este tipo, que parecen ser las más coste-efectivas, pero sin acciones acompañantes como la evaluación de su impacto en salud, análisis de coste-beneficio y coste-efectividad incremental y sin políticas de comunicación franca a la sociedad del retorno de inversión que puedan tener, confirman la veracidad de la afirmación de Guillem López Casanovas de hace ya tres años: “regulación, sin evidencia probada, es mala receta”<sup>13</sup>. En esta

guerra, habrá perdedores, pero su fracaso impondrá pesadas cargas a las futuras generaciones. ¿Alguien dijo alcohol?

## Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009. Madrid: INE; 2010. Consultado el 11/2012. Disponible en:  
<http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
2. Lim S, Vos T, Flaxman A et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012; 380:2224-60.
3. Sassi F. Obesity and the economics of prevention: fit not fat. Informe OCDE. París: OCDE; 2010. Consultado en 11/2012. Disponible en:  
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/theeconomicsofprevention.htm>
4. Mays GP, Smith SA. Evidence links increases in public health spending to declines in preventable deaths. *Health Aff* 2011;30:1585-93.
5. Chokshi DA, Farley TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. *New Engl J Med* 2012;367:295-7.
6. Smith-Spangler CM, Juusola JL, Enns EA, Owens DK, Garber AM. Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2010;152:481-7.
7. Return on investments in public health: Saving lives and money. Policy Highlights Brief. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2012. Consultado en 11/2012. Disponible en:  
<http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2012/03/return-on-investments-in-public-health>
8. World Health Organization. Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Geneva: WHO; 2008. Disponible en :  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/155631/E96097.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/155631/E96097.pdf)
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2012. Consultado en 12/2012. Disponible en :  
[http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
10. The Economist. Denmark's food taxes. A fat chance. The Danish government rescinds its unwieldy fat tax. *The Economist*, November 17th, 2012.
11. Stafford N. Denmark cancels "fat tax" and shelves "sugar tax" because of threat of job losses. *BMJ* 2012;345:e7889 doi:10.1136/bmj.e7889.
12. Smed S, Robertson A. Are taxes on fatty foods having their desired effects on health? *BMJ* 2012;345:e6885 doi:10.1136/bmj.e6885.
13. López Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit* 2009;23:458-61.



Raúl del Pozo Rubio

Departamento de Análisis Económico y Finanzas. Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad de Castilla-La Mancha

*Tesis doctoral dirigida por el doctor Francisco Escribano Sotos, defendida el 1 de Marzo de 2013 en el Departamento de Análisis Económico y Finanzas, de la Universidad de Castilla-La Mancha. Tribunal: Guillem López Casanovas (Catedrático de Economía Aplicada, Universidad Pompeu Fabra), Mercedes Ayuso Gutiérrez (Catedrática de Econometría, Universidad de Barcelona) y Eliseo Navarro Arribas (Catedrático de Economía Financiera y Contabilidad, Universidad de Alcalá de Henares). Calificación: APTO CUM LAUDE. E-mail: [raul.delpozo@uclm.es](mailto:raul.delpozo@uclm.es)*

### **Introducción y objetivos**

Los cambios sociodemográficos en los países desarrollados han generado nuevos escenarios para la política económica en general y para la política social en particular. El envejecimiento y la longevidad afectan a ámbitos como el social, sanitario - su intersección, el sociosanitario -, y las pensiones en su diseño, aplicación y configuración dentro de los regímenes específicos de protección de los estados. Ello se refleja en el gasto social en forma de prestaciones económicas y de servicios en respuesta a los compromisos que genera, en España, la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia. El presente trabajo realiza una investigación sobre el camino recorrido por la Ley en su fase inicial de instauración mediante la configuración de un puzzle compuesto por cinco piezas: incidencia de los aspectos sociales y de salud de las personas dependientes en variables relevantes de la Ley; rol y relevancia social y económica del cuidado informal; impacto socioeconómico de la situación de recesión económica y crisis financiera sobre la Ley; descripción y detalle de costes inherentes a la dependencia; y diseño de un modelo teórico de financiación de la dependencia con distintas alternativas.

### **Material y métodos**

Ante la variedad de los objetivos planteados, se utilizan muestras de diferente naturaleza para dar respuesta a cada uno de ellos, con una modelización diferente también en cada caso. En las dos primeras piezas del puzzle, el diseño del trabajo corresponde a un estudio transversal de la población dependiente de la provincia de Cuenca, a fecha de febrero de 2009, obteniendo una muestra representativa formada por 690 individuos que tienen otorgada una prestación de dependencia: el aparato econométrico utilizado consta de diferentes modelos de regresión logística. Para la tercera pieza, a partir de la información ofrecida por el Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, ofrecida por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (SAAD-IMSERSO), se crea un panel de datos, complementado con información de variables de carácter macroeconómico tales como el nivel de desempleo, número de desempleados y número de desempleados sin subsidio, y pensionistas totales y pensionistas con pensiones mínimas; la metodología estadística utilizada ha sido la referente a datos de panel. Para el cuarto aspecto objeto de estudio se realiza un modelo de simulación de Monte Carlo a partir de las distribuciones multinomiales de probabilidad calculadas a partir de la información ofrecida de nuevo por el SAAD-IMSERSO: una vez obtenido el coste promedio anual de dependencia según grado baremado, se utiliza el Modelo Multi-estado de discapacidad para obtener el coste actual en sentido actuarial de dependencia. Por último, en la quinta pieza del puzzle se utiliza como muestra la Encuesta Financiera de las Familias del Banco de España para realizar el contraste de las hipótesis habituales respecto al comportamiento estocástico del consumo bajo los modelos de ciclo vital, incluyendo expectativas racionales, considerando el supuesto de que las familias deban asumir

íntegramente el coste de dependencia. Ello se realiza con la estimación del Método Generalizado de los Momentos. Posteriormente se construye un modelo de financiación de dependencia en base a las decisiones de consumo y ahorro de las familias: por un lado, el consumo realizado en activos reales, y por otro, el ahorro de previsión. Ambos conforman un conjunto de recursos de diferente naturaleza denominado inversión de previsión.

## Resultados y conclusiones

En primer lugar, respecto al análisis sociosanitario, se observa que el apoyo informal presenta un rol importante de cuidado para las personas dependientes. El estado civil casado, residir en el ámbito rural, las variables de salud que recogen el padecimiento de determinadas enfermedades tales como del aparato circulatorio, musculoesqueléticas e insuficiencia respiratoria, y el tratamiento higiénico-dietético a seguir según prescripción médica, se convierten en factores asociados a un aumento de la probabilidad de que una persona dependiente pueda disponer de cuidado informal. Por otra parte, el estado civil casado, residir en el ámbito rural, la percepción de un mayor nivel de renta, la variable de salud relativa a enfermedades neurológicas (cuando se incluye el cuidado informal como variable explicativa), el tratamiento higiénicodietético a seguir según recomendación médica y disponer de cuidado informal incrementan la probabilidad de que la prestación asignada en el plan individualizado de atención sea económica frente a un servicio. La probabilidad de institucionalización de la persona dependiente aumenta con el incremento de la edad, el estado civil soltero, la residencia en el ámbito urbano y los tratamientos médicos farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador. Cabe señalar que el parámetro asociado a la variable que recoge el grado de dependencia reconocido no ha resultado estadísticamente significativo en ninguno de los modelos estimados: ello sugiere que tanto el grado como el nivel de dependencia no son representativos del tipo de prestación más adecuada a las necesidades de la persona dependiente, mientras que sí lo son de la rapidez e intensidad con que se precisa dicha prestación.

En segundo lugar, bajo la hipótesis de extinción del cuidado informal y, por extensión, de la prestación económica diseñada para su cobertura, el coste total de dependencia aumentaría un 80,59% para la distribución de prestaciones de Castilla-La Mancha y un 38,75% para la distribución a nivel nacional: este aumento se desagrega en un incremento para Castilla-La Mancha del 251,04% y del 54,55% para el copago del usuario y financiación neta del ente público, respectivamente, mientras que para España, el incremento desagregado sería de un 122,97% y un 25,88% vía copago del usuario y ente público, respectivamente. Respecto al copago estimado del usuario, en las prestaciones económicas, el porcentaje se aproxima al 7%, mientras que en los servicios el copago oscila entre el 22,51% y el 26,07%, según la naturaleza de la distribución de prestaciones.

En tercer lugar, el montante global estimado de recursos a movilizar a nivel nacional en 2011 para dependencia asciende a 6.417,35 millones de euros, un 0,60% del PIB, superior al cálculo previsto en la memoria económica de dicha Ley elaborada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. El coste promedio anual de dependencia estimado según grado baremado para España asciende a 7.275,84 € anuales para el grado II (dependencia severa) y a 10.541,76 € anuales para el grado III (gran dependencia), con importantes diferencias intercomunitarias. Las cuantías estimadas para el coste actual en sentido actuarial ascienden en el total de España a 6.641,00 € y 9.629,58 €, para los grados II y III de dependencia respectivamente, para la edad de 65 años y sexo masculino. En el caso de las mujeres, las cuantías se reducen para la misma edad y los mismos grados de dependencia a 4.857,52 € y 7.045,55 €, respectivamente.

Por último, el análisis del coste de dependencia dentro de los modelos de ciclo vital muestra que las variables relativas al tamaño, estructura y composición del hogar y el ciclo vital (representado por la edad del cabeza de familia) determinan el comportamiento del consumo durante el horizonte vital, así como el instrumento asociado a los tipos de interés, que aunque el valor del parámetro asociado ha resultado impreciso, su significatividad en la estimación del modelo ha resultado estable en los modelos genéricos, y en gran parte de los percentiles de renta y riqueza analizados. Por otro lado, la elaboración del modelo de financiación propone distintas vías alternativas como fuentes de financiación de la Ley de Dependencia, entre las que se incluyen los dos grandes bloques mencionados: el consumo en activos reales y el ahorro de previsión. Ambos conforman la inversión de previsión como un montante de recursos susceptibles de financiar la dependencia: el primer bloque, como liquidación del patrimonio real; el segundo bloque, mediante una previsión de ahorro materializada en los correspondientes instrumentos financiero-actuariales.

## Ensayos sobre los factores que impulsan el gasto sanitario público



Ángela Blanco

Dirección General de Presupuestos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas

*Tesis doctoral defendida el 18 de diciembre de 2012 en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico I de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense de Madrid, dirigida por D. Vicente Ortún Rubio, que obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude por unanimidad. Tribunal: Simón Sosvilla Rivero (Presidente), Rafael Salas del Mármol (Secretario), Juan Cabasés Hita, Beatriz González López-Valcárcel y Jaume Puig-Junoy. E-mail: ANGBLAMOR@terra.es"*

El problema de investigación que se aborda en la tesis consiste en responder a la pregunta de si el gasto sanitario público será financieramente sostenible ante el proceso de envejecimiento de la población en España. Para ello, se estima la evolución futura del gasto sanitario público sobre la base del comportamiento previsto de los factores que determinan su crecimiento.

La metodología seguida es la utilizada por el Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento de la Población y Sostenibilidad de la Unión Europea (AWG). La evolución del gasto se estima a partir de la evolución de los perfiles de gasto sanitario por edad y sexo a lo largo del periodo de proyección 2008-2060, del crecimiento de los precios implícitos en la prestación sanitaria en el sector público y del crecimiento de la cantidad o volumen de servicios sanitarios consumidos.

Los perfiles por edad y sexo del gasto sanitario público, excluidos los cuidados de larga duración, se estiman para España en el año base, 2008. Esto se ha hecho -salvo en el caso de la asistencia con internamiento- con un enfoque que parte del gasto agregado y lo asigna según la utilización que cada grupo de población realiza de cada tipo de servicio sanitario. Para el gasto en asistencia sanitaria con internamiento se adopta un enfoque "bottom-up" porque, en este caso, se dispone de bases de datos de ámbito poblacional con sistemas asociados de imputación de costes.

Se escenifica el comportamiento de estos perfiles a lo largo del periodo de proyección. El supuesto básico consiste en mantenerlos constantes, que es el caso más desfavorable, el cual se asocia con el supuesto de *expansión de la morbilidad* y asume que todos los años ganados en esperanza de vida se viven en mala salud.

Los escenarios que plantean que las ganancias de esperanza de vida se viven sólo en parte con mala salud son el escenario de *equilibrio dinámico* que asume que los años ganados de esperanza de vida se viven en buena salud y el de *compresión de la morbilidad* que asume que se viven en buena salud más años que los ganados en esperanza de vida.

Además, se tiene en cuenta el hecho de que a lo largo de la vida de una persona el mayor consumo de gasto sanitario se concentra en su último año de vida. Este efecto, denominado *coste de la muerte*, aconseja desglosar los perfiles de gasto por una variable más: el estado de supervivencia. De no hacerlo, se sobreestima el gasto sanitario proyectado.

El comportamiento futuro de los perfiles de gasto tiene especial relevancia. Por ello, una parte de la tesis se centra específicamente en su análisis considerando los escenarios descritos del AWG. Los resultados sugieren la conveniencia de utilizar en el futuro escenarios que tengan en cuenta un comportamiento desigual por edades, derivado de decisiones tomadas desde el sistema sanitario.

Por lo que se refiere a los precios implícitos en la prestación sanitaria pública, se asume el supuesto de que su



evolución es igual a la de los precios implícitos en el Producto Interior Bruto (PIB). Se trata de un supuesto que, para España y de mantenerse el comportamiento observado en el pasado, estaría llevando a un sesgo, al sobreestimar el gasto sanitario público. Esta tesis aporta, como trabajo original, la estimación de un deflactor específico del gasto sanitario en uno de los ensayos que la componen.

En lo que se refiere a la evolución de la cantidad de servicios sanitarios consumidos, lo que se llama la prestación real media por persona, ésta se asocia con la evolución del PIB per cápita. El supuesto básico es que ambas variables presentan la misma evolución, lo que significa asumir que la elasticidad renta del gasto sanitario es 1. Para introducir diferentes escenarios, se modifica el valor de dicha elasticidad: 1,1 y 1,3 en el año base, convergiendo a 1 al final del periodo de proyección. El marco metodológico utilizado asume que el impacto de los factores no demográficos, distintos del precio, sobre la tendencia futura del gasto sanitario, se captura mediante la elasticidad renta del gasto sanitario. Englobaría, por tanto, factores como el crecimiento económico, las nuevas tecnologías y los avances médicos y la organización y gestión de los sistemas de salud.

Los estudios que componen esta tesis ponen de manifiesto que el efecto demográfico no parece ser el principal impulsor del gasto sanitario, situando el foco de atención en otros factores como el estado de salud de la población, el crecimiento económico, las nuevas tecnologías y los avances médicos, y la organización y gestión del sistema de salud.

Los escenarios considerados apuntan a niveles de gasto sanitario sobre el PIB -sin incluir los cuidados de larga duración- comprendidos entre 6,44% y 8,82%. Es decir, con incrementos en este indicador de sostenibilidad que podrían llegar a ser un 94% del objetivo de déficit contemplado en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento.

Se constata que los cambios en el estado de salud tendrían un impacto significativo en la sostenibilidad del gasto sanitario público, cuya tasa de crecimiento podría ser frenada por la reducción de la morbilidad, con reducciones en el indicador de gasto sanitario sobre PIB de hasta el 1,5%, la mitad del déficit público tolerado en el Pacto de Estabilidad y Crecimiento.

También se pone de manifiesto que acompañar el crecimiento del gasto sanitario en precios y cantidad a los crecimientos que estas variables presentan para el conjunto de la economía es una buena estrategia para procurar su sostenibilidad: cuando los crecimientos en volumen superan a los del conjunto de la economía, en un escenario en que la elasticidad renta del gasto sanitario es de 1,1, el indicador de sostenibilidad empeora al menos un 20%.

La incorporación a las estimaciones de mejoras metodológicas como son la consideración en el modelo de proyección de los mayores costes por persona en las etapas finales de la vida o la utilización de índices de precios específicos para el sector sanitario apuntan, en España, a una menor presión sobre el gasto sanitario público.

Otras mejoras metodológicas aportadas tienen efectos inciertos, como la necesidad de considerar que la evolución a través del tiempo de los patrones de uso de los servicios de salud varía con la edad de forma desigual. Se pone de manifiesto la necesidad de tener esto en cuenta en proyecciones futuras.

Con acuse de recibo

## I Jornada de Gestión Sanitaria en Madrid

Juan Oliva  
Presidente de AES

*"Madrid es para mí un libro inmenso, un teatro animado, en que cada día encuentro nuevas páginas que leer, nuevas y curiosas escenas que observar".*

*Escenas y tipos matritenses*





### Antecedentes

El 30 de octubre del pasado año, el Gobierno de la Comunidad de Madrid presentó su *Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid* (una interesante lectura del Plan y un enlace al mismo lo pueden encontrar aquí: <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com.es/>). Once páginas pueden dar para mucho y, desde el primer momento, se desata una fuerte contestación por parte de los profesionales sanitarios madrileños y de varias sociedades científicas y profesionales. Tras meses de conflictos, jornadas de huelga por parte de los profesionales sanitarios incluidas, y varias idas y venidas a mesas de negociación, algunas de las medidas indicadas en el Plan han sido retiradas (transformación del Hospital de La Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores) y otras se han paralizado temporalmente en espera de resolución judicial firme (euro por receta). Sin embargo, una de las actuaciones más polémicas (externalización de la actividad sanitaria en seis hospitales, utilizando el modelo de concesión de los servicios sanitarios) continúa adelante.

A lo largo de estos meses se han generado debates interesantes, a veces, desaforados, en otras ocasiones, sobre las virtudes y los defectos de la gestión privada de servicios sanitarios públicos (en el blog de FEDEA, Nada es Gratis, se puede revisar seis post sobre la cuestión).

Sábado, 16 de febrero.

7:30 a.m. Bip Bip. ¿Dónde vas a estas horas un sábado?

7:45 a.m. Tras la mandarina, la tostada y el café al uso... ¿dónde vas a estas horas un sábado?

8:25 a.m. Insisto: ¿dónde vas a estas horas un sábado? No preguntes: corre o no llegas.

9:15 a.m. Salón de actos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Bajo la mirada de Vesalio y de los 21 ilustres anatómicos y cirujanos del Hospital San Carlos (Gimbernat, Ribas, Drumen, Callejo,...) comienza a llegar el público a la Jornada. Si los organizadores no mienten, más de 500 médicos y algún economista camuflado en la audiencia.

9:45 a.m. Llenazo. Parece que los organizadores sabían de lo que hablaban

Miro el programa y no veo representantes de la Consejería o del Servicio Madrileño de Salud. Desconozco si han sido invitados o no. Escuchando los comentarios de tres jóvenes médicos sentados en la fila superior a la mía me parece prudente su ausencia.

9:55 a.m. Pedro González León (Presidente de AFEM) y José María Segovia de Arana calientan al auditorio con sendas intervenciones en defensa del profesionalismo y la sanidad pública, no exentas de dosis de autocrítica.

## MESA I: MODELO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

10:30. La primera ponencia corre a cargo del profesor Félix Lobo y lleva por título "Gestión sanitaria en Madrid ¿pública o privada?". El inicio de la intervención tiene por objeto bajar a la realidad a los asistentes: revisión de cifras económico-presupuestarias y sanitarias españolas y madrileñas (hasta donde se puede...dadas las deficiencias informativas en esta región). Esto no pinta bien. Nada bien. A continuación desgrana la expansión de las infraestructuras hospitalarias madrileñas que han tenido lugar durante la última década (sin parangón en Europa...quizás con la excepción de alguna otra Comunidad Autónoma española) y los detalles de los contratos firmados en las concesiones de servicios (fórmulas PFI -iniciativa de financiación privada- y "modelo Valdemoro") adjudicadas. Su exposición finaliza con una revisión de la literatura internacional sobre fórmulas de gestión privada de servicios sanitarios públicos. La conclusión es rotunda: los estudios realizados no avalan la superioridad de las fórmulas de gestión privada desde la óptica de la eficiencia (uno piensa que tampoco lo contrario). Félix se pasa del tiempo estipulado. Vamos a perdonárselo porque le interrumpieron en varias ocasiones los aplausos de los asistentes.

Ya desde esta primera intervención queda claro que habrá dos hilos conductores de la sesión: uno explícito y que daba título a la misma -modelos de gestión-, y otro implícito -buen gobierno de la sanidad-, que se irá desplegando a lo largo de las intervenciones.

11:30. Pedro de la Oliva (miembro de la Junta Directiva AFEM) centra su intervención en un aspecto concreto del Plan: la afirmación "De media, el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes, este coste medio anual es de 441 euros." Presenta los resultados del Informe AFEM, obtenidos, como él mismo reconoce, a través de una labor más detectivesca que científica, y va desgranando los distintos conceptos que van conformando el capitativo para llegar a una conclusión desconcertante: ¡¡las cifras del Plan no son coherentes!! Casi diría que afirmó que eran inventadas, pero en honor a la verdad la memoria podría fallarme. Olviden esta última frase, pero convengan conmigo que es francamente sorprendente poner en duda la afirmación del Plan cuando ésta debe estar avalada por informes técnicos presentados por la Consejería que explicarán con detalle el origen y la composición de dichas cifras. ¿Cómo es posible que se pongan en duda? Ah, ¿que no? Mi compañero de banco me indica que no, que todo lo que hay a la vista son las once páginas del Plan. ¡Vaya, qué chasco! Suerte que ya toca ir a por el café.

12:00-12:15. Café. Busco a Félix para felicitarle. Lo consigo. Empezamos a charlar. Giro la cabeza y...Félix, ¿Félix? Félix está rodeado por una miríada de sonrientes profesionales sanitarias (composición abrumadoramente femenina) que no paran de hacerse fotos con él. Imposible rescatarle. Las fans no admiten injerencias de advenedizos.

## MESA II: MODELOS DE GESTIÓN PRIVADA DE LA SANIDAD PÚBLICA: EXPERIENCIA EN EUROPA Y EN ESPAÑA

12:15. La primera intervención de esta segunda parte gira en torno a la experiencia en Suecia y Reino Unido de las colaboraciones público privadas (CPP) y corre a cargo de José Ramón Repullo (Repu). Repu se gana al público enseguida pasando de Beveridge al Trío de las Azores y al dueto Rajoy-Merkel, con González (Felipe, no Ignacio)-Helmut Kohl entre medias...y casi ni les cuento lo que venía más atrás... "En busca de nuestro modelo" podríamos denominar a esta parte de su intervención. Los asistentes siguen interrumpiendo a cada momento con aplausos...qué gente tan ruidosa...o entusiasta...o qué sé yo...Tras desgranar los elementos más generales de la organización sanitaria en Suecia y en Inglaterra y señalarnos que haríamos bien en mirar a estos últimos, dado que cuentan con 146 experiencias del tipo CPP y que, por tanto, las han visto de todos los colores, concluye señalando que en España no estamos bien preparados para abordar grandes cambios en gestión en este sentido puesto que ni contamos con el capital social de los suecos, ni con un profesionalismo bien asentado y legitimado como en el Reino Unido, ni con los mecanismos de buen gobierno, transparencia y rendición de cuenta de ambos. El doctor Repullo se preguntaba al final de su intervención si en España podríamos tomar lo peor de ambos sistemas de gestión (público y privado) y empeorarlo aún más. Yo pienso que ya hemos demostrado estar capacitados para eso y para mucho más, pero mejor me guardo este comentario.

13:00. Seguro que ahora los mensajes van a ser más positivos. No en vano llega el turno de Salvador Peiró (Voro), quien nos hablará de la experiencia de la Comunidad Valenciana. Comienza su intervención con un tono de perfil bajo: "yo soy un modesto investigador, que pasaba por aquí, mis presentaciones no son tan brillantes como las de los anteriores ponentes, los valencianos somos como la media en la mayoría de indicadores...quizás llama la

atención la cantidad de antipsicóticos que tomamos...". Como quien no quiere la cosa suelta dos o tres andanadas directas a la línea de flotación: la gestión puede ser buena o mala...y hay gestión pública buena y mala...idem en la privada; hay centros públicos que lo llevan haciendo muy mal hace años y no se les ha dicho o no se les ha dado las herramientas para que mejoren; sobre el papel, los dos modelos pueden funcionar, a condición de que quien regula y quien paga supervisen y premien o castiguen la buena o mala gestión. Y esto mientras va apoyando la explicación en ¡¡datos!! Sí, esos que nunca vemos. ¡¡Existen!! ¡¡Están ahí!! ¡Yo los vi en esta sesión! (¡caramba con el investigador modesto!)

## CONFERENCIA DE CLAUSURA

13.30 -Recompongamos la compostura para cerrar la sesión. La última intervención corre a cargo de Rafael Bengoa y su título es "¿Qué cambios son necesarios en la gestión sanitaria en el momento actual?". Debo confesar que en esta parte final me enteré de poco porque estuve compadreado con José Ramón y Voro, pero de lo poco que escuché, me quedo con tres ideas centrales: (1) el debate sobre los modelos de gestión es importante, pero nos está haciendo olvidar otros tan o más relevantes para garantizar la solvencia del SNS; (2) para abordar este reto es necesario contar con la ayuda de los profesionales y de los ciudadanos; y (3) hay que tener un plan (Rafael lo llamaba "El Relato"). Malas noticias, supongo, porque (1) en la Comunidad de Madrid el debate está enconado en la cuestión de los modelos de gestión; (2) hasta el momento los planes se han realizado de espaldas a los profesionales y el ámbito de participación ciudadana digamos que es...escaso (es el problema de la libertad de elección sin información); y (3) Plan, lo que se dice Plan...hay once páginas escritas, pero pensar en cómo se estructurará la sanidad madrileña en un futuro a partir de esas páginas es un ejercicio de libre imaginación. Tampoco seamos excesivamente duros con los gobernantes madrileños porque lo mismo es aplicable al país: ¿tenemos un Plan?

14:00. Debate e intercambio de ideas con la audiencia (esta gente, los ponentes, se nota que son solventes, porque mira que les tiran con bala).



14:30. Final de la sesión. Los organizadores indican que las ponencias y las presentaciones aparecerán en la página web de AFEM dentro de unos días. Más fotos de Félix rodeado de audiencia femenina, actividad a la que se suma Rafael Bengoa. No digo que José Ramón y Salvador no triunfaran por igual, pero así es cómo lo recuerdo.

Todos a casa contentos porque, aunque ningún café es gratis, ha merecido la pena invertir la mañana del sábado para aprender un poco más de este tan complejo tema con colegas tan ilustrados y brillantes.

### *Post Scriptum*

15:00. Bocadillo de calamares en el bar El Brillante (institución madrileña bien conocida por los frequentadores de la estación de Atocha). Paseo en dirección sur. A 30 minutos andando desde Atocha, llegando a la Plaza de Fernández Ladreda, se ven claramente colchones bajo los puentes y personas semiocultas bajo cartones. Ya me perdonarán, pero aquí ni tuve tentación de sacar fotografías ni la tengo ahora de hacer broma alguna.

## II Taller del grupo EvaluAES

Ruth Puig-Peiró y Marta Trapero-Bertran  
Socias de AES

El pasado 22 de Febrero tuvo lugar el II Taller de Investigación en Evaluación de Políticas y Servicios de Salud organizado conjuntamente con el *Centre de Recerca en Economia i Salut* (CRES) en la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. La Sala de Graus Albert Calsamiglia albergó aproximadamente unas cuarenta personas, y fue el punto de encuentro de conocidos y amigos. El balance de asistentes fue muy positivo dados los problemas de transporte ocasionados por la huelga de Iberia y Vueling, que dejó a algunos ponentes y participantes en tierra sin poder asistir al Taller. Dichas ausencias de última hora obligaron a los organizadores a reestructurar la jornada y finalizarla a las tres del mediodía. Seguro que habrá en el futuro más ocasiones para los que no pudieron asistir, ¡así que no pasa nada! Y a los que sí pudieron venir, ¡muchas gracias por el esfuerzo!

La Jornada empezó alrededor de las diez de la mañana con unas palabras de una de las coordinadoras del Grupo, Pilar García-Gómez, felicitando y agradeciendo a todos por la excelente participación en el *call for papers* y el nivel de los trabajos que se enviaron. En esta ocasión, el formato de la jornada fue singular; los autores presentaron su trabajo durante aproximadamente veinte minutos y, posteriormente, un comentarista externo al proyecto discutió el artículo aportando su *expertise* en el área. Al final de cada una de las sesiones se abrió un turno de preguntas y comentarios al público, el cual fue muy participativo a lo largo de toda la jornada de trabajo. El Taller se pudo seguir *alive* a través del twitter de EvaluAES (@evaluAES), retransmitiéndose todos los momentos más destacados para los seguidores tuiteros.

Nuria Toro abrió la jornada con el trabajo “Factores condicionantes de la gestión de la atención integrada de la cronicidad en Osakidetza”. En la presentación expuso el desarrollo de una herramienta sobre un Instrumento para la Evaluación de los Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC). El comentarista del trabajo fue Salvador Peiró, bastante crítico en algunos aspectos del trabajo como la muestra y la evidencia utilizadas. El ambiente se caldeó y el público se involucró en el debate. ¡Objetivo conseguido!

Tic tac tic tac...el público entusiasmado habría parado el tiempo, pero el reloj de Pilar García seguía corriendo y, como moderadora de la primera parte de la jornada, dio paso al segundo trabajo presentado por Laura Vallejo-Torres “The impact of primary care supply on quality of care in England”, realizado junto con Steve Morris, ambos de la University College London. El comentarista en esta ocasión fue Joan Gené, cuyos comentarios elogiaron el trabajo, aunque también destacó algunas carencias y áreas de mejora que fueron apoyados por la propia ponente y gran parte del público (por cierto, ¡con mucho entusiasmo!).



Unas pastas y un café amenizaron los ánimos durante media hora para dar lugar a la segunda parte de la jornada que fue moderada por Jaume Puig-Junoy. En esta segunda parte se presentaron tres trabajos: “A conditional mixed logit model with congestion applied to medical speciality choice in Spain. Useful lessons for health policy” realizado -entre otros- y presentado por Vicente Ortún; “Evaluación del Impacto Económico de la exclusión de medicamentos de la financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud en el gasto farmacéutico de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)”, por Ainara Echeto García y colegas; y, “The impact of employment quotas on employment of disabled workers in Spain”, trabajo que cerró la jornada, presentado por Pilar García-Gómez -que cubrió la ausencia de la ponente y co-autora Judit Valls- y comentado por Manuel Flores.



Jaume Puig-Junoy cerró el taller con todo tipo de agradecimientos a los autores por la calidad científica, a los comentaristas por las valiosas reflexiones y sugerencias, y a las coordinadoras del grupo por tan enriquecedor formato. Animó al grupo a seguir trabajando en la misma línea e incluso ofreció la Universitat Pompeu Fabra como sede para la celebración del próximo Taller de EvaluAES.

Si hubo fallos organizativos, la verdad es que desde fuera no se percibieron, y la jornada fue valorada muy positivamente por los asistentes. El *Centre de Recerca en Economia i Salut* (CRES) se sintió muy satisfecho de poder contribuir con su granito de arena a que esta jornada fuera otra vez un éxito, y un agradecimiento desde la organización a nuestro maestro tuitero, Paco Estupiñan, que es de aquellas personas que de manera desinteresada, y con esfuerzo y trabajo a la sombra, hacen que las cosas funcionen bien y alcancen el éxito.

Gracias a todos por contribuir a lo que EvaluAES se está convirtiendo y animar a participar en actividades futuras a todas las personas, socios y no socios de AES, que tengan un interés en la evaluación de políticas y servicios de salud.

## I Taller del Grupo AES de Evaluación Económica



[leticia.garcia.easp@juntadeandalucia.es](mailto:leticia.garcia.easp@juntadeandalucia.es)

[araceli.caro.easp@juntadeandalucia.es](mailto:araceli.caro.easp@juntadeandalucia.es)

En su segundo periodo de actividad, el Grupo AES de Evaluación Económica inicia el año con el I Taller de Expertos sobre la “Revisión Sistemática, Metanálisis y Síntesis de la evidencia para la toma de decisiones en la evaluación de tecnologías sanitarias”.

La evaluación de tecnologías sanitarias engloba un proceso amplio de análisis e investigación en el que se incluye, por una parte, el análisis técnico, cuyo objetivo es evaluar la evidencia disponible sobre los diferentes aspectos inherentes a la tecnología, tales como su eficacia, efectividad y seguridad. Este análisis requiere cierto rigor y validez externa, y la búsqueda de la mejor evidencia disponible, sin olvidar las variables de contexto (epidemiológicas, demográficas y de costes) que se relacionan con la tecnología a evaluar.

Asimismo, en todo el proceso deben considerarse las características propias de nuestro sistema de salud, en el que los centros hospitalarios cuentan, en la actualidad, con un elevado protagonismo. Éstos son la puerta de entrada de muchas de las nuevas tecnologías susceptibles de financiación pública y, por ende, responsables -decisores- de su incorporación en el sistema.

Dentro del Grupo AES de Evaluación Económica, y conscientes de la importancia de contar con la mejor evidencia disponible en el proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias, la celebración de este taller pretendía cumplir con el objetivo de intercambiar conocimiento, promover el diálogo con expertos de diferentes disciplinas, proponer buenas prácticas en la utilización de técnicas cuantitativas para la evaluación económica, como el metanálisis o los estudios de comparación indirecta, así como ofrecer una reflexión sobre la mejor forma de presentar los resultados a los decisores públicos.



El taller fue impulsado por David Epstein, coordinador del *subgrupo 3. Métodos Cuantitativos para la Evaluación Económica: Modelización, Métodos estadísticos y econométricos y metanálisis* quien, junto con Araceli Caro y Leticia García (coordinadoras del Grupo), seleccionó un total de siete trabajos para su exposición y debate en plenario. El formato del taller permitió contar con un interesante espacio en el que más de 30 asistentes pudieron intercambiar opiniones diversas sobre los objetivos y resultados de los trabajos, su abordaje metodológico, así como las bondades que la síntesis de la evidencia y el metanálisis ofrecen en el proceso de toma de decisiones.

El nivel de desarrollo de los trabajos seleccionados fue muy variado. Algunos se presentaron en una fase inicial de síntesis de la evidencia, y en ellos se destacó la importancia de realizar un buen diseño y selección de la estrategia de búsqueda, con un balance adecuado entre exactitud y precisión; otros, ya finalizados, ofrecieron una perspectiva completa del proceso de toma de decisiones, mostrando la complejidad inherente al abordaje y la comunicación de las conclusiones obtenidas al decisor y, en definitiva, al sector sanitario público.

La heterogeneidad del perfil profesional asistente facilitó, además, un debate enriquecedor y multidisciplinar; los participantes procedían de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, del sistema sanitario público de Andalucía, en calidad de gestores o responsables clínicos, de diferentes universidades (como docentes e investigadores del ámbito de la economía de la salud y la salud pública) y de otras instituciones y empresas, como la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, Mundipharma, Merck Sharp & Dohme (MSD), el Instituto de Biomedicina de Sevilla y el Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME), entre otros.

Expertos como Simon Thompson, de la Universidad de Cambridge, Belén Corbacho, de la Universidad de York, María Auxiliadora Castillo Muñoz, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Vivian Benítez, investigadora de un proyecto FIS (del Instituto de Salud Carlos III), y Miguel Rodríguez Barranco y

Antonio Rojas García, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), participaron como ponentes en esta actividad.



**Simon Thompson** fue el encargado de abrir la sesión de la mañana, exponiendo los resultados de una revisión independiente realizada en el contexto del sistema sanitario del Reino Unido. La finalidad de la revisión pretendía aunar las conclusiones que, sobre los beneficios e inconvenientes del cribado de cáncer de mama, se encontraban en trabajos publicados.

La revisión mostró que, por cada muerte evitada por cáncer de mama, se sobrediagnostican tres casos, identificados y tratados. Conclusión que puso de manifiesto entre los investigadores la importancia de comunicar adecuadamente el balance entre los beneficios e inconvenientes del programa preventivo, a fin de que no sólo los gestores, sino también las mujeres, puedan tomar una decisión informada. Asimismo, los asistentes coincidieron en la necesidad de reevaluar el coste-efectividad del programa de cribado del cáncer de mama, tanto en el Reino Unido como en España, prestando especial atención a las implicaciones sociales y sanitarias derivadas de su recomendación. De otro lado, se debatió la influencia que el avance de las tecnologías tiene en las técnicas de cribado actuales. La necesidad de contar con evidencia sustentada en el seguimiento de pacientes a largo plazo genera un desfase temporal que el decisor no puede incorporar hasta un futuro próximo, pero que afecta a una decisión o una recomendación presente.

**Miguel Rodríguez Barranco** presentó los resultados de un metanálisis que evalúa el efecto de la exposición a arsénico y manganeso en el neurodesarrollo infantil. Su estudio concluyó que el aumento en la exposición a estos compuestos produce una disminución significativa en el coeficiente intelectual de niños con edades comprendidas entre los 5 y los 15 años. Este trabajo es el primero que cuantifica la relación entre la exposición a estos compuestos metálicos y el desarrollo intelectual en niños, e integra los resultados de los estudios previos desarrollados hasta la fecha en varios países. El debate en el taller se centró mayoritariamente en la estrategia metodológica seguida por los investigadores, como la idoneidad de incluir otras variables de exposición (como el cobre) en la revisión sistemática de la literatura científica seleccionada, el análisis de las posibles causas de heterogeneidad detectada entre los estudios seleccionados y la pertinencia de realizar análisis por subgrupos para obtener una estimación de la magnitud del efecto más precisa.

**María Auxiliadora Castillo** mostró el efecto de los inhibidores de la proteasa en el tratamiento de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C, utilizando para ello técnicas de comparaciones indirectas ajustadas. Los resultados se presentaron en términos de eficacia y seguridad. Aunque los ensayos clínicos aleatorizados y la revisión sistemática y metanálisis de los mismos proporcionan uno de los niveles de evidencia más altos, las comparaciones indirectas son una estrategia muy útil para paliar la limitación derivada de la ausencia de ensayos clínicos que comparen la tecnología a evaluar (el fármaco) con otra de mayor eficacia o efectividad.

Además, se destacó la ausencia de estudios que incorporen esta metodología de comparación indirecta ajustada, posiblemente por el desconocimiento en su abordaje. Este método permite la comparación entre dos medicamentos “A” y “B”, si ambos han sido comparados con un tercero “C” y tiene como ventaja añadida que mantiene los beneficios inherentes a la asignación aleatoria. Sin embargo, no debe olvidarse que existe riesgo de que se introduzcan sesgos relacionados con la consistencia de los datos (calidad de los estudios) y la homogeneidad de los mismos entre los estudios, que deben ser corregidos.

En el contexto de la salud mental, como uno de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública, **Antonio Rojas** presentó una revisión sistemática que puso de manifiesto la variabilidad en la efectividad de las intervenciones dirigidas a diferentes grupos de poblaciones desfavorecidas, así como la escasez de intervenciones



en desigualdades en salud mental fuera del ámbito estadounidense. El posterior debate osciló en torno a las diferentes estrategias que, en un ámbito sanitario o intersectorial pudieran ser utilizadas para reducir desigualdades, en especial a las más efectivas, como las que actúan sobre los trastornos del estado de ánimo en minorías étnicas y/o poblaciones de bajo estatus socioeconómico. Finalmente, se abordó la importancia de su evaluación en el contexto sanitario en general y en la atención a la salud mental de manera específica.

Por otra parte, se presentaron dos trabajos en curso con temáticas muy distintas: la efectividad de un programa intensivo, basado en visitas domiciliarias de enfermeras/matronas a madres adolescentes, y su impacto a largo plazo en salud, educación, empleo y criminalidad, presentado por **Belén Corbacho**; y la síntesis de la evidencia en la relación existente entre el uso de heurísticos (*“estrategias que las personas usan deliberadamente para simplificar las tareas de juicio”*) en el proceso de razonamiento diagnóstico y los errores cognitivos encontrados en atención primaria, a cargo de **Vivian Benítez**.

El primer trabajo de Belén suscitó un debate muy interesante acerca de la complejidad de establecer relaciones entre variables proxy recogidas de resultados primarios de un ensayo clínico aleatorizado (como el bajo peso del recién nacido o cambios de hábitos en el consumo del tabaco durante el embarazo) con otras variables de resultado a largo plazo como el empleo o la presencia de conductas delictivas. Entre otras cuestiones comentadas que centraron la atención de los participantes, destacó la pertinencia o no de incluir otras variables proxy, como la lactancia materna, que pudieran influir igualmente en los resultados esperados.

Se propusieron varias soluciones a la estrategia de búsqueda en la selección de la evidencia, como el pilotaje de criterios de inclusión, sobre todo en situaciones en las que el investigador localiza un extenso volumen de artículos y estudios. Y, en concreto, para el segundo trabajo presentado, los asistentes debatieron la adecuada elección de la pregunta de investigación y su orientación hacia una estrategia de búsqueda con mayor componente clínico.

Finalmente, **David Epstein** centró su intervención en las características de la información requerida para la toma de decisiones, la adecuación de la revisión sistemática de ensayos clínicos como fuente principal de información, la síntesis de la misma en función de los resultados obtenidos y su presentación a los decisores. El metanálisis ofrece información sobre la asociación entre un determinado tratamiento y un resultado en salud. Pero bien es sabido que la mayoría de los tratamientos afectan a varios resultados en salud simultáneamente, y que la estimación del efecto total depende tanto del efecto relativo como del riesgo basal. Además, el establecimiento de prioridades de inclusión de nuevos tratamientos requiere la estimación de los costes y beneficios utilizando una metodología que sea comparable entre distintas poblaciones. En este sentido, la revisión sistemática de ensayos clínicos y el metanálisis son instrumentos útiles, pero no suficientes, para decidir el nivel de cobertura y financiación pública de nuevas tecnologías sanitarias.

En este contexto, David propuso algunas “soluciones” cuando el análisis implica la incorporación de múltiples resultados y expuso las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, en las que los modelos de decisión adquieren un papel protagonista como herramienta y guía recomendada en el proceso de toma de decisiones. En el debate posterior se enfatizó la importancia de contar con modelos sencillos, pero que reflejen fielmente la evolución de la enfermedad, su historia natural y el efecto del tratamiento, así como modelos que sean transparentes y reproducibles.

En el cierre del taller, a cargo de David Epstein, se agradeció la asistencia a los ponentes y especialmente a los procedentes de fuera de Andalucía, por el esfuerzo realizado, así como al resto de participantes por la riqueza de las aportaciones y el debate generado durante las sesiones de la mañana y la tarde. Fueron generales, por parte de los asistentes, las muestras de interés por este tipo de encuentros y jornadas, máxime en el actual contexto de incertidumbre y racionalización del gasto sanitario.

## La regulación de la prestación farmacéutica hoy en España: la opinión de GENESIS contrapunteada por tres voces independientes

A fin de dar cabida, en el Boletín de AES, a voces sólidamente fundamentadas sobre los cambios que se están produciendo en la regulación de la prestación farmacéutica en nuestro país, hemos recabado la opinión de representantes del grupo GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos), de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Para aportar a los lectores más claves de análisis, también hemos recabado la opinión de tres profesionales para que la contrapuntearan con brevedad desde su posición situada en las antípodas del comodismo crítico.

Con el afán de espolear a un tiempo el análisis y el debate social sobre este tema, se presentan a continuación, no sin antes invitar a todos los lectores que lo deseen a que expresen su opinión enviando sus comentarios al buzón de sugerencias del Boletín que encontrarán al final del menú de contenidos.

### La evaluación de medicamentos y los seis servidores de Kipling

Eduardo López Briz<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Fraga Fuentes<sup>2</sup>, Francesc Puigventós Latorre<sup>3</sup>, Roberto Marín Gil<sup>4</sup>, Ana Clopés Estela<sup>5</sup>, en nombre del grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

<sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitario y Politécnico La Fe (Valencia). CASP España. Grupo GENESIS.

<sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan (Ciudad Real). Grupo GENESIS. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Universitari Son Espases (Palma de Mallorca). Grupo GENESIS. <sup>4</sup>Subdirección de Farmacia y Prestaciones, Servicio Andaluz de Salud (Sevilla). Grupo GENESIS. <sup>5</sup>Dirección del Programa de Política del Medicamento. Institut Català d'Oncologia (Barcelona). Coordinadora del Grupo GENESIS.

*Tengo seis honestos servidores  
(ellos me enseñaron todo lo que sé);  
Sus nombres son qué y por qué y cuándo  
y cómo y dónde y quién.*

*(The Elephant's Child. Rudyard Kipling)*

La difícil situación por la que atraviesa la economía mundial ha obligado a los gobiernos de todos los países a desarrollar e implementar medidas tendentes a asegurar la eficiencia de las tecnologías sanitarias financiadas con fondos públicos. El gobierno español, en sintonía con los países de su entorno económico y social, recogió en el RDL 16/2012 de 20 de abril tanto la financiación selectiva de medicamentos, como la vinculación de esta decisión de financiación a, entre otros factores, la evaluación económica ("análisis coste-efectividad y de impacto presupuestario")<sup>1</sup>. Aunque apreciaciones similares venían ya recogidas en disposiciones previas de tanto calado como la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios de 2006<sup>2</sup>, es cierto que hasta la fecha no se habían dado los primeros pasos para transformar los deseos en realidades concretas. En los últimos meses, la propuesta de creación dentro de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de un Grupo de Coordinación del Posicionamiento Terapéutico (GCPT) apunta en esa dirección. La función de este último grupo de expertos radicará en la integración de los informes de evaluación que habrán llevado a cabo como ponentes -y a petición propia- dos de las Comunidades Autónomas representadas, coordinadas desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para facilitar la adjudicación en caso de solicitarlo más de dos de ellas y para intentar garantizar que participen todas a lo largo del año. Una vez consensuado el informe final, se dará curso a la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia (DGCBSF) para su elevación a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM), donde se decidirán las condiciones de financiación y su precio en el Sistema Nacional de Salud.

En este complejo diseño, el papel de los distintos actores (explícitos o tácitos) está por definir de manera precisa. Numerosos colectivos profesionales, con mayor o menor aval histórico y curricular, creen necesaria su

participación en alguna parte del proceso. El grupo GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos), de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, ha solicitado formalmente ser considerado partícipe en la evaluación de medicamentos apoyando su petición en una experiencia acreditada de más de 7 años y un número de informes de evaluación que sobrepasa los 1000, y que pueden ser consultados en su página web (<http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/>). Esta actividad, en la que se incluye un número apreciable de informes compartidos, viene apoyada por un modelo de informe de evaluación de nuevos medicamentos y por un manual de procedimientos y programa de ayuda a la redacción de informes, el programa MADRE, actualmente ya en su cuarta versión<sup>3</sup> y que ha sido adoptado oficialmente por distintos hospitales y organismos públicos autonómicos. Legitimados por esta experiencia, y recurriendo a los seis honestos servidores de Rudyard Kipling que mencionábamos en el título, intentaremos explicar en las siguientes líneas la visión de nuestro grupo acerca de la evaluación de medicamentos en España.

## Referencias

1. En este Grupo de Posicionamiento Terapéutico están representadas la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (dos miembros), la Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia (un miembro) y de manera voluntaria las diferentes Comunidades Autónomas (17 miembros máximo) si proponen un miembro para formar parte del grupo.
2. Los informes compartidos son aquéllos elaborados de manera coordinada por un autor y un tutor voluntarios y que finalmente son revisados por el grupo coordinador de GENESIS para definir el posicionamiento terapéutico antes de ser sometidos a consulta pública en la web.

## POR QUÉ necesitamos los informes de evaluación de medicamentos

Sin duda se trata de la pregunta más fácil de responder: necesitamos los informes de evaluación de medicamentos (IEM) para tomar decisiones. Decisiones acerca de la financiación selectiva, decisiones acerca de la fijación del precio notificado y del precio financiado, y decisiones acerca de la posición que debe ocupar el nuevo medicamento dentro del esquema terapéutico de un problema de salud específico. Han pasado más de 35 años desde que Archie Cochrane enunciara su famoso eslogan ("todos los tratamientos efectivos deben ser gratuitos")<sup>6</sup>, y aunque la situación ha cambiado notablemente, la necesidad de maximizar las posibilidades de éxito del presupuesto asignado a nuevos fármacos, de manera que vaya a parar principalmente a las intervenciones que se asientan en la evidencia más sólida, sigue estando presente.

Una razón adicional sobre la necesidad de los IEM tiene que ver con trasladar a la sociedad (y también, por qué no, a los profesionales) un claro mensaje que no ha calado aún suficientemente acerca de que lo nuevo no tiene por qué ser lo mejor. No estará de más recordar un viejo aforismo de Marañón: "Conoce lo último, pero prescribe lo penúltimo".

Parece innecesario recordar aquí la cada vez mayor vigencia del coste de oportunidad, que sin duda ha inspirado tanto el constructo teórico de la financiación selectiva como el de la desfinanciación, y que nos obliga a tener en cuenta el impacto económico y presupuestario que los nuevos medicamentos financiados tendrán sobre el resto de intervenciones sanitarias; la limitación de los recursos públicos implica de manera irremediable una elección entre las alternativas disponibles.

## QUÉ informes de evaluación de medicamentos necesitamos

La proliferación de noticias sobre medicamentos en los medios de comunicación puede hacer pensar que el mundo de la farmacoterapia se encuentra en continua evolución (lo que es cierto) y que diariamente se descubren y lanzan nuevas moléculas que mejoran a las existentes (lo que no es tan cierto). Un objetivo ambicioso relacionado con la evaluación de medicamentos sería, por tanto, plantearse la evaluación de todas las novedades que aparecieran en el mercado español, como hacen algunas agencias (la canadiense o la escocesa, por ejemplo<sup>4</sup>), pero un objetivo más pragmático y posibilista debería poner el foco únicamente sobre ciertos medicamentos cuyo impacto clínico y/o presupuestario pueda ser especialmente relevante. Esto reduciría el número de IEM probablemente a no más de 15-20 medicamentos al año.

Por otra parte, reducir la evaluación exclusivamente a los medicamentos de registro reciente supondría asumir una falta de dinamismo de la investigación clínica de la que, desde luego, se encuentra muy alejada. Se calcula que diariamente se publican 75 ensayos clínicos<sup>5</sup>, y muchos de ellos tendrán que ver con nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados o con nuevos ensayos sobre las indicaciones ya aprobadas de medicamentos de alto impacto, por lo que estas nuevas indicaciones también deberán ser tenidas en cuenta a la hora de planificar los IEM.

### **CUÁNDO necesitamos los informes de evaluación de medicamentos**

La oportunidad y la temporalidad de los IEM son, en nuestra opinión, fundamentales. Los IEM deben llegar just in time, ni antes de que sean necesarios ni cuando ya no lo sean. Pero esto plantea algún problema sobre el que es necesario reflexionar. Parece claro que, en cualquier caso, la elaboración del IEM debe ser previa a la comercialización del medicamento para poder decidir adecuadamente acerca de su precio, financiación y condiciones de uso, lo que se aplica, desde luego, a las nuevas indicaciones de medicamentos ya comercializados. La metodología de GENESIS incorpora una actitud activa de búsqueda de medicamentos de alto impacto aprobados por la EMA para iniciar el IEM, con el convencimiento de que el tiempo que transcurrirá hasta su llegada a España será suficiente para permitir su elaboración. Este sistema concede a los autores del IEM un tiempo precioso que va a ser necesario para acortar los plazos; piénsese que se está hablando de posicionar todos los medicamentos de alto impacto y sus nuevas indicaciones, lo que supone una carga de trabajo muy importante para los evaluadores. Parece que en el circuito diseñado recientemente por la AEMPS se va a seguir un esquema similar.

### **CÓMO necesitamos los informes de evaluación de medicamentos**

No existe un acuerdo unánime acerca de los aspectos que debe reunir un IEM. Basta echar una ojeada a los informes publicados por las principales agencias estatales para constatarlo. En opinión del grupo GENESIS, hay una serie de características que deben considerarse irrenunciables, de manera que los IEM han de ser:

#### **⌘ Únicos**

La redundancia implica un consumo innecesario de recursos valiosos. Consciente de ello, GENESIS lleva tiempo aprovechando las sinergias que permiten las nuevas tecnologías recogiendo en su web los informes realizados por los hospitales y diferentes grupos públicos de evaluación.

#### **⌘ Vinculantes**

Una consecuencia necesaria de la unicidad de los IEM ha de ser su carácter vinculante. Se hace necesario por tanto que las distintas CCAA presentes en el CISNS adquieran el compromiso de aplicar de manera coordinada y unívoca las recomendaciones emanadas de la evaluación y posicionamiento de los medicamentos.

#### **⌘ Críticos**

Es sabido que la calidad de los artículos publicados en las revistas biomédicas, incluso en las más prestigiosas, es muy variable. Afortunadamente, se dispone de herramientas metodológicas validadas que permiten un análisis crítico estructurado de los distintos tipos de estudios (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas) con el fin de hacerse una idea clara tanto de la validez interna del estudio (calidad metodológica) como de la externa (aplicabilidad)<sup>7</sup>. Desde la óptica de GENESIS, se hace muy difícil evaluar un medicamento y posicionarlo terapéuticamente sin una valoración crítica de los ensayos clínicos u otros estudios publicados sobre el medicamento. No es difícil encontrar publicados informes de evaluación que describen los ensayos denominados "pivotal", que han conducido al registro de los medicamentos pero sin una valoración crítica de la metodología o de los resultados. Estos informes cabría clasificarlos entre los "descriptivos" y separarlos de los informes "evaluativos", y entre ellos existe la misma distancia que entre una revisión publicada en Drugs y otra publicada en la Cochrane Library.

Se dice que las técnicas de enseñanza de lectura crítica de CASP (Critical Appraisal Skills Programme) se desarrollaron para ayudar a los gerentes del National Health Service británico a tomar decisiones sobre

intervenciones sanitarias<sup>8</sup>, pero estas técnicas se han convertido en la actualidad en un difundido y poderoso instrumento de análisis de ensayos clínicos y otras publicaciones, muy utilizado por los profesionales de la salud y que no conviene ignorar. GENESIS mantiene la opinión de que el análisis crítico de la evidencia en los informes señala la frontera que separa la evaluación de la mera narración.

#### ■ Con evaluación económica

Los IEM que nuestro grupo viene difundiendo incorporan en su apartado de evaluación económica, tanto el análisis de coste-efectividad, como el impacto presupuestario y la recomendación de precio, y van encaminados a la selección de los fármacos más coste-efectivos y que permitan el mayor beneficio para la sociedad. Se trata, en definitiva, de alcanzar el mayor bienestar social como suma del bienestar de cada individuo maximizando la suma de años de vida ajustados por calidad (AVAC) en la población. Sin embargo, esta visión no es compartida de manera universal, y en general los informes de las agencias reguladoras (por ejemplo, la EMA) realizan una evaluación no comparativa de la eficacia, seguridad y calidad del nuevo medicamento, lo que dificulta su posicionamiento terapéutico e imposibilita una valoración de su coste-efectividad, alejándolos de las evaluaciones de referencia que deben ser manejadas en la toma de decisiones por los gestores, quienes necesitan saber en qué se invierte cada euro gastado y qué beneficios potenciales se van a obtener. Parece impensable que si los IEM han de servir para la toma de decisiones en fijación de precio, carezcan de aspectos de evaluación económica.

#### ■ Transparentes

Una de las características que comparten los informes GENESIS con los de las más prestigiosas agencias de evaluación es la posibilidad de que desde distintos ámbitos se pueda participar y opinar sobre la evaluación del medicamento a lo largo de todo el proceso, en lo que denominamos transparencia. Los informes GENESIS, además de ser expuestos públicamente en su web, son enviados a las compañías fabricantes del fármaco y a las sociedades científicas implicadas en la especialidad, lo que permite que colectivos profesionales, asociaciones de pacientes o industria farmacéutica revisen los documentos y formulen las alegaciones que estimen oportunas, alegaciones que figurarán junto con su respuesta en el informe final.

Desde nuestro grupo pensamos que las características desarrolladas más arriba deben enmarcarse en un método contrastado de evaluación al que acompañen unos criterios claros y consensuados de decisión sobre umbrales de coste-efectividad incremental para nuestro país, umbrales que deben ser matizados para aquellas situaciones más sensibles desde el punto de vista social (medicamentos huérfanos, medicamentos en situaciones terminales). Seguramente la non nata "comisión de los 7" podría aportar este referente.

### **DÓNDE necesitamos los informes de evaluación de medicamentos**

Necesitamos IEM únicos, vinculantes, críticos, transparentes y con evaluación económica en el más alto nivel de decisión para garantizar que las decisiones adoptadas lo sean de acuerdo con la mayor y mejor información disponible. Dos momentos son fundamentales en la "vida" de un medicamento: aquel en que se decide acerca de su precio y financiación y aquel en que se realiza el posicionamiento terapéutico. El modelo de IEM que propone GENESIS debe encontrarse presente en ambas situaciones.

### **QUIÉN debe hacer los informes de evaluación de medicamentos**

Esta es una de las grandes preguntas pero con espinosa respuesta. Como se ha puesto de manifiesto en las numerosas jornadas y reuniones que han tenido lugar, nadie quiere perder la oportunidad de participar, incluso aquellos colectivos que, por tradición, más alejados han estado de la evaluación crítica de medicamentos. En opinión de nuestro grupo, el proceso ha de perder todo carácter excluyente para hacerse pluridisciplinar y participativo, incorporando a los colectivos que han asumido esta tarea históricamente en nuestro país. Hay que aprender haciendo, la curva de aprendizaje es demasiado costosa en esta disciplina.

Aunque el procedimiento que se ha propuesto hace difícil este tipo de colaboraciones por parte de las sociedades científicas o profesionales<sup>9</sup>, no se puede comenzar un nuevo sistema de evaluación sin contar en la fase crítica del proceso con el mayor abanico de profesionales implicados. De acuerdo con este procedimiento propuesto, los técnicos de las Comunidades Autónomas serían los que elaborarían los IEM y la AEMPS la que coordinaría el

informe final que se elevaría al GCPT y a su vez a la Comisión Permanente de Farmacia, lo que facilitaría y debería garantizar el compromiso de aquéllas con la decisión final del Ministerio, pero dejaría al margen a grupos de acreditada experiencia como los economistas de la salud, el Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos y el propio GENESIS. Pensamos que la participación de nuestro grupo en la fase de revisión final por parte de la CIPM puede ser crucial y de gran ayuda definiendo el coste efectividad y el impacto presupuestario, ya que estos aspectos no van a cubrirse adecuadamente en el GCPT.

Como conclusión, el grupo GENESIS cree que la evaluación de medicamentos se encuentra en nuestro país en una encrucijada decisiva que puede y debe marcar el futuro de la evaluación de medicamentos. Los momentos de crisis propician actuaciones que serían impensables en tiempos de bonanza pero que se hacen necesarias en contextos críticos. Es importante no dejar pasar las oportunidades que se nos ofrecen en el momento actual de reformar por entero el proceso de evaluación y financiación de medicamentos, por radical que nos pueda parecer. El arrepentimiento por lo no hecho es siempre peor.

## Referencias

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 98, de 24 de abril de 2012.
2. LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE 178, de 27 de julio de 2006.
3. Marín R, Puigventós F, Fraga MD, Ortega A, López-Briz E, Arocas V, Santos-Ramos B. Grupo de Evaluación de Novedades y Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos (GENESIS) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Método de Ayuda para la toma de Decisiones y la Realización de Evaluaciones de Medicamentos (MADRE). Avance de la versión 4.0. Disponible en: <http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/basesmetodologicas/programama> (acceso 26/02/2013).
4. Hidalgo A. Revisión de la repercusión de los informes de ETS en la práctica clínica y en el acceso al mercado de nuevos medicamentos. En: Hidalgo A, del Llano J (eds.). Cuadernos de Evaluación Sanitaria. 3. Aplicación de la evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones en el contexto internacional. Instituto Max Weber y Fundación Gaspar Casal, 2012.
5. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-Five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? PLoS Med 2010; 7(9): e1000326. doi:10.1371/journal.pmed.1000326.
6. Cochrane AL. Effectiveness & efficiency. Random reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
7. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ eds. Users' guides to the medical literature. A manual for evidence-based clinical practice. 2ª ed. Chicago: AMA, 2002.
8. Cabello López JB, Gómez García J, Latour Pérez J, Emparanza Knörr JI, Martí J, Abraira V. Programa de habilidades en lectura crítica - España (CASPe). En Jovell AJ, Aymerich M. Evidencia Científica y toma de decisiones en sanidad. Monografies Mèdiques de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1999.
9. Disponible en [http://www.actasanitaria.com/fileset/file\\_Punto\\_20\\_Propuesta\\_posicionamiento\\_terapeutico\\_62408.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Punto_20_Propuesta_posicionamiento_terapeutico_62408.pdf) (acceso febrero de 2013).

## Contrapuntos

La política y la economía necesitan encontrarse en el momento de la evaluación económica. Lejos de plantear la cuestión como algo estrictamente técnico, resulta fundamental determinar las reglas de juego: el qué, para qué, por qué y sobre todo el cómo. A veces hay que recordar lo elemental una vez más. La información resultante de la evaluación económica de medicamentos es un bien público y por consiguiente no rival y no excluyente. El

gobierno, actuando en favor del interés general, debe invertir para generar información de calidad con carácter independiente. Si las reglas de juego confirman al final una información de posicionamiento terapéutico generada por el mismo regulador que fija el precio, se está contribuyendo a que ni política ni economía se unan para una mejora sustancial a la eficiencia, se trata simplemente de un ejercicio de confusión.

Pere Ibern

Barcelona Graduate School of Economics

Más allá del RDL 16/2012, con la Constitución de 1978 en la mano, o con la Ley General Presupuestaria del año 2003, por no hablar de la Ley del Medicamento de 1990, o el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español (año 2004), la evaluación (incluyendo la dimensión económica) debería ser un elemento central en nuestras políticas del medicamento. Si a ello unimos las "Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud" acordadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en marzo de 2010, el RDL 9/2011, para llegar, ahora sí, al RDL 16/2012, sin olvidar que los Reales Decretos Ley son figuras jurídicas reservadas para casos de urgente necesidad e inmediata aplicación, uno se pregunta cuánto tiempo se necesita en España para comenzar a aplicar acuerdos, planes y normas ya aprobados, ratificados o promulgados. No tanto por el fin en sí mismo, aunque nos pueda parecer relevante, sino por pura calidad democrática.

Juan Oliva

Universidad de Castilla la Mancha

Más allá del significado de su sigla, la trayectoria del grupo GENESIS responde ajustadamente al comienzo de la afamada narración homónima: "vio que la luz era buena, y separó la luz de las tinieblas". Por obvia que parezca la cita, da cuenta de mi percepción de este esfuerzo desde que en 2008 me invitaron a explorar sus resultados sobre la evaluación de los fármacos en el año 2006. Esta doble preocupación –por la evaluación de los medicamentos y por la evaluación de los procesos y resultados de dichas evaluaciones– es en sí misma algo tan insólito en nuestro medio que convierte al grupo GÉNESIS en una voz inexcusable en cualquier mecanismo de decisión sobre posicionamiento terapéutico, y sobre otros muchos aspectos de la evaluación los medicamentos.

El texto que publicamos es un dechado de mesura y ánimo colaborador, en un entorno donde impera el achicamiento de espacios, la exclusión y el onfalismo injustificado. Su último sirviente, quien sostiene que "el proceso ha de perder todo carácter excluyente para hacerse pluridisciplinar y participativo, incorporando a los colectivos que han asumido esta tarea en nuestro país". Algo que de puro razonable, chirría. Especialmente a la vista de los atisbos de normativa ministerial que circulan en los días que escribo estas líneas. De no enmendarse tal contumacia en el error, acabaremos –además de una situación innecesariamente subóptima– como el poema citado: And seven million Whys!

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

### **Contrapunto final de los autores**

En momentos como los actuales, la política y la economía necesitan viajar juntas, pero el viaje sólo llegará a buen término si se planifica de acuerdo con las mejores guías para la toma de decisiones, y es que hasta un viaje de mil millas comienza con el primer paso. En el ámbito de la evaluación de medicamentos, existen el plan de viaje marcado por la normativa repetidamente publicada y nunca seguida, y también las guías de toma de decisiones de valor contrastado (informes GENESIS de evaluación de medicamentos). Es tarde, aún estamos a tiempo, pero como decían en la Grecia clásica "apresúrate despacio". Emprendamos la marcha junto a los que quieran acompañarnos. Se trata de ser, como lo fue Leonardo da Vinci, "discípulos de la experiencia".



## En recuerdo de Gavin

Guillem López Casanovas  
Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra  
Presidente de la International Health Economics Association (IHEA)  
[guillem.lopez@upf.edu](mailto:guillem.lopez@upf.edu)

Gavin Mooney fue mi 'external' en York. Tras cuatro años de preparación de mi investigación, con la ayuda de Alan Williams, Ron Akehurst y Bernard Stafford (un macroeconomista), recuerdo aquel verano del 84 como si fuese hoy. Me jugaba un futuro incierto -regresar con un Ph.D. en un momento en el que todos mis compañeros de Departamento que se habían quedado en Barcelona habían conseguido su titularidad por 'idóneos' (tipo Mestos -i.e. médicos especialistas cuyo título no estaba aún regularizado-) y ocupaban todas las plazas disponibles. Mi tesis, '*A budget-based contract to improve efficiency in NGOs with particular application to the hospital sector*', era el resultado de un esfuerzo ímprobo: datos fotocopiados de sótanos del Ministerio de algo denominado "ESRI", y datos entrados en cintas 'de puño y letra'. Una validación coherente con un modelo teórico. Era época de tarjetas perforadas; ocupaban un cajón lleno, que ordenadas a conveniencia permitían estimar regresiones de un *software Time Series Processor*, que requería de una máquina, invisible para los estudiantes, en el *Computer Center*. Como consumía tiempo (y papel -aquellos extensivos agujereados lateralmente) acudíamos los empíricos al *Computer* a altas horas de la noche. Con un frío que 'pelaba' aprovechábamos el momento para esperar el 'output' entre las tazas de un café imbebible pero que no dañaba el sueño: si salía un pliego delgadito de la casilla correspondiente del Centro, malas noticias: algo no había funcionado. Era suficiente una tarjeta desordenada para que apareciera el fatídico 'trabajo abortado'. Era pues el verano del 84 en Bleachfield, unas viviendas anexas al campus cuando con la investigación doctoral acabada aguardaba con angustia extrema si conseguiría o no los parabienes tras mi examen.

La tesis iba a ser examinada por un tal Gavin Mooney; escocés, de pinta malhumorada, barba prolija y dedo amarillento de gran fumador. Era Gavin un prolífico autor en materias relativas a la equidad en salud que causaban furor entre partidarios de sistemas públicos '*nhs*'. Recuerdo: equidad de acceso, de consumo, de resultado de utilización, de impacto en salud. Todo ello adobado en múltiples variantes de '*policy*' y su pretendida inserción en la evaluación económica más convencional, campo en el que ya destacaba un tal Mike Drummond.

Recuerdo aquella tarde noche cuando me enfrenté en despacho a puerta cerrada con Gavin, ya como *external examiner*. Era evidente que había husmeado con cuidado mi tesis ya que su ejemplar contenía *stickers* con anotaciones varias. Bastaron tres respuestas a tres preguntas para que me liberase con el 'puedes ir en paz'. Me dio la mano (que es la forma de transferencia de conocimiento en UK) y salí a la calle oscura en plena soledad, con el alivio de cuatro años de trabajo culminado y el récord (la única cosa en la que pude vencer a un competitivo amigo llamado Adam Wagstaff) de finalización de Ph.D. en York en tan breve plazo. No tenía ello mucho mérito: acababa mi beca, esperábamos nuestro primer hijo y mi estancia en York no daba para más.

Después supe de Gavin que había marchado a Australia - qué extravagancia pensé yo!-, que continuaba siendo querido por todos (lo constataba en las reuniones internacionales), aunque se alejaba del '*Business*' *Health Economics*, crítico como nunca de los vientos liberales que corrían junto a su gran amigo Bob Evans. Le saludé por última vez en iHEA Toronto.

Borro de mi mente su final desdichado, y recuerdo aquella persona de rostro duro pero trato superamable de la que tanto había leído y que hizo posible uno de los días académicamente más felices de mi vida. Descanse en paz.

# Profesor Gavin Mooney 1943-2012: para el recuerdo

Joan Josep Artells i Herrero  
Doctor en Ciencias Económicas (Universidad de Barcelona), M. Litt (Oxon)  
Sanidad, Comunicación y Gestión del Conocimiento S.L.  
[jjartells@gmail.com](mailto:jjartells@gmail.com)

## Cercanía

Fui discípulo del Dr. Gavin Mooney, quien me introdujo en el *Health Economics Study Group* del Reino Unido en su época de evangelización y asentamiento. No sé si tuvo algo que ver con que Alan Williams e Ian Chalmers juzgaran mi tesis en St Antony's College aunque sí le responsabilizo de que incorporara a mi identidad profesional una afición - sin fundamentalismos - por la Economía de la Salud. Gavin contribuyó a la introducción de la disciplina en España estableciendo a principios de los ochenta y la primera mitad de los noventa una fructífera y memorable relación con inquietos profesionales locales de los servicios sociales, la sanidad y la economía.

Una de sus primeras aplicaciones del análisis marginal, precursora de la segmentación poblacional de riesgos de los enfermos crónicos, se refería a la optimización de la atención a los ancianos con diversa severidad de sus limitaciones funcionales y cognitivas. Una conferencia en Barcelona sobre este trabajo atrajo una audiencia de trabajadores sociales sin precedentes. Por entonces, la Dirección General de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya marcaba el paso de la innovación en el análisis estratégico de los servicios sociales en el Estado español.

Gavin, Alan Williams y Alan Maynard aportaron vigor con su impulso, desde el Servicio de Estudios del Banco Urquijo, al entusiasmo de un puñado de conversos que permitió organizar en 1980, en Barcelona, la Jornada de Economía de la Salud inicial, de las que, en 1985, institucionalizó la Asociación de Economía de la Salud. De mi estancia en la *Health Economics Research Unit* (HERU) creada en 1977 por Gavin en el seno del *Department of Social Medicine* de la Universidad de Aberdeen le recuerdo como el entrañable líder- líder inclusivo se diría ahora - atento tanto al alojamiento y alimentación de su *grey*, como a la instrucción en la historia de Escocia y a la integración en el entorno local. Y, especialmente, su inagotable capacidad de iniciativa, trabajo, motivación y seducción intelectual. El Dr. Mooney no olvidó introducirme a los usos y costumbres del país -incluidos los menos espirituales - al tiempo que no aflojó un ápice en su paciente pero sistemático control de mis, con frecuencia, erráticos progresos en la investigación. Recuerdo su insistencia en que en la versión académica de mi trabajo equilibrara la ceremonial exhibición de familiaridad con las sagradas escrituras del *welfare economics*, con el incipiente fondo documental de la especialidad y -*last but not least*- con la demostración de su utilidad práctica para la sociedad, los pacientes, los profesionales de la salud y el presupuesto público.

Algunos inquietos obstetras del Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu que me permitieron crear la base de datos de mi trabajo sobre la eficiencia económica de la atención antenatal -ahora Jefes de Servicio en este hospital y en el hospital del Valle de Hebrón-, le dieron la razón por entero en lo de la relevancia y utilidad práctica. Su dedicación excepcional a la docencia, la investigación crítica y su infatigable proselitismo de la Economía de la Salud con los gentiles, han quedado reflejadas en su impresionante trayectoria profesional dominada por su militancia ideológica, académica y activista en la justicia social del acceso a la sanidad.

## Retazos

Gavin trabajó, tras una primera experiencia como actuario de seguros y de su graduación en 1969, en el *UK Government Economic Service* y en el *Department of Health and Social Security* donde se familiarizó con las incertidumbres y *trading-off* de la seguridad vial, la protección del consumidor, la legislación sobre salud laboral y los servicios asistenciales terminales. Y en este entorno adquirió el interés -presente en su inicial *The valuation of Human Life* (1977), y que no declinó a lo largo de su vida- por el análisis coste-beneficio y el valor económico de la salud y la vida. En 1974 regresó a Escocia donde encontró acogida en el *Department of Social Medicine* de la Universidad de Aberdeen, en cuyo ambiente concibió y puso en pié en 1977 la *Health Economics Research Unit* (HERU) de destacada aportación internacional en la docencia, formación práctica e investigación en servicios sanitarios y gestión clínica.

En su primera etapa como director de la HERU, Gavin sentó las bases de su interés por diversas líneas de aplicación del análisis económico a la sanidad: desde el análisis coste-beneficio y el análisis marginal en la planificación de la estructura asistencial, hasta el papel de los incentivos en la organización y gestión de los servicios sanitarios. Orientó también su actividad hacia territorios menos explorados como el análisis económico de los servicios de enfermería y de la salud dental.

Fue en Aberdeen, en estrecho contacto con Roy Weir, Director del *Department of Social Medicine*, donde cimentó sus aportaciones en aspectos innovadores para la época, como por ejemplo las dimensiones éticas del análisis económico de la cadena de prioridades - desde la priorización política del presupuesto hasta la prelación en la lista de espera y el racionamiento de recursos en los servicios de primera línea. Contribuyó también a divulgar la importancia de la creación de valor para el paciente, no solamente por los resultados de las intervenciones clínicas sino por su experiencia con los “itinerarios asistenciales” y los procesos asociados. Esta última línea antecede en el tiempo al actual desarrollo de los *Patient Reported Outcomes Research* (PROMS) y al desplazamiento de las medidas de satisfacción de los pacientes por la métrica de la expresión de su experiencia en tratamientos y episodios asistenciales.

Tras su primera etapa en Aberdeen, Gavin inició un largo periplo de viajes por más de 29 países, recalando como docente en las Universidades de Tromsø (Noruega) y Copenhague hasta el año 1986, cuando reasumió la dirección de la HERU en Aberdeen, donde mantuvo sus líneas de interés con dedicación especial a la integración de las bases de conocimiento económico en la formación y desarrollo de las profesiones de la salud. Un año antes apareció *Economics, Medicine and Health Care*, publicación fundamental para el giro que imprimió, subrayando la componente económica del proceso de decisión clínico y su asignación implícita de recursos. Quienes han seguido de cerca sus etapas posteriores interpretan su establecimiento en Australia - inicialmente en la Universidad de Sidney a partir de 1996 y del año 2000 en la Universidad de Curtin en Perth - en congruencia con su creciente desapego del rumbo de la corriente hegemónica del análisis económico en Europa y la rigidez impermeable de las cúpulas de la formación y práctica de la Medicina. También lo interpretan en congruencia con su maduro compromiso con la justicia social y la ética en el establecimiento de las agendas de política sanitaria y su implementación y a la persistencia de las desigualdades sociales en salud. Este posicionamiento se perfila en *Changing Health Values on Medical and Health Care* (1994), donde Gavin propone una revisión crítica de algunos de los principales temas de fin de siglo, singularmente la variación sin explicación de la práctica clínica, los incentivos y modelos retributivos de los profesionales y los proveedores asistenciales institucionales, y la influencia de la competencia en la remodelación de la universalidad, financiación y cobertura de los sistemas sanitarios públicos. Es en su *Challenging Health Economics* (2001) donde se formula definitivamente su visión alternativa, tanto de la utilización del análisis económico y su interpretación legitimadora del statu quo, como de la deriva contemporánea de la Economía de la Salud.

En los años que precedieron a su muerte, Gavin comprometió gran parte de su energía implicándose activamente en la causa de la marginación de la población aborígen y la discriminación de sus derechos ciudadanos. Creo que, justamente, la opinión informada ha reivindicado al Dr. Gavin Mooney como uno de los “padres fundadores” de la Economía de la Salud. Posiblemente el primer “padre” que desafió abierta y coherentemente la acumulada sabiduría convencional de su tiempo.



Vicente Ortún

Decano Facultad Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Pompeu Fabra

Hago mías las palabras de Ricard Meneu con ocasión de la presentación del libro en Madrid, el 26 de noviembre del 2012: “Excelente selección de textos académicos publicados en los últimos diez años en revistas científicas, con resultados relevantes para la toma de decisiones. Meritoria recuperación de trabajos con sentido propio a cargo de autores nacionales e internacionales: Danzon, Grabowski, Furukawa, Espín, Ibern, Oliva, Peiró, JM Rodríguez y, especialmente, Puig-Junoy (Aníbal García-Sempere se encargó del útil glosario). Estas recuperaciones tienen mayor sentido que las habituales reescrituras, especialmente cuando la edición proporciona la ilación adecuada al conjunto, metiendo trabajo propio en prácticamente todos los epígrafes para fraguar la perspectiva propia, reforzada ésta con una introducción de mucho fuste y conocimiento.”

El vigésimo octavo título de la colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, de la que soy director con sesgo de creyente en la bondad de lo que se publica, agrupa las diez lecturas en cuatro bloques de interés: (1) I+D, patentes e incentivos, (2) Regulación de precios, acceso al mercado y políticas de compra, (3) Seguros, riesgo moral y corresponsabilidad, y (4) Eficiencia y coste-efectividad de las innovaciones. Anteriormente habían aparecido en la colección, también sobre economía del sector biofarmacéutico: *Reference pricing and pharmaceutical policy* (2001), *Análisis económico de la financiación pública de medicamentos* (2002), *Elementos para la gestión de la prescripción y prestación farmacéutica* (2004), e *Incentives for Research, Development and Innovation in Pharmaceuticals* (2011).

El primer bloque aborda el elevado coste de la I+D, la caída en la productividad de la I+D, las fusiones, adquisiciones y alianzas así como las limitaciones del sistema de patentes, sus alternativas y complementos. El segundo bloque se centra en las razones y sistemas para regular precios, los precios basados en la comparación internacional, los precios de referencia, el precio de los medicamentos nuevos y el mercado de genéricos: competencia y precios. El tercer bloque analiza sistemas de copago, el riesgo moral tradicional, las lecciones aprendidas sobre el impacto de los copagos y la gratuidad, y copagos evitables y basados en el valor. Finalmente, el cuarto bloque desarrolla la evaluación económica en la práctica, su experiencia internacional, los contratos de riesgo compartido, el valor terapéutico añadido y la relación coste-efectividad incremental. Las 53 páginas de presentación ya contemplan todos los temas anteriormente enumerados: por eso es un panorama. Panorama muy sólido que estimula a seguir leyendo.

El libro cumple con creces su objetivo de constituir un manual útil para decisores públicos y privados relacionados con la gestión, financiación y regulación de las innovaciones y la cadena de valor de los productos biofarmacéuticos. Tiene la garantía Puig-Junoy, uno de los economistas más rigurosos, relevantes, innovadores e internacionalizados de este país. Esos que las universidades valorarán cuando la competencia arrecie.

## Jornadas AES, presentación y ponencias



### **Presentación:**

Con estas letras queremos presentar la XXXIII edición de las Jornadas de Economía de la Salud, que tendrá lugar en Santander los días 18 a 21 de junio de 2013. Crisis y Horizontes de Reforma de los Sistemas de Salud es el lema escogido para este año.

Nuestro país se enfrenta, un año más, no sólo a una gravísima crisis económica, sino también a otras crisis superpuestas: la del Estado del Bienestar, la de la organización territorial, la política e institucional... Nuestras Jornadas AES son científicas y profesionales y esta es la perspectiva con la que, por trigésimo tercera vez, a todos nosotros, los interesados en el presente y futuro de nuestro sistema de salud, nos corresponde trabajar, estudiar, investigar y debatir empeñando al máximo nuestras capacidades para que este sistema siga contribuyendo a la salud, el empleo, el progreso técnico y el perfeccionamiento del Estado de Bienestar de los españoles. Nuestra contribución es especialmente necesaria en las circunstancias actuales. A la escasez de recursos y las estrecheces presupuestarias se suman las dificultades de las administraciones públicas para afrontarlas. Se necesita así seguir proporcionando a nuestros gestores los fundamentos técnicos suficientes que les permitan adoptar mejores decisiones para resolver los problemas actuales y no causar otros adicionales en el futuro. Por ello, las Jornadas pueden ser un buen altavoz para difundir el capital científico y profesional del que disponemos en el área de la investigación de la salud y los servicios sanitarios. Dicho capital pensamos que debe ser exprimido al máximo para evitar errores y orientar las decisiones públicas y privadas de modo que no se desnorten en medio de la tormenta. Está abierta una nueva fase de retos y cambios en la que la Economía de la Salud debe participar con estudios y propuestas concretas desde su independencia y rigor intelectual.

Con este marco de referencia, hemos procurado que los conferenciantes previstos para las sesiones plenarias sean verdaderos maestros en diversas aplicaciones de las ciencias sociales a la salud y los servicios sanitarios. Les hemos confiado que nos ilustren acerca del impacto que la crisis económica está teniendo sobre los sistemas de salud y su equidad y la tensión recortes-reformas en distintos países.

Las sesiones monográficas de ponentes también abordarán cuestiones del máximo interés, como son la relación entre Políticas de Salud Pública y Economía o la importancia relativa de la financiación y de la eficiencia organizativa para garantizar la viabilidad del sistema sanitario. No pueden faltar espacios dedicados al futuro de la financiación de la sanidad en España y a la efectividad comparada de las intervenciones sanitarias y la evaluación de políticas. Otros asuntos de gran relevancia que se van a abordar son: patentes e innovación, buen gobierno sanitario, y problemas de la evaluación de tecnologías sanitarias en España. Igualmente, se presentarán los últimos desarrollos metodológicos en el Taller BBVA.

Desde los comités organizador y científico estamos haciendo un gran esfuerzo por diseñar unas Jornadas en 2013 al nivel que se merecen los socios de AES, para que igualen o incluso superen las altas cotas de calidad de ediciones anteriores y estén a la altura de las circunstancias actuales. La amplia colaboración de los socios y demás personas interesadas en profundizar en la crisis y avizorar los horizontes de reforma de los sistemas de salud es, sin embargo, lo más importante y por ello os convocamos a participar y contribuir con entusiasmo.

Si así lo hacéis, alcanzaremos entre todos el objetivo propuesto: que el diálogo entre profesionales de la gestión, profesionales sanitarios, gestores públicos y académicos en el foro que las Jornadas ofrecen, nuevamente alcance un alto nivel de calidad e intensidad.

Es ya el momento de empezar a preparar las ponencias, comunicaciones y póster a las Jornadas. Recibid un cordial y afectuoso saludo, y esperamos veros a todos en Santander

Félix Lobo  
Presidente del Comité Científico

David Cantarero Prieto  
Presidente del Comité Organizador

#### **Ponentes plenarios:**

##### Conferencia inaugural

Miércoles, 19 de junio de 2013.  
David Stuckler. University of Cambridge

##### Conferencia

Jueves, 20 de junio de 2013  
Beatriz González López-Valcárcel. Universidad de las Palmas de Gran Canaria  
Pedro Pita Barros. Universidad de Nova de Lisboa

##### Conferencia de clausura

Viernes, 21 de junio de 2013  
Eddy van Doorslaer. Erasmus University Rotterdam

#### **Mesas de Ponencias:**

##### **Mesa de Ponencias I. Fundamentos económicos de las intervenciones de salud pública**

Moderador: Fernando Rodríguez Artalejo.

Ponentes: Ángel López Nicolás, Joan Ramón Villabí, Andreu Segura.

##### **Mesa de Ponencias II. La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) en España: práctica actual y retos para el futuro**

Moderador: David Epstein.

Ponentes: Javier Mar (Javier Mar, Jefe de la Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital Alto Deba), Pedro Luis Sánchez (Director de Estudios, Farmaindustria), Mercedes Martínez Vallejo (Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios) y Jaime Espín (Profesor, Escuela Andaluza de Salud Pública).

##### **Mesa de Ponencias III. Sostenibilidad: ¿hasta dónde es un problema de financiación, hasta dónde es un problema de eficiencia organizativa?**

Moderador: Carlos León Rodríguez (Director General de Ordenación y Atención Sanitaria de la Comunidad de Cantabria).

Ponentes: José Soto Bonel (Director Gerente Hospital Clínico Universitario San Carlos Madrid), Carlos Alberto Arenas (Director Gerente del Departamento de Salud de Orihuela), César Pascual (Director Gerente Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) y Salvador Peiró (Presidente de la Fundación IISS).

##### **Mesa de Ponencias IV. Evaluación de Políticas: Métodos y Aplicaciones**

Moderador: Andrew Street (Centre for Health Economics, University of York).

Ponentes: Paul Getler (University of California), Matt Sutton (University of Manchester) y Sandra García-Armesto (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud).

##### **Mesa de Ponencias V. Patentes e Innovación**

Moderador: Manuel García Goñi.

Ponentes: Fernando Antoñanzas (Universidad de la Rioja), Michele Boldrin (FEDEA), Germán Velásques (South

Centre), Manuel Lobato (Universidad Autónoma de Madrid).

#### **Mesa de Ponencias VI. Organización de servicios de salud y gobernanza**

**Moderador:** Roberto Nuño-Solinís (O+Berri).

**Ponentes:** Matt Jowett (WHO Regional Office for Europe), Anna García Altés (Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut) y Francisco Lupiáñez (Universitat Oberta de Catalunya).

#### **Mesa de Ponencias VII. Futuro de la financiación de la Sanidad en España**

**Moderador:** Jose María Labeaga Azcona (UNED)

**Ponentes:** Nuria Badenes Pla (Ministerio de Hacienda y AA. PP; Instituto de Estudios Fiscales), Juan Cabasés Hita (Universidad Pública de Navarra), Guillem López Casasnovas (Universidad Pompeu Fabra) y José María Labeaga Azcona (UNED).

## Noticias

### Noticias

#### CONGRESOS Y JORNADAS

##### **XXXIII Jornadas de Economía de la Salud**

*Crisis y Horizontes de Reforma de los Sistemas de Salud*

Santander, del 18 al 21 de junio de 2013.

Más información en: <http://www.aes.es/jornadas/>

##### **83rd Health Economists' Study Group Meeting**

Coventry (Reino Unido), del 26 al 28 de Junio de 2013.

Más información en: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/news/events/hesg2013/>

##### **9th World Congress on Health Economics**

*Celebrating Health Economics*

Sidney (Australia), del 7 al 10 de julio de 2013.

Más información en: <https://www.healtheconomics.org/congress/2013/>

##### **Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública**

*La ciencia y la práctica de las políticas de salud: la inteligencia de la salud pública"*

Granada, del 3 al 6 de septiembre de 2013.

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

#### PREMIOS Y BOLSAS DE VIAJE

##### **VIII Edición del Premio al Mejor Artículo AES 2012**

Mejor artículo publicado en el año 2012 en el campo de Economía de la Salud por autores españoles o residentes en países de habla hispana publicados en revistas científicas con proceso de revisión por pares.

Dotación: 1.500€

El plazo para presentar artículos finaliza el 1 de abril de 2013.

Más información en: [http://www.aes.es/Publicaciones/Convoca\\_VIII\\_EDICION\\_PREMIO\\_MEJOR\\_ARTICULO\\_AES\\_2012.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/Convoca_VIII_EDICION_PREMIO_MEJOR_ARTICULO_AES_2012.pdf)

##### **XXII Edición Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios**

Beca de Investigación a un proyecto de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios original e inédito.



Dotación: 12.000€.

El plazo de entrega de los proyectos finaliza el 15 de abril de 2013.

Más información: [http://www.aes.es/docs/AES\\_DIPTIC\\_2013.pdf](http://www.aes.es/docs/AES_DIPTIC_2013.pdf)

#### **Bolsas de viaje para la asistencia a las XXXIII Jornadas de Economía de la Salud**

Podrán optar a la bolsa de viaje todos aquellos socios de AES con una comunicación oral o gráfica aceptada en las Jornadas.

Dotación: Hasta 600€ por participante, pudiéndose ampliar hasta 1.000€ en caso de vuelo transoceánico.

La convocatoria se cerrará el día 15 de abril de 2013 a las 14:00 horas.

Más información: [http://www.aes.es/Publicaciones/Bolsas\\_de\\_viaje\\_Jornadas\\_AES\\_2013.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/Bolsas_de_viaje_Jornadas_AES_2013.pdf)

#### **Bolsas de viaje para la asistencia a eventos científicos que se realicen entre el 1 de enero y el 15 de septiembre de 2013**

Podrán optar a la bolsa de viaje todos aquellos socios de AES con al menos un año de antigüedad. Dotación: Hasta 600€ por participante, pudiéndose ampliar hasta 1.000€ en caso de vuelo transoceánico

La convocatoria se cerrará el día 15 de abril de 2013 a las 14:00 horas.

Más información: [http://www.aes.es/Publicaciones/1a\\_conv\\_Bolsas\\_de\\_viaje\\_AES\\_2013.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/1a_conv_Bolsas_de_viaje_AES_2013.pdf)

### FORMACIÓN

#### **Master in Health Economics and Policy**

Organizado por la Barcelona GSE en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra.

Comienzo del programa: Septiembre 2013.

Directores: Guillem López-Casanovas y Pau Olivella.

Más información en: <http://www.barcelonagse.eu/health-economics.html>

#### **Taller Fundación BBVA**

Economía del comportamiento y experimentos económicos, una senda de avance para la economía de la salud/*Behavioral Economics and economic experiments, a pathway forward for Health Economics*.

Santander, 18 de junio de 2013.

Más información en: <http://www.aes.es/jornadas/taller-pre-jornadas.php>

#### **Barcelona Course in Health Financing**

Barcelona, del 14 al 18 de mayo de 2013.

Organiza: WHO/Europe's Barcelona Office for Health Systems Strengthening.

Más información en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/news/news/2012/03/barcelona-course-in-health-financing-1418-may-2012>

## Cambios en las bolsas de viaje AES

Uno de los objetivos fundamentales de las bolsas de viaje AES es fomentar la presentación de comunicaciones, ponencias u otras aportaciones significativas a congresos, simposios o reuniones científicas de reconocido prestigio por parte de jóvenes investigadores del ámbito de la Economía de la Salud.

Si bien hasta el momento la estructura de bolsas de viaje facilitaba la presentación de trabajos en ciertos congresos de interés para los socios de AES tales como iHEA, ECHE, SESPAS o EUPHA, dejaba fuera del mismo otros tales como ASHEcon o el *Health Economist's Study Group* en UK, entre otros.

Ello ha llevado a la Junta Directiva de AES a plantearse unos criterios más generales de concesión de bolsas de viaje que permitan no excluir determinados congresos de interés para sus socios/as. Por tanto, en su reunión del 26 de junio de 2012 la Junta Directiva acordó modificar las Bases para la concesión de bolsas de viaje convocadas por la Asociación de Economía de la Salud (AES).

Dado que el interés de cada socio/a en el menú de congresos o encuentros dependerá de su perfil y la trayectoria

profesional individual, y dado el carácter multidisciplinar de nuestra asociación, la definición de una lista cerrada de congresos se le antojaba una tarea muy difícil a la actual junta directiva.

Por tanto, se ha optado por la definición de dos tipos de convocatorias. En primer lugar, continuando con la línea de promoción de las actividades de AES, se mantendrán las convocatorias dirigidas a cubrir la asistencia y participación en las Jornadas de Economía de la Salud y en cualesquiera otros eventos científicos organizados por nuestra asociación. Las bolsas de viaje para asistir a las XXXIII Jornadas de Economía de la Salud se celebrarán en Santander, del 18 al 21 de junio de 2013, se podrán solicitar hasta el 15 de abril de 2013.

La nueva propuesta que os hacemos se centra en las convocatorias de bolsas de viaje para cubrir gastos asociados al resto de encuentros científicos. A partir de este año no se abrirán convocatorias para la asistencia a congresos concretos tal y como se venía haciendo hasta el momento, sino que se abrirán **dos convocatorias con periodicidad semestral**. Cualquier socio de AES con al menos un año de antigüedad que se encuentre al corriente de pago podrá solicitar alguna de estas bolsas para la asistencia a **cualquier congreso, jornadas, talleres u otros eventos científicos propios del ámbito de la economía de la salud**, o en otros ámbitos científicos siempre y cuando el contenido de la presentación aborde cuestiones propias de la economía de la salud. La primera convocatoria se cerrará el **15 de abril de 2013** y en ella se podrán solicitar bolsas de viaje para la asistencia a eventos científicos que se celebren hasta el 15 de septiembre del 2013. La segunda convocatoria se cerrará el **15 de septiembre de 2013** y en ella se concederán bolsas de viaje para asistir a eventos científicos que se celebren entre el 15 de abril y el 31 de diciembre de 2013, siempre y cuando no se haya solicitado bolsa anteriormente para asistir a los mismos.

Las solicitudes de las bolsas de viaje se resolverán por el Comité de Selección asignado por la Junta Directiva. Los solicitantes deberán cumplir los siguientes requisitos:

- i. Ser socio/a de A.E.S. al corriente de sus obligaciones de pago, o de alguna de las sociedades con las que A.E.S. tiene convenio;
- ii. Que no exista concurrencia con otras fuentes de financiación;
- iii. Acreditar la aceptación de una participación científica en Congresos, Jornadas u otros eventos científicos. En el caso de los trabajos firmados por más de un(a) autor(a), sólo uno de los firmantes tendrá opción a una Bolsa de viaje.

Para la concesión de las bolsas de viaje se valorarán, por parte del Comité de Selección, los siguientes criterios generales de prioridad:

1. Ser investigador joven no consolidado, o estudiante;
2. Calidad y relevancia de la participación científica;
3. No haber recibido ayudas de A.E.S. en el mismo año; y,
4. No haber recibido ayudas de A.E.S. en el año anterior.

Los socios pueden consultar las nuevas bases en el documento colgado en la web de AES:

<http://www.aes.es>.

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:  
José M<sup>º</sup> Abellán Perpiñán, Carlos Campillo, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Angel Negrín, Vicente Ortún.

Han colaborado en este número:

Joan Josep Artells i Herrero, Ángela Blanco, Elena Cabeza Irigoyen, Carlos Campillo, David Cantarero Prieto, Araceli Caro, Raúl del Pozo Rubio, Leticia García, Pere Ibern, Félix Lobo, Guillem López-Casasnovas, Ricard Meneu, Roberto Nuño-Solinís, Juan Oliva, Vicente Ortún, Ruig Puig-Peiró, Marta Trapero-Bertran y Nuria Toro.