

En Este Número

Portada

Opinión

- ⌘ A vueltas con la privatización en la gestión de la sanidad pública. *Lo que no puede ser, no puede ser y además es imposible*

Temas

- ⌘ Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Chile
- ⌘ Peer-reviewing pay-to-publish open-access peer review

Tesis

- ⌘ Socioeconomic determinants of health
- ⌘ Análisis espacial de la distribución en el territorio de variables sanitarias y socioeconómicas mediante técnicas de inteligencia artificial

Con acuse de recibo

- ⌘ Crónica de la 13ª Conferencia de la Asociación Portuguesa de Economía de la Salud
- ⌘ Presentación monográfico Economía y Salud: nuevas perspectivas
- ⌘ Crónica del XIII Encuentro de la Industria Farmacéutica Española: "Los nuevos sistemas de precios de los medicamentos y su acceso al mercado"

Noticias

- ⌘ Congresos y Jornadas
- ⌘ Formación
- ⌘ Premios y Condecoraciones
- ⌘ Nueva Publicación AES

Noticias Destacadas

A vueltas con la privatización en la gestión de la sanidad pública. *Lo que no puede ser, no puede ser y además es imposible*

Hace casi dos siglos que Maurice C. Talleyrand -aunque aquí preferimos atribuir la frase al torero Rafael Guerra, *Guerrita*- llegó a tan sabia conclusión y, pese a ello, economistas y gestores sanitarios seguimos perdiendo nuestro tiempo y energías en tratar de hallar la contestación a una pregunta de imposible respuesta: si la gestión... [+]

Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Chile

Es bien conocido que la falta de acceso a servicios de atención primaria oportunos y de calidad puede conllevar complicaciones que requieren hospitalización, dando lugar a un coste económico y humano innecesario. Hay una amplia evidencia internacional que muestra cómo mejoras en la atención ambulatoria pueden reducir la necesidad de... [+]

Peer-reviewing pay-to-publish open-access peer review

Cashing in on the informal debate that arose among some colleagues at the Spanish Health Economics Association regarding the recently published article on open access journals by John Bohannon *Who's afraid of peer-review*. Science 2013; 342:60-65, we decided to kill two birds with one stone. First, we tried to elicit opinions among editors... [+]

Nueva Publicación AES

El libro "Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance" ha sido presentado ante los medios el 10 de Diciembre y el Capítulo I ya está disponible en la web de AES. Dicho informe ha sido elaborado por la Junta Directiva de AES con la colaboración de un amplio número de socios de AES. En él se toma el pulso del SNS, se valoran los cambios introducidos por reformas legislativas recientes y se proponen medidas de reforma fundamentadas en evidencia. La publicación de los capítulos restantes está prevista en las siguientes fechas: 17 de diciembre, 14 de enero y 21 de

enero. Para más información: <http://aes.es/documento-diagnostico-SNS.php> [+]

A vueltas con la privatización en la gestión de la sanidad pública. *Lo que no puede ser, no puede ser y además es imposible*



Fernando Ignacio Sánchez Martínez
Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES), Universidad de Murcia
fernando@um.es



José María Abellán Perpiñán
Grupo de Trabajo en Economía de la Salud (GTES), Universidad de Murcia
dionisos@um.es

Hace casi dos siglos que Maurice C. Talleyrand -aunque aquí preferimos atribuir la frase al torero Rafael Guerra, *Guerrita*- llegó a tan sabia conclusión y, pese a ello, economistas y gestores sanitarios seguimos perdiendo nuestro tiempo y energías en tratar de hallar la contestación a una pregunta de imposible respuesta: si la gestión privada de los servicios públicos de salud es más o menos eficiente que la gestión pública de esos mismos servicios.

Así, entre las aseveraciones tremendistas -por no apartarnos del ámbito taurino- de quienes afirman que miles de pacientes podrían haber muerto prematuramente debido al modelo de gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana¹ - paradigma de la externalización- y las afirmaciones no menos categóricas e igualmente infundadas de relevantes líderes políticos que sostienen que “está demostrado que la gestión privada es más eficiente que la pública”², los argumentos basados en la evidencia tratan de abrirse paso con el vano propósito de alcanzar una conclusión definitiva que resulte de general aplicación en la planificación de la gestión sanitaria. Y esto es algo que, en nuestra opinión, no resulta factible, al menos no con el conocimiento que disponemos a día de hoy.

Si nos preguntamos: ¿son los costes de los centros/departamentos gestionados por entidades privadas inferiores a los de los servicios objeto de gestión directa (pública)?, la respuesta, a la vista de la evidencia empírica disponible, no puede ser sino “depende”. La misma respuesta que cabe dar a otra cuestión necesariamente relacionada con la anterior: ¿tienen los servicios sanitarios públicos gestionados por la iniciativa privada similar calidad a los prestados directamente por entidades privadas? Porque, de un lado, la respuesta a ambas preguntas depende del tipo de datos económicos que se utilicen -en el primer caso- o de la batería de indicadores que se considere -en el segundo-. Y, por otra parte, porque no resultará difícil hallar ejemplos de centros eficientes en costes entre los gestionados de manera directa y entre los que han sido objeto de externalización; como tampoco costaría mucho identificar, en lo que atañe a la calidad de los indicadores de resultados, casos de excelencia (y de justamente lo contrario), tanto en el ámbito de la gestión pública como en el de la gestión privada. En las líneas que siguen trataremos de resumir lo (poco) que sabemos acerca de estas cuestiones, a la vista de la evidencia disponible en las fuentes documentales. Junto a los

datos conocidos en términos de eficiencia económica y calidad de los servicios bajo diferentes modelos de gestión, analizaremos también otros aspectos igualmente relevantes en el contexto de la privatización de la gestión de los servicios sanitarios sobre los que tal vez quepa ser más concluyente. Nos referimos al modo en que se desarrollan los procesos de externalización, tanto en su origen (licitación) como en su ejecución (funcionamiento de los contratos).

¿Qué sabemos acerca del desempeño de los modelos de gestión privada de los servicios sanitarios?

La privatización de los servicios sanitarios se presenta con frecuencia como una alternativa para mejorar la eficiencia de los sistemas públicos de salud y, con ello, moderar el ritmo de crecimiento del gasto sanitario³ en un contexto de fuerte restricción presupuestaria. Suele hacerse, además, una interpretación deliberadamente restrictiva del término privatización, ciñendo su alcance a aquellos casos protagonizados por la participación de entidades privadas (y, en particular, de sociedades mercantiles con ánimo de lucro) en la gestión y prestación de los servicios sanitarios; esto es, la denominada gestión indirecta o “privatización funcional”⁴. Parafraseando a Paul Éluard, no pareciera sino que aunque hubiera “otros mundos”, estuvieran subsumidos en este. Nada más alejado de la realidad, por cuanto las innovaciones y reformas organizativas en el ámbito de la gestión pública directa tienen una dilatada historia en nuestro SNS. Bien podría mencionarse en este sentido el hito que supuso la Ley 15/1997⁵, que impulsó de manera decisiva estos cambios y abrió la puerta a la utilización de prácticamente cualquier forma presente en el ordenamiento jurídico español para la provisión de servicios sanitarios de titularidad pública. Esta estrategia de descentralización organizativa se ha denominado en ocasiones “privatización formal”⁴ y ha sido desarrollada, en mayor o menor medida, en los servicios de salud de casi todas las comunidades autónomas.

No obstante, son los cambios organizativos que involucran a entidades privadas lucrativas los que, como apuntábamos, monopolizan el debate público. Estos esquemas de provisión (financiación) pública con producción privada se justifican sobre la base de una pretendida mayor eficiencia asociada a la competencia y la titularidad privada de la gestión. Así, en épocas recientes, se han ido abriendo paso las denominadas colaboraciones público-privadas (CPP), cuya generalización contemplan con creciente recelo los profesionales sanitarios y una parte de la opinión pública. Incluimos aquí el modelo de concesión de obra pública, conocido por las siglas en inglés PFI (*private finance initiative*) y el de concesión para la gestión integral del servicio público, conocido popularmente como “modelo Alzira”.

Para poder responder al interrogante que encabeza esta sección del artículo, necesitamos saber si las CPP aportan o no un valor añadido en términos de una mayor eficiencia y un ahorro en costes para el financiador público. De un lado, las concesiones de obra pública (PFI) acumulan abundante evidencia empírica en contra en varios aspectos, como son los mayores costes de inversión que acarrearán, la ausencia real de transferencia de riesgos y su menor flexibilidad e inclinación a la innovación.⁶ De otro lado, las concesiones administrativas (“modelo Alzira”) arrastran el lastre de la fallida experiencia pionera que acabó con el “rescate” de la concesión del hospital de La Ribera en 2003⁷ y, pese a que se han extendido a varias áreas de salud de la Comunidad Valenciana y a algún hospital en la Comunidad de Madrid, no existen análisis concluyentes que acrediten su superioridad en términos de eficiencia en costes, siendo posible esgrimir resultados a favor de esta hipótesis y de la contraria. Así, se puede leer que los hospitales de gestión directa y los explotados bajo concesión administrativa tienen un desempeño prácticamente equivalente, siendo en todo caso el coste por persona protegida algo mayor en el caso de las concesiones (menor coste unitario por hospitalización pero más ingresos)⁸, y también que los departamentos de salud valencianos bajo modelo concesional tienen, en promedio, un coste per cápita inferior al de los departamentos bajo gestión directa (aunque algunos de estos presentan costes inferiores a la media de las áreas bajo concesión administrativa)⁹.

En realidad, la escasa evidencia relativa a la posible existencia de diferencias en costes asociadas al modelo de gestión apunta no tanto a la titularidad, pública o privada, de dicha gestión cuanto al régimen jurídico aplicable a los procedimientos en los que esta se desenvuelve. Así, y con las reservas que se derivan de las limitaciones metodológicas del estudio^{10,11}, el informe de la consultora IASIST¹² concluye que los hospitales con un régimen laboral más flexible (personal laboral y no estatutario), que incluyen no solo hospitales de gestión privada, sino también hospitales de gestión pública a través de fundaciones o empresas públicas, tienen costes por unidad de producción hospitalaria un 30% inferiores a los de los hospitales de gestión directa administrativa.

En suma, la pretendida superioridad de la gestión privada sobre la pública en términos de eficacia y eficiencia está muy lejos de haber sido demostrada empíricamente.¹³ El déficit de información en nuestro país y la experiencia

internacional aconsejan orientar la atención hacia otras estrategias de reforma distintas de la privatización, en la búsqueda del objetivo de mejorar la eficiencia del SNS y contribuir con ello a contener el crecimiento del gasto sanitario público.

¿Qué sabemos acerca del modo en que se desarrollan los procesos de externalización?

Un argumento capital que justifica a priori el recurso a la externalización de servicios sanitarios y complementarios a estos (limpieza, catering, centralita, etc.) es la presunta ganancia de eficiencia, sin menoscabo de la calidad, derivada del proceso competitivo desencadenado entre los potenciales proveedores al concurrir al concurso público para la provisión de dichos servicios. Sin embargo, como pone de manifiesto la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) en un reciente informe¹⁴ en el cual revisa 43 procesos de licitación de este tipo habidos en España a lo largo de los últimos dieciséis años, lo cierto es que en la práctica pueden identificarse abundantes ejemplos de fracturas del supuesto de competencia efectiva, con el consiguiente riesgo de encarecimiento innecesario del coste de la prestación del servicio para la administración e incluso de posible deterioro de la calidad asistencial. La valoración de la CNC resulta particularmente desfavorable en lo concerniente al modo en que se ha producido el acceso a la mayoría de las licitaciones, así como en relación con las debilidades detectadas en el desarrollo de los contratos.

Con respecto al primer punto, la Comisión denuncia “una participación alarmantemente reducida de empresas” en la mayoría de las licitaciones convocadas. Baste señalar que solo en 10 de las 43 licitaciones analizadas participaron más de 2 empresas y en 17 de ellas, solo concurrió una. Un caso particularmente llamativo es el acaecido en 2013 en la Comunidad de Madrid con ocasión de la licitación de la gestión sanitaria de seis hospitales¹. Para empezar, y en contra de las recomendaciones de la Guía sobre Contratación Pública y Competencia de la propia CNC, el objeto de la licitación fue objeto de división en cinco lotes de un tamaño similar. Esta práctica, a juicio de la comisión, puede “facilitar el reparto de los mismos entre las empresas participantes en el mercado”. El hecho es que solo se presentaron a la licitación tres grupos empresariales, y no se produjo concurrencia de ofertas en ninguno de los lotes, lo que se tradujo en una reducción prácticamente imperceptible del precio (la cápita) propuesto inicialmente por cada licitador.

A la vista del desenlace de concursos como el referido, no es de extrañar que la CNC califique en su informe el número extraordinariamente reducido de licitadores registrado como un posible indicio de colusión entre los mismos. Esta observación es de tal gravedad que, de ser cierta, equivaldría a una enmienda a la totalidad de los procesos de externalización afectados, que haría innecesario cualquier análisis adicional. Pero es que, además, y eso atañe al segundo de los puntos señalados anteriormente, el desarrollo de los contratos una vez consumada la adjudicación, asistimos a situaciones como la producida en la Comunidad Valenciana, donde una misma empresa está presente -al menos en origen- en la gestión de todos los servicios sanitarios externalizados, lo cual dificulta objetivamente la competencia entre los centros públicos afectados. Tal y como señala la CNC, cuanto menor sea el nivel de competencia entre centros públicos, menos efectiva será la utilización de la facturación intercentros como instrumento para promover la calidad asistencial.

Estéril diálogo de sordos

Con frecuencia se rinde homenaje a la coherencia como una postura intelectual digna de elogio. Y sin duda lo es, siempre y cuando venga acompañada de la predisposición a dejarse convencer (vencer con argumentos razonables) por otros. Afirmaciones como las presentadas al comienzo de este artículo pueden ser muy coherentes ideológicamente con la trayectoria desplegada por parte de quienes las profieren, pero para nada contribuyen a iluminar el debate, ni a que éste se desarrolle con el rigor que requiere una cuestión tan crítica como ésta (la reforma del sistema público de salud para garantizar su supervivencia).

Existen indicadores muy variados para valorar la calidad de un sistema de salud, aunque en general se puede afirmar que el sistema sanitario en España merece una valoración alta (ocupa uno de los primeros puestos de la lista de países con menor tasa de mortalidad sanitariamente evitable¹⁵). Esto no significa que debamos caer en la autocomplacencia, negando la evidente necesidad de introducir cambios en el funcionamiento del sistema que potencien la transparencia, la rendición de cuentas y, en definitiva, el “buen gobierno”. Agotar las energías en un estéril diálogo de sordos, en el cual las partes recitan una y otra vez el consabido argumentario, mientras los problemas financieros se agravan y solo hallan solución transitoria en recortes en los servicios indiscriminados, tan injustos en ocasiones como ineficientes, es un lujo que no nos podemos permitir. La defensa de una sanidad universal y financiada

públicamente es una causa loable compartida por una gran mayoría de ciudadanos; de ahí que merezca que quienes la defienden lo hagan desde el rigor argumental y abandonando (o, en su caso, haciendo explícitos) sus intereses personales o corporativos. No parece que el camino para defender el SNS pase por imputar a deficiencias en la gestión de determinados servicios de salud varios miles de muertes “prematuras”. Como tampoco es de recibo que las estrecheces presupuestarias sirvan de coartada a estrategias de privatización radical, nacidas del prejuicio ideológico, diseñadas a espaldas de los profesionales e insuficientemente explicadas a la población.

Referencias

¹ FSP-UGT País Valenciano (2013). Cuestión de vida o muerte. Análisis comparativo del sistema público de salud de la Comunidad Valenciana y su impacto sobre la salud de la ciudadanía. Disponible en: [LINK](#)

² LaSexta (2013). El Objetivo. Entrevista a Esperanza Aguirre. Disponible en: [LINK](#)

³ Abellán JM (dir), Sánchez FI, Martínez JE, Méndez I (2013). El sistema sanitario público en España y sus Comunidades Autónomas. Sostenibilidad y reformas. Fundación BBVA: Madrid.

⁴ Menéndez A (2008). La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno la debate sobre la privatización de la sanidad. Revista de Administración Sanitaria, 6(2): 269-296.

⁵ Ley 15/1997, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud (que fue desarrollada en el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero).

⁶ Barlow J, Roehrich J, Wright S (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. Health Affairs, 32(1): 146-154.

⁷ Acerete B, Stafford A, Stapleton P (2001). Spanish healthcare public private partnerships: The ‘Alzira model’. Critical Perspectives on Accounting, 22: 533-549.

⁸ Peiró S, Meneu R (2012). Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs. privada por concesión. Blog Nada es Gratis. 27/12/2012. (disponible en [LINK](#)).

⁹ Arenas CA (2013). Eficiencia de las concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana. Sedisa Siglo XXI (disponible en [LINK](#)).

¹⁰ Bilal U, Padilla J (2012). Lectura crítica de documentos ajenos: El informe IASIST sobre modelos de gestión. Mimeo (disponible en [LINK](#)).

¹¹ Sánchez FI, Abellán JM, Oliva J (2013). Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de Trabajo 4/2013. Real Instituto Elcano (disponible en [LINK](#)).

¹² Iasist (2012). Evaluación de resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. Barcelona (disponible en [LINK](#)).

¹³ Minué S, Martín JJ (2013). Gestión privada: ¿más eficiente? Actualización en Medicina de Familia, 9(1): 15-23 (disponible en [LINK](#)).

¹⁴ Comisión Nacional de la Competencia (2013). Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España (disponible en [LINK](#)).

¹⁵ Nolte E, McKee M (2008). Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. Health Affairs, 27(1): 58-71.

ⁱ Licitación que fue adjudicada inicialmente a tres grupos empresariales, pero que en el momento de escribir estas

Hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Chile



Alejandro Arrieta
Robert Stempel College of Public Health & Social Work,
Florida International University
Email: alejarri@fiu.edu



Ariadna García Prado
Universidad Pública de Navarra
Email: ariadna.garcia@unavarra.es

Es bien conocido que la falta de acceso a servicios de atención primaria oportunos y de calidad puede conllevar complicaciones que requieren hospitalización, dando lugar a un coste económico y humano innecesario. Hay una amplia evidencia internacional que muestra cómo mejoras en la atención ambulatoria pueden reducir la necesidad de hospitalizaciones (Starfield, 1991; Fleming, 1995; Caminal et al, 2004; Macinko et al, 2010). Esta vinculación es especialmente cierta en el caso de las condiciones sensibles a la atención ambulatoria, que son aquéllas que, si se atienden puntualmente, son fácilmente manejables por los servicios de atención primaria.

Las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*, ACSC) se han utilizado como indicador para monitorear el desempeño de los sistemas de salud en Estados Unidos, Canadá y en varios países europeos (Billings et al, 1996; Billings et al, 2000; Bindman et al, 1995). Este indicador se vincula, en particular, al acceso y la calidad de la atención primaria y se ha utilizado con este fin en

Australia, Canadá, España y Estados Unidos. La idea detrás de este indicador es que las hospitalizaciones debidas a ciertos problemas de salud revelan problemas de eficiencia del sistema sanitario, en particular, de acceso a una atención primaria de calidad que permita detectar ciertos tipos de enfermedades al principio de su progresión, reducir su gravedad y prevenir la aparición de complicaciones, evitando así la necesidad de hospitalización. Este indicador apenas ha sido utilizado para estudiar el desempeño de los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios, a pesar del aumento en la incidencia de enfermedades crónicas, donde las ACSC son más relevantes.

En Chile, la prevalencia de las enfermedades crónicas ha aumentado notablemente durante la última década (Bitrán et al, 2010). Un estudio hecho en 2007 muestra que el 84% del total de enfermedades en Chile son no transmisibles (Universidad Católica de Chile, 2008). La Encuesta Nacional de Salud de 2003 evidencia que sólo una pequeña proporción de los afectados por enfermedades crónicas tienen la enfermedad médicamente controlada (Bitrán et al, 2010). Como respuesta a este problema, en 2004, dentro del marco de la reforma sanitaria chilena, muchas de las enfermedades crónicas se incluyeron bajo un programa de salud pública conocido como AUGE. El Plan AUGE asegura la cobertura universal de un grupo cada vez mayor de enfermedades crónicas. Puesto que muchas de estas enfermedades son prevenibles, el gobierno está interesado en identificar qué pacientes que las padecen no deberían ser hospitalizados y cuáles son los mecanismos que permiten mejorar su prevención y cobertura en el primer nivel de atención. Por otro lado, el gobierno también está preocupado por el aumento dramático de las hospitalizaciones que se producen en el sector sanitario privado chileno, cuya evolución en la última década ha cuadruplicado la de las visitas ambulatorias. En este contexto, estudiar el impacto que el coseguro tiene en la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios es relevante para identificar cuál es el nivel óptimo de coseguro para cada nivel de atención, de modo que se promocióne la atención ambulatoria para aquellas enfermedades cuya hospitalización puede evitarse.

El objetivo de este trabajo es doble. En primer lugar, se estima el efecto del coseguro ambulatorio y hospitalario en las hospitalizaciones por ACSC en el seguro privado (ISAPRES) en Chile. En segundo lugar, se estima cuál es el coseguro óptimo que permite reducir las hospitalizaciones por ACSC y aumentar las visitas ambulatorias.

Para realizar este análisis se utilizan datos de 2007 de las aseguradoras privadas chilenas (ISAPRES). Estos datos se obtuvieron de la Superintendencia de Salud, que recoge información de las ISAPRES quincenalmente. La base de datos utilizada incluyó 3.004.102 observaciones de los asegurados y sus beneficiarios. Tras la exclusión de los recién nacidos y los mayores de 60 años (que normalmente utilizan con más frecuencia los servicios de salud), la muestra se redujo a 2.884.819 individuos. Para cada individuo, construimos un indicador de visita ambulatoria y de visitas hospitalarias subsecuentes a la visita ambulatoria en el plazo de 30, 60 y 90 días. Para clasificar las hospitalizaciones como ACSC usamos códigos ICD-10 y seguimos la definición de Alfradique et al (2009), que es la utilizada generalmente para América Latina.

Para la estimación se utiliza un modelo estructural integrado por un sistema de dos ecuaciones, una para las visitas ambulatorias y otra para las visitas hospitalarias. Como estrategia de identificación, suponemos que las visitas hospitalarias dependen sólo del coseguro hospitalario, mientras que las visitas ambulatorias dependen tanto del coseguro hospitalario como del ambulatorio. Éste es un supuesto razonable en tanto en cuanto los pacientes pueden evitar la visita ambulatoria si la visita hospitalaria es relativamente barata.

Los resultados obtenidos confirman que al aumentar las visitas ambulatorias, se reduce la probabilidad de tener una hospitalización. Este resultado se alinea con la hipótesis de partida de que la amplia utilización de un sistema de atención primaria de calidad y oportuno puede reducir las hospitalizaciones. También encontramos que el aumento del coseguro ambulatorio disminuye la probabilidad de que se realicen visitas ambulatorias.

Estos dos resultados indican que sería necesario reducir el coseguro ambulatorio del sector privado chileno para reducir las hospitalizaciones de enfermedades sensibles a la atención ambulatoria. El nivel óptimo de coseguro ambulatorio que permite reducir las hospitalizaciones innecesarias a cero y que corresponde a un nivel de coseguro hospitalario del 15% debería estar alrededor del 18-19%. Esto implica que el coseguro ambulatorio en el sector privado chileno debería reducirse en casi 10 puntos porcentuales, del 28% actual a 18-19%.

Por otro lado, los resultados también muestran que cambios del coseguro hospitalario no parecen tener un efecto significativo sobre el número de hospitalizaciones, lo que podría explicarse por la menor elasticidad demanda precio de las visitas hospitalarias. Sin embargo, un coseguro hospitalario más alto sí aumenta la probabilidad de utilización de la atención ambulatoria, y muestra un efecto sustitución entre visita ambulatoria y hospitalaria. Estos resultados van

en la línea de otras investigaciones enmarcadas en las publicaciones sobre seguro de salud y coseguro (Ellis et al, 2011; Besley, 1989).

Aunque este es un estudio de demanda, no se debe olvidar que en el seguro privado chileno es probable que exista demanda inducida, algo que no hemos podido considerar en este estudio y cuyo análisis futuro sería extremadamente interesante.

Referencias

Alfradique M, Bonolo P, Dourado I et al (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, 25(6): 1337-1349.

Besley T (1989). *The Demand for Health Care and Health Insurance*. Oxford Review of Economic Policy, 5(1): 21-33. Oxford; Oxford University Press.

Billings J, Anderson GM, Newman LS (1996). Recent findings on preventable hospitalization. *Health Affairs*, 15(3): 239-249.

Billings J, Parikh N, Mijanovich T (2000). Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Common Fund)*, 433: 1-5.

Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, et al (1995). Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*, 274(4): 305-311.

Bitran R, Escobar L, Gassibe P (2010). After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in hospitalizations and Death rates. *Health Affairs*, 29(12): 2161-2170.

Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M (2004). The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*, 14(3): 246-251.

Ellis RP, Manning WG (2007). Optimal health insurance for prevention and treatment. *Journal of Health Economics*, 26(6): 1128-1150.

Ellis, RP and Albert Ma, CT (2011). Health insurance, costs expectation and adverse job turnover. *Health Economics*, 20(1): 27 - 44.

Fleming ST (1995). Primary Care, Avoidable Hospitalization, and Outcomes of Care: A Literature review and methodological approach. *Medical Care*, 52(1): 88-108.

Macinko J, Dourado I, Aquino A, De Fátima Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Berenice de Oliveira V, Turci MA (2010). Major Expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, 29(12): 2149-2160.

Starfield B (1991). Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*, 266(16): 2268-2271.

Peer-reviewing pay-to-publish open-access peer review

Cashing in on the informal debate that arose among some colleagues at the Spanish Health Economics Association regarding the recently published article on open access journals by John Bohannon *Who's afraid of peer-review*. *Science* 2013; 342:60-65, we decided to kill two birds with one stone.

First, we tried to elicit opinions among editors of some prestigious journals in connection with the results reported by Bohannon, his approach, flaws, and, most important, the foreseen solutions to the problems faced by the scientific community when it comes to pay-to-publish in open access journals. Second, to continue publishing papers in English in the *Boletín Economía y Salud*, in an attempt to reach international English-speaking readers. Time has come to

expand both the reach of our *Boletín* and to broaden the thematic range encompassed by the journal, especially with matters such as this one that pervade research, regardless of the realm of the scientific activity.

We invited fourteen editors of both national and foreign medical, economics and mixed journals in accord with their thematic range to comment on Bohannon's paper. We received eight contributions that are compiled below.

Ideally, this compilation should be only a first step. A further goal we pursue is to spur the debate and the participation of readers on this and other coming issues by using the *Boletín* as a forum. We encourage readers to write their comments and to suggest other matters for debate at the end of this contribution.

Carlos Campillo-Artero

Editor

We need both peer review and editorial boards that are independent of publishers. The system of peer review is designed to help guarantee the academic quality of published research. But this system has been weakened by recent changes in the way that journals raise revenue.

In the past, it was in the financial interest of journal publishers to ensure that articles met high standards of academic quality. Publishers used to make their money from library (and, to a lesser extent, individual) subscriptions. In deciding how to allocate their subscription budgets, libraries would prioritise higher quality journals, all else equal. Journals with high thresholds for acceptance, including stringent peer review, were more likely to be stocked and, hence, to make a profit for the publisher. The positive association between quality and revenue meant it was in the publisher's interest to ensure that editorial processes involved robust peer review.

Subscriptions remain an important, but no longer exclusive, source of publisher income. Now authors can pay the journal directly to publish their article. Ostensibly, the payment covers the costs of expanding potential readership from library users to anyone with internet access. But it also means that: (i) a journal's revenue is positively associated with the number of articles accepted; and (ii) the relationship between quality and revenue has weakened: journals can increase revenue by lowering thresholds for acceptance, perhaps by having less stringent peer review.

By allowing authors to pay journals to publish their work, quality can be compromised, as the Science experiment demonstrates. The editorial board should ensure that this does not happen but, for many of the journals that were part of the Science sting, the "editorial board" was not independent but an integral part of the publisher. Quality can only be safeguarded by ensuring that those making the decision about whether or not to accept an article have no financial stake in the outcome of the review process. Without independent editorial boards, peer review alone cannot guarantee the quality of published academic research.

Andrew Street, Editor, *Journal of Health Economics*

Bohannon's article represents a strong questioning to the peer review process in open access journals as a method of quality control of scientific research and, in addition, it casts doubts on the validity of the results of investigations.

The study focuses on the peer review process but, regardless of what is declared by the journals in their web sites, many did not effectively send the article to review. Even when a review is performed, the reviewers are a heterogeneous group of professionals with regard to their competences, their analysis skills and the way of presenting their comments. The next publishing step, the evaluation of the comments by a competent editor or editorial committee, also showed deficiencies. The study focused on open access journals, but the deficiencies found were related to the review process, which does not bear a relation to the form of dissemination. It is worth asking what would have happened had the article been submitted to paid subscription journals. The growing number of journals that work with limited transparency, the convergence of many of them under the same publishing house, and the profusion of bank accounts in certain countries suggest that many of these journals have been created for the single motive of profit and that are closer to speculation than to honest business, an unfair practice present in many fields. It is noteworthy that this issue capitalizes the need of the investigators to publish, often pressured by academic systems that to a large extent base research grants and professional progress on published work.

Scientific communication should be of the highest quality, but even when the technical reviews were satisfactory, a dose of good faith (of investigators, journals and companies) will always be needed, and the scientific quality of the evidence will be submitted to the most exhaustive test: its validity over time in the light of new research.

Damián Vázquez, Editor in Chief, *Pan American Journal of Public Health/Revista Panamericana de Salud Pública*

The landscape described in *Science* is worrying but not unexpected. One might wonder who is afraid of the effect of the invisible hand of the market on science. The peer review process is at the core of the functioning of the science process and is mainly fuelled by the selflessness of scientists around the world, who make an incalculable contribution. Yet, recognition and credit have not been always the rule. In particular, we need to identify and recognize high quality reviewers and reward them. There should be a better balance between the huge profits of well-known scientific publishers and the resources devoted to the review system.

On the other hand, we need to consider the causes of the present flood of scientific journals and the threats to the quality and integrity of science. Perhaps we have turned a blind eye to several phenomena in science that are behind the disturbing facts described by Bohannon. To mention a few, we can cite the academic system of merit assessment, the progressive substitution of quality by speed and quantity, the lack of societal impact assessment of science results, the use of science as a marketing tool or the commercialization of scientific work. We have witnessed how the scientific agenda is distorted by the intervention of vested interests and how there is a growing proliferation of tactics to undermine sound science. All threats to science are intertwined and I believe that the marked monetization of science and the greed of some scientific ventures are endangering many of the altruist features that make up the basis of scientific enterprise.

The scientific community should raise its awareness of the existence of these threats and design integral and institutional responses. It is unlikely that a multilateral institution would undertake the mission of protecting world science and scientists. However, relevant academic and scientific centres should feel morally bound to make the necessary arrangements to create a network of institutions committed to monitoring, analysing and putting forward proposals in order to tackle the alarming facts uncovered by the *Science* article.

Ildefonso Hernández Aguado, Former Deputy Editor, *Journal of Epidemiology and Community Health*

Academic communities are too clubby, and often lack the resources to undertake a careful peer review process; the latter often is done by unpaid former authors of the journal with little incentives besides collegiality.

My main comment is that referees should be chosen more carefully by 'motivated editors' and listed in the paper if published, so that in the event of fraud, they are made responsible too.

I would set up a system of paid professional journal editors that are actively seeking contributions between published working papers with a much more active role. We should reduce journals that matter into a few that only publish very *substantial work*, and promote the development of working papers and blogs for a quick spread of ideas.

Joan Costa-i-Font, Editor, *Applied Economic Perspectives and Policy*

Delay in publication is a major concern for many researchers. In an attempt to shorten time to publication, many journals now offer "publication ahead of print", where selected articles are made available on the journal website. This effectively side-steps the queue of accepted articles awaiting publication in the traditional paper format. However, the often lengthy duration of the peer review process remains unaffected.

Nature abhors a vacuum. "Open access" journals have emerged as a mechanism for short-circuiting the arduous process of peer review. Virtually all of these are only available as electronic publications and distributed via the internet. With no barriers to entry, these journals have proliferated and now number in the many thousands.

As reported in *Science*, the experiment offers a rather dismal picture of the world of open access journals. In only a few cases did the bogus paper undergo peer review by experts in the field and subsequent rejection. In most cases,

the main criterion for acceptance was the willingness of the submitting author to pay a fee to cover “costs of publication”. Perhaps most disturbing was the finding that many of the journals that accepted the manuscript were owned by leading academic publishers such as Elsevier, Walters Kluwer and Sage.

What lessons can we take from this experiment in “open access” publication? First, it demonstrates that peer review continues to play a role in establishing at least the face validity of research that is communicated to a global audience. Second, results indicate that there are “legitimate” on-line journals that appear to conduct a competent process of peer review, although they are relatively few in number. The question is how to distinguish “good” from “bad” journals; sponsorship by a well-known academic publisher is not in itself a sufficient guarantee of quality. Third, the experiment sounds a note of caution for those who are invited to serve on the editorial boards or as peer reviewers for new open access journals. Careful investigation is in order before accepting such an invitation lest they may unwittingly lend their name to a sham enterprise. Finally, for those considering submitting their work to an open access journal, similar due diligence is recommended. Publishing good work in a bad journal does little to further the author’s reputation while it helps the journal establish its legitimacy.

Greg de Lissovoy, Editor, *Medical Care*

“It’s the peer review, stupid”

The title of Bohannon’s article published in *Science* about publishing malpractices is “Who’s Afraid of Peer Review?”, but in the standfirst (UK)/subhead (US) I read: “A spoof paper concocted by *Science* reveals little or no scrutiny at many open access journals”. Most of the criticism fuelled by the paper points to the open access journals industry but certainly, this means missing the shot.

The peer review process, as we know it, is deeply flawed and requires strong amendments. But it is easier to blame the (new) pirates of publishing before assessing the reality behind the established industry, holder of a “Corsican patent”. Pay attention: “Acceptance was the norm, not the exception. The paper was accepted by journals hosted by industry titans Elsevier, Wolters Kluwer, and Sage. The paper was accepted by journals published by prestigious academic institutions such as Kobe University in Japan. It was accepted by scholarly society journals”.

Current practices of voluntary peer review give substantial power to reviewers with little accountability other than self-assessment. Editors may choose to ignore poor quality reviews and/or decline to solicit future reviews from those who produce obviously poor or biased reviews. However, editors may not have the expertise to judge the quality of a given review (Wendler and Miller, 2013).

As usual, “more research must be carried out to establish the efficacy of the different...” styles of peer review. It would be presumptuous to draw conclusions until further research is done. But if more quality is needed, the immediate tools are transparency and accountability. A bad review making way to an infamous paper or rejecting from biased basis some estimable one, must have consequences.

To identify these practices, presumably not so unusual, a transparent review process is needed, and some kind of formal sanctions should be established as well.

Ricard Meneu, Editor, *Gestión Clínica y Sanitaria*

Manufacturing doubts about Open Access

“Doubt is our product”, a cigarette executive once observed, “since it is the best means...of establishing a controversy”. David Michaels’s excellent “Doubt Is Their Product” provides numerous examples about uses of pseudoscientific arguments to mislead the public manufacturing and magnifying scientific uncertainty. In an age of unprecedented disinformation and misinformation by those whose interests are in risk, an attack to open-access model (OAM) is not a surprise.

In “Who’s Afraid of Peer Review?”, John Bohannon and *Science* were mostly interested in highlighting the dark side of OAM. Curiously, however, a paper about peer review was not peer reviewed. It permitted that only journals with

of their careers, however, a paper about peer review that has not been peer-reviewed is permitted and only journals that article processing charges were considered (which represent only 25% of titles of this kind), no random selection was used and no control was implemented (for instance, submitting the same paper to subscription-based publishers). It appears that the creators of this example of sensationalist journalism were afraid to submit this paper to journals that do not accept that a publicly-funded research reports should be accessible to everybody.

The implication of Bohannon's article was that, if publishers have a pecuniary incentive to accept a paper, since they only get paid in such a case, then they will inescapably admit garbage in their journals. However, no conclusions can be drawn about the degree in which the bogus effect is specific to OAM journals or about the overall prevalence of the phenomenon in this realm. This flawed study shows only three well known things: that there are predatory publishers, that some journals indexed as a part of OAM are in this category, and that peer review is easier said than done. For anything else, it is scientifically unsound.

What it has been done here is to fabricate another version of the tricks many manufacturers of the doubt carry out daily, in the same way denounced by Michaels.

Luis Carlos Silva Ayçaguer, Editor, *Cuban Journal of Information in Medical Sciences*

In his recently published experiment, Bohannon targets peer-reviewed, “pay-to-publish” open access journals on the implicit premise that they have a stake in minimizing peer review. Most readers would agree that a sample composed entirely of journals of this type allows no valid conclusions to be drawn regarding the contribution of either “open access” or the “pay-to-publish” model to the shameful failure in quality control exposed by Bohannon. A sample consisting of a random mix of open access and closed-access journals, some predicated on the “pay-to-publish” model and others on the traditional publishing model, would have allowed for clearer insights into the root causes of gross negligence in peer review. It may puzzle some readers - as it puzzled me - to see open access getting a bad rap while the blatantly suspect “pay-to-publish” model, in which publication rates drive profits, is merely treated as a colluding partner. This is akin to trying to shoot an elephant by aiming at his shadow. We all know that “pay-for-profit” is not synonymous with open access. Bohannon's failure to formulate a straightforward “mechanism of action” linking open access to shoddy peer review leaves room for nothing but speculation in the interpretation of his findings.

What Bohannon has demonstrated is that ineffective peer review is all around us and that the traditional gatekeeping role of editors is crumbling before our eyes. We don't need a study to understand why. The “pay-for-profit” model, fueled, in turn, by the “publish or perish” paradigm, is one obvious reason. Another is the lure of a high impact factor, common to all scientific journals. Editors turn a convenient blind eye to the flaws of “buzz-generating” papers. Put

more generally, Bohannon's culprit is an alarmingly pervasive one: a publishing culture in which profit-making and sensationalism take precedence over science.

María Luisa Clark, Editor, Papers and Reviews, *Bulletin of the World Health Organization*

Tesis

Socioeconomic determinants of health





Cristina Blanco-Pérez
Departamento de Economía de la Empresa
Universitat de les Illes Balears
Email: cristina.blanco@uib.cat

Tesis doctoral defendida el 17 de mayo de 2013 en el Departamento de Economía Aplicada de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad Autónoma de Barcelona, dirigida por Dr. Xavi Ramos, que obtuvo la calificación de Apto Cum Laude. Tribunal: Conchita D'Ambrosio (University of Luxembourg, Luxemburgo), Marisol Rodríguez (Universidad de Barcelona) y Therese Nilsson (Lund University, Suecia).

El principal objetivo de esta tesis es contribuir a entender mejor los efectos de las variables socioeconómicas en el nivel de salud de los individuos y así poder diseñar políticas socioeconómicas que mejoren al mismo tiempo el nivel de salud de la población. Para ello, esta tesis se centra principalmente en la controvertida relación entre la distribución de la renta y salud. Y además, propone nuevos enfoques metodológicos y econométricos para mejorar el estudio de los determinantes socioeconómicos del nivel de salud.

El primer capítulo revisa la bibliografía sobre las hipótesis y mecanismos que relacionan la distribución de la renta con el nivel de salud de los individuos. Aunque se ha probado que el nivel de la renta tiene un efecto protector sobre el nivel de salud, todavía existe controversia sobre el efecto que puede tener la distribución desigual de la renta sobre el nivel de salud individual. Los modelos teóricos iniciales sugieren que los individuos que viven en sociedades más desiguales presentarían un menor nivel de salud, mientras que la evidencia empírica previa no ha conseguido confirmar esta hipótesis, y los resultados obtenidos hasta la fecha son muy dispares. Los capítulos 2 y 3 se centran en analizar empíricamente esta relación, utilizando diferentes indicadores de distribución de la renta.

Los mecanismos que relacionan desigualdad de la renta y salud son básicamente dos: la dificultad de acceso a bienes que mejoran el nivel de salud y el estrés psicosocial. En sociedades más desiguales, existiría mayor conflicto y tensión social que dificultaría el acceso a bienes que mejoran el nivel de salud y se generaría mayor estrés psicosocial, lo que reduciría el nivel de salud de los individuos. Tradicionalmente, este mecanismo se ha comprobado empíricamente utilizando indicadores de desigualdad de la renta (hipótesis de la desigualdad de la renta). Sin embargo, nuestra hipótesis es que la polarización de la renta sería un mejor indicador del mecanismo anterior, ya que el conflicto social no vendría sólo generado por la distancia de la renta entre grupos (alienación de los grupos de renta), sino también por la identificación que los individuos tienen con su grupo (y que los indicadores de desigualdad de la renta no tienen en cuenta). A mayor identificación con el grupo, mayor polarización y mayor conflicto. Por tanto, este segundo capítulo analiza empíricamente el efecto negativo de la polarización, utilizando el componente español del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) para el periodo 1994-2001. El índice de polarización se ha medido como el cociente entre la desigualdad de la renta entre grupos y la desigualdad intragrupos, teniendo en cuenta, así, la alienación y la identificación de los grupos respectivamente. En este trabajo, los grupos se han definido exógenamente. Por un lado, se ha calculado la polarización entre regiones, y en segundo lugar, entre grupos de referencia definidos por edad, nivel educativo y región. Los resultados muestran que un aumento en la polarización de la renta disminuye el nivel de salud autopercibida de los individuos, incluso controlando por desigualdad de la renta. Así, tanto las distancias entre grupos de referencia como la identificación con el grupo, serían relevantes para la salud.

El capítulo 3 analiza la relación entre la renta relativa y la salud (hipótesis de la renta relativa). En este caso, el estrés psicosocial vendría generado por la distancia entre la renta individual con respecto a la renta de los individuos del grupo de referencia. Tradicionalmente, las comparaciones de renta se establecen hacia "arriba", con los individuos con rentas más altas. Se espera que cuanto más grande sea esta distancia, más privación sufrirá el individuo y peor será su nivel de salud. Sin embargo, la evidencia previa no es concluyente con respecto a esta hipótesis. Además, nueva evidencia muestra que las comparaciones pueden darse también hacia "abajo", con respecto a los individuos más pobres. La contribución de este capítulo es, por tanto, dar respuesta a las disparidades en los resultados de la bibliografía previa y revisar la hipótesis de la renta relativa. Para ello se han utilizado como indicadores de renta relativa un índice de privación y un índice de satisfacción de la renta, que permiten medir por separado el efecto de las comparaciones de renta en el nivel de salud. El índice de privación mide las distancias entre la renta del individuo y las rentas de los individuos más ricos dentro del grupo de referencia (comparaciones hacia "arriba"), y las distancias

con las rentas de los individuos más pobres (comparaciones hacia “abajo”). En este caso, se han utilizado datos del *German Socio-Economic Panel data* (Panel Socioeconómico Alemán, SOEP) para el período 1994-2010. La principal ventaja de esta base de datos es que incluye variables casi-objetivas de salud (como son las dimensiones de salud física y mental del índice SF-12), además de la variable de salud autopercebida. Para el caso de Alemania, los resultados muestran que las comparaciones hacia “arriba” no generarían estrés psicosocial, pero sí las comparaciones hacia “abajo”. Dependiendo de cuál de los dos efectos domine, podríamos observar un efecto global positivo o negativo. Esto explicaría las discrepancias en los resultados en estudios previos que utilizan medidas de renta relativa agregadas (como la renta media).

El último capítulo aporta mejoras a la modelización de la variable salud cuando se analizan sus determinantes socioeconómicos en un contexto dinámico. En concreto, se mide la importancia del grado de “*state dependence*” (efecto del nivel de salud previo en el nivel de salud actual) en la variable de salud autopercebida en España, controlando al mismo tiempo por heterogeneidad observada y no observada. No tener en cuenta el “*state dependence*” puede conducir a sobreestimar el efecto de las variables socioeconómicas en el nivel de salud. Con este objetivo en mente, se han estimado una serie de modelos econométricos dinámicos, incluyendo una nueva propuesta para el modelo de selección de Heckman, utilizando de nuevo el componente español del PHOGUE para el período 1994-2001. Los resultados muestran que el poder explicativo de las variables socioeconómicas se reduce, o desaparece, una vez se corrige por “*state dependence*” y la heterogeneidad no observada. Así, los “estados pasados” serían relevantes para la salud actual, lo que sugiere que mejorar las condiciones socioeconómicas en estados iniciales del individuo y la prevención mejorarían la salud individual.

Análisis espacial de la distribución en el territorio de variables sanitarias y socioeconómicas mediante técnicas de inteligencia artificial



José Alberto Salinas Pérez
Área de Políticas Sociales y Sanitarias
Universidad Loyola Andalucía
Email: jsalinas@uloyola.es

Tesis doctoral defendida el 15 de noviembre de 2012 en el Departamento de Gestión Empresarial y Métodos Cuantitativos de la Facultad Ciencias Económicas y Empresariales (ETEA), Universidad de Córdoba, dirigida por el Dr. Carlos Ramón García Alonso (Universidad Loyola Andalucía) y el Dr. Luis Salvador Carulla (University of Sidney), que obtuvo la calificación de Apto Cum Laude. Tribunal: Dr. César Hervás Martínez (presidente) (Universidad de Córdoba), Dra. Berta Moreno Küstner (secretaria) (Universidad de Málaga) y Dr. José Almenara Barrios (Universidad de Cádiz).

El análisis espacial de datos (AED) estudia la existencia de concentraciones geográficas estadísticamente significativas de variables localizadas en el espacio. En la actualidad existen numerosas técnicas de análisis espacial, pero en muchas ocasiones ofrecen resultados diferentes cuando se aplican sobre los mismos datos espaciales debido a sus diferentes aproximaciones. La epidemiología espacial es uno de los campos donde más se emplea el AED con el fin de estudiar la distribución de las enfermedades en el territorio y localizar posibles patrones espaciales. A pesar de la importancia de las enfermedades mentales, no existen muchos estudios de epidemiología espacial sobre ellas.

En este contexto, el presente trabajo de investigación tiene por objetivos diseñar, implementar y probar sobre datos de salud mental un nuevo modelo de análisis espacial de datos basado en técnicas de inteligencia artificial. En este campo, los Algoritmos Evolutivos Multi-objetivo (AEMO) son una herramienta para la resolución de problemas multi-variantes complejos.

El nuevo modelo se denominó Algoritmo Evolutivo Multi-Objetivo de Análisis Espacial (AEMO/AE). El AEMO/AE fue diseñado para buscar concentraciones espaciales significativas de una determinada variable. Dichos clústeres debían estar compuestos por: 1) valores elevados (*hot-spots*) o bajos (*cold-spots*) de la variable de estudio a través de la maximización o minimización de sus valores; 2) valores uniformes mediante la minimización de la desviación estándar; y 3) valores próximos geográficamente con la minimización de la distancia relativa entre unidades espaciales. En resumen, las soluciones al problema consistirían en grupos de municipios próximos con valores uniformes y significativamente elevados o bajos de las variables de estudio. Los resultados fueron evaluados empleando cuatro funciones de aptitud que abordan la identificación y discriminación de las mejores soluciones desde diferentes perspectivas igualmente válidas. El resultado final del algoritmo fueron cuatro grupos de soluciones o conjuntos de municipios por función de aptitud. Los municipios identificados como solución por el mayor número de métodos constituyeron los resultados finales. Éstos fueron representados en mapas mediante un Sistema de Información Geográfica (SIG).

El modelo desarrollado fue probado en dos estudios de demostración sobre datos a escala municipal de la prevalencia administrativa de la esquizofrenia y la depresión en Andalucía y Cataluña. Estos diagnósticos fueron seleccionados por ser dos de las enfermedades mentales más prevalentes y generadoras de grandes costes directos e indirectos y de cargas de enfermedad.

Los datos de prevalencia andaluces fueron recogidos del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), facilitado por el Programa de Salud Mental de Andalucía, para la serie temporal que abarca los años 2004, 2006, 2007 y 2008. En el caso de Cataluña, se explotó el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Centros de Salud Mental Ambulatorios (CMBD-SMA) del año 2009 facilitado por el Departamento de Salud. Los casos de esquizofrenia y depresión, por municipio de residencia del paciente, fueron convertidos en tasas por 1.000 habitantes, y estandarizados por edad y sexo por el método directo para permitir la comparación de municipios con diferentes estructuras de población. Otra variable analizada por el algoritmo fue la distancia relativa entre municipios calculada por el SIG.

El primer estudio tenía por finalidad probar el algoritmo como herramienta híbrida para la búsqueda de una solución de consenso entre cuatro métodos de análisis espacial. Este estudio se realizó sobre la prevalencia administrativa de la esquizofrenia (Caso 1) y la depresión (Caso 2) en Andalucía en la serie temporal de cuatro años. El AEMO/AE fue capaz de ofrecer una solución de consenso entre los resultados de los índices espaciales de la *I* de Moran, la *C* de Geary y la *G* de Getis & Ord, y de un Modelo Autorregresivo Condicional Bayesiano (CAR). Los resultados señalaban áreas territoriales en las que se constató estadísticamente la existencia de una elevada dependencia espacial de las prevalencias y que eran identificadas por todos los métodos y, por tanto, evitaban las áreas que sólo eran identificadas por alguno de los métodos. Así, se obtuvo una serie de concentraciones espaciales de prevalencia avaladas por cuatro métodos de análisis espacial de amplia utilización en estudios de epidemiología espacial.

El algoritmo identificó un *hot-spot* de esquizofrenia de forma persistente a lo largo de los cuatro años de la serie junto a otros siete que aparecían sólo en determinados años. Por su parte, los *hot-spot* de depresión se ubicaban en dos localizaciones principales que se mantenían estables a lo largo de los años y cuatro *hot-spots* que aparecían en ciertos años. Los clústeres espaciales detectados podían intuirse en alguno de los índices espaciales, pero el AEMO permitió identificarlos claramente facilitando su interpretación.

En el segundo estudio se pretendía aplicar el modelo AEMO/AE como un método de análisis espacial que diera sus propios resultados. En este caso, el objetivo consistía en buscar *hot-spots* y *cold-spots* de prevalencia administrativa de la esquizofrenia (Caso 3) y la depresión (Caso 4) en Cataluña en el año 2009.

Los resultados mostraron ocho concentraciones de *hot-spots* y otras ocho de *cold-spots* para la esquizofrenia, y seis concentraciones de *hot-spots* y cuatro de *cold-spots* para la depresión. En ambos diagnósticos existían varios municipios aislados identificados como *cold-spots* que parecían agruparse en un clúster lineal. Además, se intuían relaciones de vecindad entre los *hot-spots* y *cold-spot* que aparecían en muchas ocasiones muy próximos.

En conclusión, el modelo AEMO/AE ha sido aplicado con éxito como herramienta híbrida para conseguir una solución de consenso entre diferentes métodos de análisis espacial, y como nuevo método de análisis espacial para la localización de concentraciones espacio-temporales. El análisis estadístico de las unidades espaciales identificadas como clústeres espaciales de esquizofrenia y depresión en ambas Comunidades Autónomas señaló que los mismos son significativos y avala su coherencia.

Esta investigación ha tenido diversas limitaciones, como los problemas de disponibilidad, calidad e integración de las bases de datos sanitarias, y una serie de limitaciones inherentes a los estudios geográficos y ecológicos que tienen que ser solventadas o reducidas con anterioridad al funcionamiento del modelo. Las principales líneas de desarrollo del estudio son profundizar en la mejora del modelo y su aplicación a otros ámbitos geográficos y diagnósticos.

Por último, el modelo permitió conocer dónde se localizan zonas geográficas de relativa “mala salud” y “buena salud” que son de interés para la planificación y la gestión de los servicios de salud mental. En este sentido, el modelo AEMO/AE y sus resultados fueron evaluados mediante un cuestionario por un grupo de expertos que los calificó como útiles y relevantes para la toma de decisiones y la planificación de los Sistemas de Atención a la Salud Mental.

Con acuse de recibo

Crónica de la 13ª Conferencia de la Asociación Portuguesa de Economía de la Salud

Alexandrina Stoyanova

Universitat de Barcelona

Vocal de relaciones internacionales, JD de AES

Email: alexandrina.stoyanova@ub.edu

A principios de octubre, la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Minho (Braga) albergó la celebración de la 13ª Conferencia de la Asociación Portuguesa de Economía de la Salud. Tuve el placer de participar en este excelente encuentro académico en representación de AES. He aquí un pequeño resumen que pretende animaros a enviar trabajos y participar en la próxima edición.

La ponencia inaugural corrió a cargo de Matteo Galizzi, de la London School of Economics. Su conferencia se centró en la aplicabilidad y la utilidad de la “economía del comportamiento” en la política sanitaria (¿os suena? Sobre economía del comportamiento aprendimos, y mucho, en las sesiones del Taller pre-XXXIII Jornadas de Economía de la Salud en Santander). Matteo Galizzi, además de explicar los aspectos fundamentales de la economía del comportamiento y cómo ésta se diferencia de la “economía tradicional”, dedicó gran parte de su intervención a los instrumentos de políticas que la economía del comportamiento pone a disposición de los decisores sanitarios. Algunos de los ejemplos señalados fueron los “*nudges*” o incentivos para fomentar un comportamiento individual responsable, las “etiquetas” de información, y los incentivos fiscales o impuestos “*correctores*” de comportamientos dañinos para la salud (“*sin taxes*”). Varios trabajos presentados en las sesiones paralelas se podrían acoger bajo el paraguas de investigaciones en el campo de la economía del comportamiento.

Martin Knapp, de la London School of Economics, fue el ponente de la sesión plenaria central de la conferencia, que tuvo por título: “*Recession, austerity and mental health: how can we respond?*”. Los principales mensajes fueron que no debemos olvidar que los trastornos mentales afectan a mucha gente y conllevan importantes costes directos (aquéllos en los que incurren los sistemas de salud) e indirectos, que se perciben, principalmente, pero no exclusivamente, en el mercado de trabajo. Se considera que la crisis económica, a través de las graves repercusiones que está teniendo sobre la actividad económica, la ocupación, el mercado inmobiliario, el poder adquisitivo, el nivel de endeudamiento de las familias y el sistema de protección social, pone también en riesgo la salud física y el

bienestar emocional de las personas. Sin embargo, Martin Knapp señaló que los estudios existentes no muestran de forma inequívoca que las recesiones son (especialmente) perjudiciales para la salud mental de los ciudadanos. Por ello, destacó la urgencia de generar más (y mejor) evidencia, hacerlo de forma rápida y ser capaces de convencer a los responsables políticos que la salud mental debería ser una prioridad.



La conferencia fue clausurada por Diogo de Lucena, de la Universidade Nova Lisboa, con una reflexión global sobre el sistema sanitario portugués. El envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y el progreso tecnológico fueron algunos de los factores señalados como responsables de la insostenibilidad del sistema actual. Es crucial diseñar un sistema de salud flexible con gran capacidad de adaptación a las necesidades de hoy y los retos del futuro.

Un amplio abanico de temas de economía de la salud se debatieron a lo largo de las quince sesiones de presentaciones orales y las tres de pósters. No faltaron los trabajos sobre equidad y determinantes sociales de la salud, evaluación económica, recursos humanos, obesidad, envejecimiento y cuidados de larga duración, servicios de atención primaria, calidad de vida, experimentos en salud, entre otros.



En definitiva, una buena conferencia donde se presentaron investigaciones de alto nivel científico en un ambiente amigable, pero crítico y, creo, beneficioso para todos los participantes, especialmente los jóvenes que dan sus primeros pasos en el mundo de la economía de la salud. Os vuelvo a animar a poner el próximo congreso de APES en vuestras agendas científicas. ¡Vale la pena!

Presentación monográfico Economía y Salud: nuevas perspectivas



La Economía de la Salud ha alcanzado un grado de madurez importante en estos últimos tiempos, lo que le permite haber generado suficiente conocimiento (tanto teórico como de evidencia empírica) para poder trascender los resultados obtenidos a la aplicación de políticas sanitarias. El volumen 31(2) de la Revista de Estudios de Economía Aplicada, publicado en septiembre de 2013 y coordinado por **Marta Pascual y David Cantarero**, lleva por título monográfico “Economía y Salud: Nuevas Perspectivas”. En él se recopilan una serie de artículos sobre aspectos principales y actuales de la Economía de la Salud. En dicho monográfico, Marta Pascual y David Cantarero destacan el estado actual del papel del sector público y privado así como su colaboración en la provisión y producción de servicios sanitarios. Asimismo, ponen de manifiesto el importante impacto científico en términos bibliométricos que tienen las recientes publicaciones en el ámbito de la Economía de la Salud. Por otra parte, **Beatriz González y Rosa Urbanos** exploran las consecuencias de la crisis económica, analizando hasta qué punto el fenómeno del desempleo y, particularmente, su duración influyen en la percepción de la salud física y mental de la población española. **Guillem López-Casasnovas** aborda desde una perspectiva general los últimos estudios de Economía de la Salud, destacando que la igualdad de oportunidades (así como las diferencias observadas en campos como la salud) se alcanza cuando los resultados dependen de la libertad individual y de la disponibilidad de suficiente información. Con este enfoque, analiza la priorización de políticas fiscales y recursos sanitarios públicos. Además, expone algunos argumentos referidos a la no discriminación, preocupación por la desigualdad y criterios de información y tutela.

Berta Rivera, Bruno Casal y Luis Currais se centran en un tema de especial preocupación en momentos como los actuales como es la dinámica de salud de la población inmigrante. En particular, presentan evidencia empírica novedosa acerca del conocido *healthy immigrant effect*, ya comprobado en otros países previamente al nuestro. Desde un punto de vista teórico, **Fernando Antoñanzas, Carmelo Juárez-Castelló y Roberto Rodríguez-Ibeas** analizan y modelizan la relación entre una autoridad sanitaria y una empresa farmacéutica cuando la eficacia del medicamento producido por la empresa citada es incierta. Así, concluyen que el contrato óptimo depende de la relación entre los costes de monitorización, los costes marginales de producción y el coste sanitario derivado del fallo del tratamiento. Con una temática muy similar pero desde otra perspectiva, **Carla Blázquez, Noelia González-Prieto y Patricia Moreno** estudian los efectos que el gasto en productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos tiene sobre los resultados en salud. En concreto, se hace referencia a los resultados sobre la mortalidad y esperanza de vida.

Sin embargo, como pone de manifiesto **Laura Cabiedes**, la mayoría de los países de nuestro entorno socioeconómico regulan el precio de los medicamentos nuevos (protegidos por patentes). Esto es así especialmente si son objeto de financiación con fondos públicos, lo que tiene implicaciones muy importantes para la política sanitaria.

Evidentemente, las decisiones en relación con la Economía de la Salud tienen implicaciones importantes sobre el comportamiento de los individuos. **Anna Garcia-Altés** analiza cómo los individuos toman decisiones y sus sesgos en el caso particular de la prevención de la obesidad, destacando las intervenciones multipalanca y las medidas reguladoras como las más efectivas.

No obstante, como señalan **Cristina Hernández-Quevedo** y **Cristina Masseria**, las desigualdades en salud siguen siendo prioritarias en la agenda política de los países, aunque su medición y monitorización en el tiempo y entre países continúan siendo un desafío para los investigadores. Las autoras muestran desigualdades socioeconómicas en salud persistentes en el tiempo y ofrecen recomendaciones para la monitorización de dichas desigualdades entre países.

Una perspectiva diferente desde Eslovaquia es la mostrada por **Gavurova Beata** y **Adela Klepakova** para el caso de la *Day Surgery* en ese país a partir de un estudio piloto que demuestra cómo a través de dicha técnica se puede conseguir el aumento de la eficiencia del sistema sanitario.

Finalmente, para el caso de las empresas de trabajo temporal en España, los investigadores **Alfonso Moral**, **Ángel Luis Martín** y **Juan Carlos Rodríguez** encuentran pruebas que indican que los trabajadores contratados por este tipo de empresas presentan menores cifras de riesgo moral que los trabajadores con un tipo de contrato indefinido y que los que tienen un contrato temporal directo.

Más información: <http://www.revista-eea.net/monograficos.php>

Crónica del XIII Encuentro de la Industria Farmacéutica Española: "Los nuevos sistemas de precios de los medicamentos y su acceso al mercado"

Félix Lobo Aleu

Departamento de Economía
Universidad Carlos III de Madrid
Director del Encuentro de la Industria Farmacéutica
flobo@uc3m.es

Manuel García Goñi

Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid
Secretario Académico del Encuentro de la Industria Farmacéutica
mgoni@ccee.ucm.es

Como cada año desde 2001, se celebra en Santander, en el Palacio de la Magdalena y dentro de la programación de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, el Encuentro de la Industria Farmacéutica. Éste es un Encuentro fruto de un acuerdo de colaboración y patrocinio entre la Universidad Carlos III de Madrid, la Fundación Farmaindustria y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Se denomina Encuentro porque se trata en efecto de un paréntesis en el año laboral, justo después de las vacaciones de verano, en el cual personalidades de política farmacéutica y administraciones públicas a escala regional, nacional y europea, investigadores de economía de la salud y representantes de la industria farmacéutica se encuentran en un ambiente distendido para debatir los temas que más preocupan sobre el desarrollo del tejido empresarial de la industria farmacéutica y la provisión eficiente de medicamentos.

La crisis económica y las políticas de austeridad en el gasto están provocando efectos no sólo coyunturales sino también estructurales en distintos sectores de actividad en España. En los últimos cuatro años, la cifra de ventas del sector farmacéutico se ha reducido alrededor de un 25% a consecuencia de la contracción del gasto farmacéutico, una de las partidas más importantes del gasto sanitario. Por ello, dicho sector ha hecho una importante contribución para aliviar el déficit público.

Esta reducción de las ventas y el gasto se ha conseguido con toda una panoplia de medidas restrictivas relativas a la regulación de los precios de los medicamentos, a la prescripción, al acceso al mercado de los nuevos productos y al copago, significativamente aumentado, y al que han quedado sujetos también los pensionistas.

Esta situación del sector nos llevó a centrar la edición XIII del Encuentro de la Industria Farmacéutica, que tuvo lugar los pasados 5 y 6 de septiembre de 2013, en el tema de los nuevos sistemas de precios de los medicamentos y su acceso al mercado. La nueva legislación de los precios de los medicamentos en España supone cambios importantes: un mercado intervenido y otro sin intervenir para los mismos productos; la regulación todavía no concretada de criterios generales de eficiencia; la reorganización o creación de distintos regímenes de precios (para nuevos medicamentos, precios de referencia, agrupaciones homogéneas, precios seleccionados, precios notificados...). También se ha promocionado, en un ambiente litigioso entre gobierno central y alguna comunidad autónoma y entre sector público y privado, la centralización de las compras públicas con métodos competitivos.



De izquierda a derecha: Félix Lobo, Catedrático de Economía, Universidad Carlos III de Madrid y Director del Encuentro; Pilar Farjas, Secretaria General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; César Nombela, Rector de la UIMP; y Elvira Sanz Urgoiti, Presidenta de Farmaindustria.

El programa académico del curso nos permitió disfrutar de ponencias de muy distinto estilo. Tuvimos por ejemplo a Juan José Pardo García Valdecasas, Presidente del Tribunal de Recursos Contractuales, que nos mostró los detalles de la regulación en relación con las compras públicas. Contamos también con la participación de María Isabel de Frutos, Subdirectora de Asistencia Sanitaria del Servicio Cántabro de Salud, que ha participado en varias ocasiones en nuestro Encuentro, en la cual trató sobre cuestiones específicas de Cantabria. Jorge Mestre, Director de Consultoría de la Office of Health Economics en Londres, y Laura Cabiedes, Profesora de Economía de la Universidad de Oviedo, aportaron la perspectiva de la teoría económica a las cuestiones derivadas de las compras centralizadas y otros extremos de la nueva regulación. Vaya desde aquí nuestro más sincero agradecimiento a su enorme flexibilidad, ya que el horario de sus ponencias sufrió diversos cambios de última hora por problemas de agenda institucional.

Agustín Rivero, Director General de Cartera Básica de Servicios para el SNS y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y Humberto Arnés, Director General de Farmaindustria, entablaron un diálogo distendido, por un lado, sobre los avances y las virtudes de la nueva regulación en busca de la eficiencia en la provisión sanitaria, y, por otro, sobre los temores que se viven en el sector farmacéutico, un sector claramente perjudicado por las medidas implantadas en los últimos años, en contraposición con otros sectores de actividad pública o de provisión sanitaria.

La perspectiva internacional corrió a cargo de Richard Torbett, Economista Jefe de la Federación Europea de Asociaciones de la Industria Farmacéutica (EFPIA), y de Christoph Schwierz, de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros (DG ECFIN) de la Comisión Europea. Definitivamente, la perspectiva económica de Europa descrita sobre España no fue muy halagüeña. Todo parece indicar que será necesario realizar nuevos ajustes económicos en nuestro sistema sanitario público.

Como cada año, disfrutamos de una mesa redonda. En esta ocasión, el tema específico abordado fue el “Mercado público y privado de medicamentos”. Bajo la moderación de David Cantarero, Profesor de Economía Aplicada de la Universidad de Cantabria, participaron: Carmen Recio (Directora Técnica, Consejo General de Colegios de Farmacéuticos), Miguel Valdés (Director general de FEDIFAR), Javier Urzay (Subdirector General de Farmaindustria) y Dionisio Docasar (Jefe del área de asuntos jurídicos de la Subdirección General de Calidad del Medicamento, MSSSI). Siempre resulta interesante presenciar un debate entre grandes profesionales que defienden su terreno dentro de un mismo sector, ya sea desde el punto de vista del farmacéutico, del distribuidor, de la patronal o del Ministerio.

La clausura puso broche final al Encuentro con las ponencias en la cumbre de Elvira Sanz Urgoiti, Presidenta de Farmaindustria, y Pilar Farjas, Secretaria General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es un auténtico placer ver que las personalidades más importantes del sector se esfuerzan en asistir a nuestro Encuentro de la Industria Farmacéutica, que se ha convertido en tradicional y en una actividad fundamental para entender los movimientos regulatorios, económicos y empresariales del sector.

Vaya desde aquí nuestro más sincero agradecimiento a todos los ponentes y a todos los asistentes, que son el alma del Encuentro. También agradecemos el esfuerzo que hizo Joan Ramón Borrell por llegar a Santander y lamentamos a la postre no pudiera acompañarnos.

En el Encuentro comprobamos, como cada año, que existe una buena relación personal entre los decisores institucionales, académicos y del sector farmacéutico. Todos aprendimos que la regulación viene exigida por una serie de necesidades y que, en general, se articula con una gran intención de mejora de la eficiencia de la provisión farmacéutica. También tomamos buena nota que los procedimientos concretos que la articulan pueden mejorar la situación actual o perjudicar al sector sin que se produzca una ganancia significativa en eficiencia. Sólo el tiempo y la investigación lo aclararán. Quedamos todos emplazados para debatir, en el XIV Encuentro de la Industria Farmacéutica, de septiembre de 2014, si las medidas fueron acertadas, si su articulación fue mejorable y cuáles deben ser los siguientes pasos.

Noticias

Congresos y Jornadas

III Taller EvaluAES

21 Marzo 2014, Barcelona

Fechas importantes:

31 Diciembre - Fecha límite para la presentación de comunicaciones

Más información en: http://aes.es/grupos_trabajos_1_actividades.php

5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health

10-12 Abril 2014, Granada

Fechas importantes:

1 Febrero - Fecha límite para inscripción a precio reducido

Más información en: <http://www.eupha-migranthealthconference.com/>

XXXIV Jornadas de Economía de la Salud. Decisiones basadas en la evaluación: ¿fábula o desiderátum?

27-30 Mayo 2014, Pamplona

Fechas importantes:

15 Enero - Fecha límite para la presentación de comunicaciones

30 Abril - Fecha límite para inscripción a precio reducido

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

5th Biennial Conference on Health Economics - American Society of Health Economists: Health and Health Care in America: From Economics to Policy

22-25 Junio 2014, Los Ángeles

Más información en: <http://ashecon.org/2014-los-angeles/>

2014 iHEA/ECHE Congress on Health Economics: Health Economics in the Age of Longevity

12-14 Julio 2014, Berlín

13-16 JULIO 2014, DUBLIN

Fechas importantes:

15 Enero - Fecha límite para la presentación de comunicaciones y sesiones organizadas

Más información en: <https://www.healtheconomics.org/congress/2014/>

Formación

Regression Methods for Health Economic Evaluation

18-20 Marzo 2014, York

Organiza: Centre for Health Economics, Universidad de York

Más información en: <http://www.york.ac.uk/che/courses/short/regression-methods>

Decision Analytic Modelling for Economic Evaluation

31 Marzo-1 Abril y 2-4 Abril 2014, York

Organiza: Centre for Health Economics, Universidad de York

Más información: <http://www.york.ac.uk/che/courses/short/decision-analytic-modelling/>

Premios y Condecoraciones

25 Noviembre 2013. Mariano Guerrero ha recibido el XII Premio Reflexiones a la Opinión Sanitaria convocado por Sanitaria 2000 por su artículo "Valor, esperanza y ganas. Es la hora del adelante" (disponible en: <http://goo.gl/SFWMFP>). Juan Oliva ha recibido un accésit por su artículo "Economía y sanidad, ¿ecuación imposible?", publicado en El País el 30 de abril de 2012 (disponible en: <http://goo.gl/LNDMYD>). Desde AES, queremos expresar nuestra felicitación por este merecido reconocimiento a Mariano y Juan.

Más información y fotos del evento:

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/mariano-guerrero-gana-el-xii-premio-reflexiones-3495>

Nueva Publicación AES

El libro "Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance" ha sido presentado ante los medios el 10 de Diciembre y el Capítulo I ya está disponible en la web de AES. Dicho informe ha sido elaborado por la Junta Directiva de AES con la colaboración de un amplio número de socios de AES. En él se toma el pulso del SNS, se valoran los cambios introducidos por reformas legislativas recientes y se proponen medidas de reforma fundamentadas en evidencia. La publicación de los capítulos restantes está prevista en las siguientes fechas: 17 de diciembre, 14 de enero y 21 de enero.

Para más información: <http://aes.es/documento-diagnostico-SNS.php>

AES-Secretaría
C/ Bonaire, 7 08301

Mataró (BARCELONA)

Tel. 93 755 23 82 | Fax. 93 755 23 83
secretaria@aes.es

Editores del boletín: Carlos Campillo (campillo@oceas.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Editora de redacción: Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Comité de redacción:

José M^a Abellán Perpiñán, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Ángel Negrín, Vicente Ortún.

Han colaborado en este número:

José María Abellán Perpiñán, Alejandro Arrieta, Cristina Blanco-Pérez, David Cantarero Prieto, María Luisa Clark, Joan Costa-i-Font, Greg de Lissovoy, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Idefonso Hernández Aguado, Félix Lobo Aleu, Ricard Meneu, Marta Pascual Sáez, José Alberto Salinas Pérez, Fernando Ignacio Sánchez Martínez, Luis Carlos Silva Ayçaguer, Alexandrina Stoyanova, Andrew Street, Damián Vázquez.