

En Este Número

Portada

- Relevos en el equipo editorial del Boletín de AES

Opinión

- La Colaboración Público-Privada (CPP) en Sanidad a debate: el aporte de lo empírico

Temas

- Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population

Tesis

- Gestión medioambiental en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana. El caso concreto de la hemodiálisis
- Flujos de entrada y salida de turistas de salud en Reino Unido
- Pharmaceutical companies' stock reactions to M&A announcements and EMA regulatory decisions: a GARCH Event Study approach

Con acuse de recibo

- Crónica del Encuentro Ernest Lluch: "Crisis Económica, Austeridad y Salud. Estrategias de salida de la crisis". UIMP Santander
- Crónica Cuarta edición del EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference
- Crónica XII Congreso Internacional de Economía de la Salud – iHEA 2017
- Crónica del XVII Encuentro de la Industria Farmacéutica Española, titulado "Los resultados en términos de salud, guía del Sistema Nacional de Salud"

XXXVII Jornadas 2017

- Crónica del Comité Ejecutivo XVII Congreso SESPAS, Barcelona
- Crónica del Comité Científico XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona
- Lecciones de las XXXVII Jornadas AES

Noticias Destacadas

Relevos en el equipo editorial del Boletín de AES

Se acaban de traspasar algunas funciones en el Boletín de AES: Carlos Campillo acaba su periodo como editor del Boletín, pasando el relevo a Jorge Mestre Ferrándiz, y Cristina Hernández Quevedo continúa como editora. Desde el Boletín, queremos agradecer a Carlos Campillo su labor... [+]

La Colaboración Público-Privada (CPP) en Sanidad a debate: el aporte de lo empírico

Los nuevos paradigmas de la política sanitaria han hecho que se hayan desarrollado nuevas formas de gestión, no siempre seguidas después de evaluaciones rigurosas. Ello ha permitido críticas a las innovaciones no siempre suficientemente fundadas, para apelar un retorno al estatus... [+]

Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population

Resumen del artículo "Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado en el año 2016, en la revista Economics and Human Biology... [+]

Crónica del Comité Ejecutivo XVII Congreso SESPAS, Barcelona

El Dr. Enric Llorca, dedicado y excelente alcalde de San Andreu de la Barca, municipio de la comarca del Bajo Llobregat, nos invitó a Ildefonso Hernández y a mí, en 2013, a sendas charlas 'poblacionales' que atrajeron bastante atención. Ambos recibimos el mismo honorario. Ildefonso... [+]

Crónica del Comité Científico XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona

Estas XXXVII Jornadas han resultado una muy grata experiencia para el Comité Científico (CC) de AES, y esperamos que así haya sido para todos los participantes que compartieron estos días en Barcelona. La colaboración entre AES, SEE y SESPAS para organizar un congreso conjunto ha... [+]

Lecciones de las XXXVII Jornadas AES

Noticias

- ≡ [Congresos y Jornadas](#)
- ≡ [Formación](#)
- ≡ [Convocatorias de Premios](#)

En este documento, los miembros del Comité Científico hemos recopilado los aprendizajes más destacados de las XXXVII Jornadas AES, no solo por su relevancia académica, sino también por su trascendencia en la esfera política: La transparencia, la honestidad y la reproducibilidad son... [+]

Relevos en el equipo editorial del Boletín de AES

Se acaban de traspasar algunas funciones en el Boletín de AES: Carlos Campillo acaba su periodo como editor del Boletín, pasando el relevo a Jorge Mestre Ferrándiz, y Cristina Hernández Quevedo continúa como editora.

Desde el Boletín, queremos agradecer a Carlos Campillo su labor en los pasados años, haciendo posible la participación de expertos nacionales e internacionales en temas de máxima actualidad en economía de la salud, como la salud en América Latina (Boletín no. 88), el coste efectividad (Boletín no. 87) y los aspectos jurídicos del Sistema Nacional de Salud (Boletín no.81), entre muchos otros. Gracias, Carlos, por dejarnos el listón tan alto!

Por nuestra parte, tomamos el relevo con ilusión y también con interés por recibir todas las sugerencias que los lectores nos quieran hacer llegar a través del Buzón de Sugerencias del Boletín, para hacer posible que el Boletín continúe aportado su granito de arena.

El equipo editorial

A partir de este número de Boletín toma el relevo como editor Jorge Mestre Ferrándiz. Si una revista queda en manos de alguien honesto, con sólida trayectoria profesional, solvente y buen amigo de sus amigos como Jorge, con la enorme suerte de que una editora nata y veterana como Cristina Hernández Quevedo continúe en ella, y estén acompañados por un Comité de redacción que siempre *está ahí*, tenemos Boletín para rato.

Mirando hacia atrás, privilegio y satisfacciones extraordinarios granjeados por el trabajo con muchos colaboradores altruistas, rigurosos y cumplidores con sus compromisos. En muy gran medida, el Boletín es fruto de sus aportaciones. Vaya mi más profundo agradecimiento a todos ellos.

Mirando hacia delante, mi disposición a ayudar en lo que pueda y mis mejores deseos para la revista.

Carlos Campillo Artero

Carlos Campillo, 'bon vivant' universal

Bertrand Russell proporciona un consejo vital de inestimable valor en su 'Conquista de la felicidad': la persona virtuosa es aquella que se da a la vida buena y no a la buena vida. Mi (nuestro) querido Carlos, en una suerte de síntesis hegeliana, une esos opuestos elevándose a apóstol del buen vivir sin apostatar de las mejores cualidades de la ética protestante (la transparencia, la pulcritud, la constancia) que practica sin creer en ella, porque es demasiado listo como para hacerse trampas jugando al solitario de los credos.

Carlos se cuece a fuego lento en la salsa de la vida, aportando pocos ingredientes, como le gusta a él la cocina: franca, sabrosa y directa. Uno de estos ingredientes es la amistad, acaso el ingrediente imprescindible. Con este producto firma Carlos sus mejores platos. El lugar común "amigo de sus amigos" alcanza un significado profundo, casi venerable, con Campillo. Por amistad se embarca en proyectos como el de haber sido editor durante estos últimos años del boletín 'Economía y salud'. Y por capacidad intelectual, voluntad y motivación lo ha hecho tan bien; dejándonos números tan memorables como el de noviembre de 2016 en el que ilustres economistas de la salud de todo el orbe debatían acerca del sentido y utilidad del coste-efectividad en nuestros días.

Aunque Carlos ya no esté a los mandos del Boletín, nunca nos dejará huérfanos, ya que siempre se puede contar con él para todo aquello que le apasiona que, por fortuna, es mucho. Nada de lo humano le resulta ajeno a este 'bon vivant' universal, prodigio de erudición, buenas maneras y generosidad.

Echo de menos tus nanoguías, amigo.

José María Abellán
Presidente saliente de AES
Email: dionisos@um.es

Opinión

La Colaboración Público-Privada (CPP) en Sanidad a debate: el aporte de lo empírico



Guillem López-Casasnovas
Universitat Pompeu Fabra
Email: guillem.lopez@upf.edu



Juan E. del Llano Señarís
Fundación Gaspar Casal
Email: juandellano@fgcasal.org

Los nuevos paradigmas de la política sanitaria han hecho que se hayan desarrollado nuevas formas de gestión, no siempre seguidas después de evaluaciones rigurosas. Ello ha permitido críticas a las innovaciones no siempre suficientemente fundadas, para apelar un retorno al estatus quo y postular la vuelta a la gestión enteramente pública sin haber modernizado las herramientas y métodos de las administraciones públicas, en las que aún impera un funcionamiento demasiado burocrático, hiperregulado y con poca autonomía real de gestión.

La revisión de la evidencia disponible en el caso aquí analizado (ver [LINK](#)), creemos que ha deflactado prejuicios y malos entendidos y ha puesto las cosas en un cauce que resulta más apropiado para debatir sobre la teoría y la realidad de la colaboración público-privada (CPP), a partir al menos de la experiencia resultante de las concesiones valencianas.

Siguen a continuación algunas conclusiones del trabajo realizado.

1. No es tan fiero el león como lo pintan. Las sospechas de tergiversación del ejercicio clínico al servicio del objetivo del lucro, que han sido argumentos políticos para denostar las concesiones, no se fundamentan en los datos analizados. Se detecta una mayor productividad (cargas de actividad) y una mayor sensibilidad a las preferencias de parte de la ciudadanía. No entramos aquí en juzgar ni si 'más es mejor' ni si dichas preferencias tienen base clínica de utilización adecuada.
2. En toda actividad humana se produce un excedente. La controversia aparece cuando se identifica quién se apropia de éste. En el caso que nos ocupa, al ser éste cuantificable económicamente y singularizable, se visualiza de manera más polémica. En cambio, cuando éste se expresa en baja productividad y costes unitarios altos, como parte de la ineficiencia de la administración, parece más aceptable socialmente que si se imputa a gestores privados, bien por sus estrategias de gestión, bien por sus resultados globales. Esto es comprensible, pero no deja de ser técnicamente sesgado.
3. En buena medida la controversia en torno a las concesiones es un síntoma del fracaso de la gestión pública que no ha sabido ajustarse a los cambios que las nuevas realidades sociales requieren. Ello no justifica en sí mismo las concesiones (la reforma de la administración pública debiera de ser lo que prevaleciera), pero explica la huida hacia delante de lo que suponen estas nuevas formas de gestión.
4. Ciertamente para una evaluación más robusta harían falta más y mejores datos. Pero su ausencia es sobre todo imputable al regulador-financiador público por falta de exigencia, más que al proveedor. En general, el regulador se ha movido de una forma de provisión a otra sin solución de continuidad y sin reclamar suficientemente la información deseable para monitorizar su buen curso. Aquí, sin duda, puede haber jugado también el apriorismo político, simétrico al rechazo generalizado a las concesiones, por supuesta aceptación de la gestión administrativa pública como alternativa superior, definida ideológica y determinísticamente.
5. Con la información actual la evaluación de las experiencias aquí analizadas ofrece claros y oscuros. Pero desde nuestra percepción como analistas de las políticas basadas en la evidencia, una zona oscura requiere en su caso la apertura de nuevos puntos de luz y no de un apagón general, por rechazo y supresión de la innovación gestora. La conclusión debiera ser pues, en su caso, aportar las luces que pudieran validar el aire nuevo y las ventanas de oportunidad frente a las realidades de la vieja administración pública.
6. Los economistas valoramos las situaciones que observamos en términos de alternativas según costes de oportunidad. El rechazo a las concesiones abre unas alternativas de regresión a la media que pueden suponer un coste elevado para la buena gestión de los recursos públicos. No se trata únicamente de si proceden más o menos indemnizaciones legales sino, sobre todo, de reconocer el sentido de re-publicar y re-estatutarizar un sistema que se pretendía eludir, y posiblemente reiniciando un retorno al pasado poco justificable para la sociedad del siglo XXI. Una recomendación sensata, no procedente exclusivamente de nuestro estudio, consistiría en no ir en contra del mantenimiento del sistema de concesiones, sino a favor de mejorar su marco de provisión, su mayor control y alcance de su evaluación.
7. Las interpretaciones políticas de la evidencia parcial y no sistemática del caso que nos ocupa, son eso, simplemente 'políticas'. Aquí éstas no se discuten en la medida en que son tomadas legítimamente, pero no tienen más valor que el que reciba la aceptación social de la ideología que las sustente.
8. La evidencia empírica señala que, tanto a nivel de grupo de gestión hospitalaria como para la casuística de cada uno de los hospitales analizados, no existen diferencias significativas ni a nivel de indicadores clínicos ni económicos con los hospitales que se analizan como mejores contrafactuales. De la comparación resulta si acaso una mejor adecuación de procedimientos (cesáreas) y unos niveles de cirugía mayor ambulatoria superiores en los concesionados que en sus comparadores.
9. Debido al flujo de pacientes entre departamentos de salud de la Comunidad Valenciana y la carencia de indicadores de complejidad a nivel de paciente individual para el grupo comparador catalán del que sólo se disponen medias, se han hecho supuestos conservadores sobre la complejidad de los pacientes atendidos (es decir, se ha asignado a los hospitales concesionados una complejidad media menor a la observada, ya que

aquí sí tenemos datos individuales). Ello si acaso lo que hace es sesgar al alza las diferencias estimadas en contra de los hospitales concesionados, que ofrecerían así de otro modo y posiblemente un mejor registro incluso al aquí contabilizado.

10. En cuanto al detalle de la actividad clínica disponible y en relación con los distintos grupos de gestión hospitalaria comparados, se encuentran diferencias sistemáticas respecto al grupo de hospitales privados con ánimo de lucro, obteniendo éstos una peor tasa de cesáreas (20 puntos porcentuales por encima), una mayor estancia media en fractura de cuello de fémur (aproximadamente 6 días) y un 7,67% más readmisiones a los 30 días por episodios de diabetes.
11. Cabe destacar también que los resultados en mortalidad al alta para enfermedades seleccionadas y readmisiones a los 30 días para las mismas patologías del grupo de hospitales catalanes privados con ánimo de lucro es sistemáticamente menor al resto de grupos hospitalarios, incluidos los valencianos, un 2,91% y un 3,17%, respectivamente. Una potencial explicación para estas estimaciones es que, debido a la configuración del sistema hospitalario catalán objeto de comparación, los casos más graves dentro de las patologías no son atendidos en estos hospitales, sino que son derivados a otros centros con niveles de especialización mayor, principalmente a los correspondientes a los grupos ICS1 e ICS2. Sin embargo, en este sentido, podemos descartar la hipótesis de que éste sea el caso para los hospitales concesionados. En conjunto, los hospitales de la Ribera, Torrevieja y Vinalopó obtienen resultados prácticamente idénticos a los de los grupos hospitalarios ICS2, ICS3 y PNFP, excepto en cesáreas, donde los resultados aparecen como mejores a sus contrapartes.
12. A nivel individual, los resultados del control sintético sugieren que la evolución de la financiación pública de los distintos tipos de actividad, ajustada por complejidad, en ningún caso ha supuesto un coste superior a la evolución de sus comparadores sintéticos. En términos de mortalidad al alta, tampoco encontramos dinámicas contrarias a los resultados obtenidos a nivel de grupo.
13. En resumen, los hospitales valencianos concesionados obtienen unos resultados en indicadores de salud y económicos cuando menos iguales a los de los grupos catalanes de referencia, aunque aquí lo relevante hubiera sido disponer de mejores indicadores para remarcar la comparativa con sus homólogos de la Comunidad Valenciana. Además, al haber tenido que analizar los datos sin separación presupuestaria entre atención primaria y especializada, ello nos permite pensar que los presupuestos que observamos (sin separar AP y Hospital) como una especie de límite superior de los presupuestos reales de ambas áreas. Ello, a su vez, implica que los resultados serían aún mejores si se tuviera el presupuesto real que separase primaria y hospitalaria.
14. La falta de datos de referencia para el conjunto del sistema valenciano es la principal limitación del análisis aquí realizado, sobre todo en cuanto al peso y tipología de los pacientes dentro del sistema, lo que impide realizar la comparación intra-comunitaria como sería deseable. Dicha falta de datos no es excusable incluso desde la simple óptica de la transparencia y la rendición de cuentas necesaria.
15. El análisis elaborado sugiere que no existen diferencias significativas en los indicadores de resultados entre los hospitales concesionados y los hospitales catalanes, ni en términos clínicos ni económicos. Si acaso se identifican algunas es 'a mejor'. Han de ser pues criterios ajenos al análisis empírico de los datos y al estudio de la eficiencia relativa de gestión lo que legitime su cuestionamiento. Mejorar el análisis requeriría de una información hoy no disponible, cuya exigencia de cumplimiento está inexcusablemente bajo la responsabilidad del regulador-financiador.
16. Las cuestiones denunciadas a menudo en términos de contratos mal diseñados para la defensa del interés general, ciertas interpretaciones abusivas de los contratos favorables a la concesión, rescates como el primero de Alzira o el segundo de Manises, nombramientos de gestores orientados por la propia Administración, a veces ex-comisionados y por puerta giratoria, empresas "construidas" desde el propio gobierno (es decir, partidos políticos) a partir del control político de las extintas Cajas de Ahorro, utilización de las concesiones para el clientelismo político con vistosos detalles de nepotismo municipal y familiar, contratos dirigidos, colusión, ausencia de competencia, etc., son problemas, penosamente no resueltos, de la Administración. Eso nos lleva a que probablemente se necesita una muy buena gestión pública para que la colaboración público-privada funcione, y que sea la aún peor alternativa estatutaria actual de la administración sanitaria pública la que haga buena dicha colaboración. Pero estas prácticas sobrepasan un análisis mínimamente objetivable como el aquí pretendido y ponen en las espaldas del regulador, supervisor y financiador, más que en el proveedor concesionado, el buen cumplimiento de dichas

tareas.

17. Queda señalar por último que el análisis ejecutado y las aportaciones adicionales en formato de capítulos sólo han pretendido arrojar luz a un asunto, las colaboraciones público-privadas, muy extendidas en el mundo y en muchos sectores de actividad económica, como iniciativas que favorecen la innovación organizativa y que buscan una mayor eficiencia.

Finalizamos con algunas preguntas sin respuesta y por ende líneas de pensamiento a explorar y verificar como trabajo pendiente.

Sorprende que tras 20 años de “autorización” para probar con nuevos modelos de gestión en el Sistema Nacional de Salud se hayan desarrollado tan poco, no más de un 4% del total de camas, y últimamente con una fuerte querencia de volver a lo público. Sorprende menos, que de lo poco experimentado se haya evaluado tan poco y, que apenas se haya puesto el poco sobre los resultados clínicos. Lamentablemente la falta de buenos sistemas de información o de indicadores homogéneos o simplemente del deseo de valorar el desempeño de tu organización de puertas afuera (opacidad), nos lleva a la situación que se ha descrito en el libro, que las evaluaciones existentes sean pocas e insuficientes. Por no hablar de reproducibilidad y replicabilidad, casi imposibles.

Seguramente, parte del desinterés esté en que estamos ante interrogantes no resueltos desde hace muchos años en nuestro sector: ¿qué hacemos con el excedente generado en la provisión de servicios sanitarios?; ¿es ético ganar dinero con la salud?; ¿se puede romper el aseguramiento público y comprometer la equidad horizontal?; ¿en las experiencias de colaboración público-privada conocidas no hay, muchas veces, más confrontación que colaboración?; ¿se transfiere el riesgo adecuadamente?; ¿se ejerce el control necesario por parte del regulador?; ¿se ha estado el tiempo necesario para valorar su conveniencia?; ¿se ha demostrado de manera concluyente que se da una mejor calidad asistencial a un menor coste?,...No darles respuesta a todas estas preguntas empuja a la rentabilidad política en el corto plazo y como hay demasiada política en la sanidad, supone inacción y freno de la innovación organizativa.

Además, es crucial la implicación profesional para el éxito en la implantación de cualquier modelo de gestión indirecta o directa. Y no la ha habido, ni la hay, ni se la espera mientras nuestro corsé jurídico sea tan rígido a la par que poco protector (tasa de interinidad inaceptable en la mayoría de territorios) y con una gran tolerancia a una práctica profesional dual que impacta sobre el comportamiento ético y económico. La añadida percepción de la desmotivación profesional tras la crisis financiera tampoco ayuda a que cambie el estado de las cosas, a mejor. Malos tiempos para una política sanitaria que apenas ha sido liderada en estos 20 años que la Ley de 1997 ha permitido experimentar dentro de lo público.

El libro aporta información de interés y, al menos para algunos indicadores que hemos podido valorar, muestra que no hay diferencias significativas en la eficiencia ni en la calidad, medida de forma más o menos “gruesa”, entre los diferentes modelos de provisión de servicios sanitarios financiados siempre con fondos públicos. Lo cierto es que no deja de ser llamativo que las organizaciones de provisión pública, que responden todavía a esquemas semi-funcionariales de organización, extraordinariamente rígidos y aparentemente inadecuados para la prestación de servicios sanitarios, muestren resultados poco distinguibles de la provisión privada. Pero incluso si los resultados fueran peores en uno u otro, apuntarían sobre todo a la necesidad de cambiar la correspondiente organización en su práctica gestora, no tanto a cambiar el marco jurídico de la gestión. En todo caso, y pese a que la tendencia actual parece ir en sentido contrario, es previsible que las organizaciones de provisión pública tendrán que flexibilizar su régimen laboral y de gestión que, seguramente, es ya casi único en Europa.

Probablemente, la principal lección de este nuevo texto, es que quizás no deberíamos discutir tanto de modelos y, quizás, deberíamos discutir algo más de cómo mejorar la situación actual de todos los modelos, sea regulando mejor o vía contratos de gestión mejor formulados y más creíbles. La adenda a esta lección sería que deberíamos evitar la generalización desde experiencias concretas a los modelos de provisión en general, ya que en cualquier modelo podemos encontrar centros más y menos eficientes que otros (del mismo modelo o de otros modelos) y, también, centros más o menos eficientes en función, simplemente, del indicador usado para medir la eficiencia. Y, por último, hagamos posible que se pueda evaluar con rigor los *outcomes* en la salud poblacional e individual con menos dificultades de las que hoy en día existe. Más transparencia pues.

En junio 2017, se llevó a cabo la Jornada Técnica de AES [\[LINK\]](#), donde expertos en Economía de la Salud abordaron las ‘Bases para un sistema sanitario solvente’, y que sirvieron de antesala a las XXXVII Jornadas de Economía de la Salud. En la nota de prensa publicada por AES sobre la Jornada, se pone de manifiesto la opinión de nuestra querida Beatriz González López-Valcárcel, alertando del riesgo de la demagogia en Sanidad (según Beatriz, “la demagogia es una chispa que es muy fácil de encender”) que en España lleva a un debate excesivamente “sentimental” con posiciones enconadas entre la defensa de modelos sanitarios públicos o privados, Beatriz, además de abogar por sociedades civiles y profesionales “neutrales” como mejor “defensa”, opina que lo que ocurra al término de las concesiones de Valencia (Alzira) va a ser “decisivo para este país”. “¿Qué pasa con ese personal? ¿Cómo va a gestionarlo el Gobierno?”, preguntaba. Y como también argumenta Jaume Puig, con mucha razón, hay que desligar la buena gestión de la “titularidad”. “La buena gestión es eficiente, ni pública ni privada”, un mensaje repetido desde la economía de la salud y que contrasta con ese debate excesivamente “sentimental” dominante en España. Desde nuestra perspectiva, creemos que hay (mucho) alineamiento entre los comentarios de Juan y Guillem con los aquí recogidos de la Jornada Técnica. ¡Seguro que en próximos Boletines volvemos al tema de la buena gestión!

Temas

Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population



*Resumen del artículo "Disentangling effects of socioeconomic status on obesity: a cross-sectional study of the Spanish adult population", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado en el año 2016, en la revista *Economics and Human Biology* (22:216-224), por María Merino-Ventosa M y Rosa M. Urbanos-Garrido. El artículo está disponible aquí: [\[LINK\]](#).*

Introducción y objetivos

La frase “la obesidad es la epidemia del siglo XXI” parece haberse convertido ya en un clásico. Esta epidemia también ha alcanzado a España, que en los últimos años ha experimentado un notable incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en niños como en adultos (Cámara y Spijker, 2010; García-Goñi y Hernández-Quevedo, 2012). Distintos estudios han mostrado la existencia de un gradiente socioeconómico asociado a esta patología, de tal manera que son los grupos sociales más desfavorecidos los que tienden a concentrar un mayor porcentaje de afectados (Cohen et al., 2013; Costa-Font et al., 2014; Costa-Font y Gil, 2008; Devaux y Sassi, 2011; Gutiérrez-Fisac et al., 1996, 2003; Roskam et al., 2010). También existe evidencia acerca de cómo la crisis económica iniciada en 2008 ha podido aumentar la desigualdad social asociada a la obesidad (Sassi, 2010; OECD, 2014). Nuestro trabajo tiene como objetivo, además de proporcionar estimaciones actualizadas del gradiente social en la prevalencia de obesidad para la población adulta española, indagar en los mecanismos a través de los cuales el estatus socioeconómico (*socioeconomic status*, SES) afecta a la probabilidad de padecer obesidad. Cuanto mejor se conozcan dichos mecanismos más fácil será combatir eficazmente este importante problema de salud, y más fácil será también diseñar políticas efectivas de reducción de las desigualdades sociales en salud.

Material y métodos

Se utiliza como material la base de microdatos que proporciona la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012. Para cuantificar la desigualdad en la distribución de la obesidad se calculan los clásicos índices de concentración corregidos (empleando la corrección de Erreygers). Por otra parte, se emplea la técnica del *path analysis* (o análisis de camino) para tratar de distinguir los efectos directos del SES sobre la obesidad de los efectos indirectos, que son aquellos que se transmiten a través de un conjunto de variables mediadoras. El *path analysis* es un caso especial de los modelos de ecuaciones estructurales que ofrece estimaciones sobre hipotéticas relaciones causales entre variables, aunque por sí mismas no prueban la causalidad (Batista y Coenders, 2000). Este método consiste en estimar diversas regresiones encadenadas, que permiten obtener las correlaciones directas e indirectas entre las variables utilizadas. Suponemos que las variables relevantes en el análisis de la obesidad pueden clasificarse en dos grupos: un primer grupo de factores exógenos (que incluyen las variables socioeconómicas) y un segundo grupo de variables mediadoras (hábitos alimenticios, actividad física y hábitos de descanso) que se ven influenciadas por el estatus socioeconómico, y que a su vez influyen en la obesidad (Janssen et al., 2006; Kinge y Morris, 2014). Como paso previo a la elaboración de los diagramas del *path analysis* se estiman modelos logísticos multivariantes, con el fin de seleccionar las variables exógenas que finalmente se incluyen en el análisis de la obesidad.

Construimos un indicador agregado de estatus socioeconómico mediante el análisis de correspondencias múltiples, en el que incorporamos como características individuales el nivel educativo, la clase social y la renta equivalente del hogar. El propósito de esta técnica es el mismo que el del análisis de componentes principales, pero el análisis de correspondencias múltiples se adapta mejor a las variables categóricas (Greenacre y Blasius, 2006).

Por último, para comprobar la robustez de los resultados empleamos otro método alternativo que se utiliza con frecuencia para investigar la relación entre el estatus socioeconómico y los distintos indicadores de salud o enfermedad, como es el análisis de descomposición de la desigualdad propuesto por Wagstaff et al. (2003), aplicado en esta ocasión a la obesidad. A lo largo de todo el trabajo analizamos por separado hombres y mujeres.

Definición de variables.

Como medida de la obesidad se utiliza el índice de masa corporal, elaborado a partir de las respuestas de los encuestados a las preguntas sobre su altura y peso. Para representar la primera de las variables mediadoras -los hábitos dietéticos- tomamos como referencia la pirámide de alimentación saludable para la población adulta (Dapcich et al., 2007), que especifica la ingesta recomendada diaria o semanal de cada categoría de alimento (ha de tenerse en cuenta que la Encuesta Nacional de Salud proporciona en general, salvo para las frutas y verduras, la frecuencia -y no la cantidad- de consumo de los diferentes alimentos: lácteos, carbohidratos, carne, pescado, huevos, legumbres, embutidos y fiambres, bebidas azucaradas, dulces, snacks y comida rápida). Por su parte, la actividad física se representa mediante dos variables ficticias que indican si los hábitos sedentarios dominan, respectivamente, la actividad principal y el tiempo de ocio. La última de las variables mediadoras refleja si el tiempo de descanso diario es insuficiente, dado que la falta de sueño se relaciona con un aumento de la adiposidad y con la prevalencia del síndrome metabólico (Garaulet y Madrid, 2009; Shankar et al., 2010). Finalmente, en los modelos que sirven para seleccionar las variables finales que se considerarán en los diagramas del *path analysis* se incluye un conjunto de factores exógenos que representan las características demográficas, emocionales y socioeconómicas de los individuos. Entre ellos, además de la edad, se considera la situación familiar, la condición

de migrante (junto con el tiempo de residencia en España), la salud mental y el apoyo afectivo, la situación laboral, el nivel educativo, la clase social y la renta del hogar. La muestra final empleada, una vez eliminados los valores *missing*, alcanza los 13.984 individuos (49% hombres y 51% mujeres). Todas las estimaciones están ponderadas con los pesos muestrales para conseguir que la muestra sea representativa del conjunto de la población española adulta.

Resultados.

Los resultados del estudio muestran, en primer lugar, una desigualdad pro-ricos estadísticamente significativa en la distribución de la obesidad (esto es, la prevalencia es mayor para los individuos más desfavorecidos), particularmente en el caso de las mujeres (índice de concentración corregido = -0.07 para los hombres, -0.08 para las mujeres).

Los modelos de regresión logística estimados para seleccionar las variables exógenas que se incluyen en el *path analysis* muestran, en lo que respecta a los factores mediadores, que la mayor parte de las variables representativas de los hábitos dietéticos no parecen influir significativamente en la probabilidad de padecer obesidad, lo que puede estar relacionado con el hecho de que únicamente reflejen frecuencia de consumo, y no cantidades ingeridas. La actividad física, por su parte, sí muestra una influencia significativa en el riesgo de ser obeso/a, aunque los efectos son distintos entre hombres y mujeres. La actividad física en el tiempo de ocio parece ser más influyente en los hombres, mientras que para las mujeres es más relevante el tipo de actividad principal desarrollada. Por su parte, los hábitos de descanso solo parecen influir en los hombres. En lo que se refiere a los factores considerados exógenos, la edad parece tener un impacto similar entre hombres y mujeres: tener menos de 50 años reduce significativamente la probabilidad de padecer obesidad en comparación con el grupo de 65 años o más. La soltería, por su parte, parece asociarse significativamente a una menor probabilidad de estar obeso, pero solo para los hombres. Sin embargo, ni el estatus migratorio ni los factores emocionales parecen ejercer una influencia apreciable sobre la variable dependiente, por lo que finalmente se excluyen del *path analysis*. Los modelos estimados reflejan con claridad el gradiente social que se deduce de los índices de concentración: a menor nivel educativo, clase social o renta, mayor probabilidad de padecer obesidad. También se observa que las variables socioeconómicas ejercen una influencia sistemáticamente mayor en las mujeres que en los hombres.

En lo que respecta a los resultados del *path analysis*, observamos que el estatus socioeconómico (SES) se asocia negativa y significativamente con la obesidad de manera directa, particularmente en las mujeres. Pero también se identifican efectos indirectos apreciables a través de la actividad física. Así, el SES se asocia negativamente con el sedentarismo en el tiempo de ocio, que a su vez se relaciona significativamente con un mayor riesgo de obesidad. Este efecto indirecto del SES sobre la obesidad representa el 14% del efecto total en hombres, y el 11.1% del efecto total en mujeres. La magnitud de este efecto es prácticamente la misma, pero de signo contrario, cuando la actividad física considerada es la que corresponde a la actividad principal, lo que contribuye a limitar el efecto indirecto total que el SES ejerce en el riesgo de obesidad a través de las variables mediadoras. Es interesante destacar que el efecto mediador del sedentarismo es más potente en mujeres que en hombres cuando está referido a la actividad principal, mientras que lo contrario ocurre cuando se refiere a la (ausencia de) actividad física en el tiempo de ocio. Por otra parte, los hábitos dietéticos no parecen actuar como mediadores relevantes entre el estatus socioeconómico y la obesidad, pese a que el SES muestra alguna relación significativa con la probabilidad de seguir una parte de las recomendaciones de la pirámide alimenticia saludable. En particular, un mayor SES se asocia positiva y significativamente con el seguimiento de las recomendaciones sobre consumo de frutas, verduras y pescado en hombres y en mujeres, y también sobre el consumo de carne en hombres. Por el contrario, un mayor SES se asocia negativa y significativamente con el seguimiento de las recomendaciones en lo que respecta a la frecuencia de consumo de legumbres en mujeres, de comida basura en hombres, y de carbohidratos en ambos casos. Por último, encontramos que los hábitos de descanso actúan como un factor mediador relevante entre el estatus socioeconómico y la obesidad, aunque sus efectos (que resultan ligeramente mayores en las mujeres) son reducidos en comparación con los que se transmiten a través de la actividad física (y representan apenas un 1% del total). También en este caso parecen diferir los efectos entre hombres y mujeres. Si bien el estatus socioeconómico está positivamente correlacionado con un descanso insuficiente en el caso de los hombres (a mayor SES, mayor probabilidad de dormir menos de 7 horas diarias), en las mujeres un mayor estatus se asocia a un menor riesgo de descanso insuficiente. Estos resultados explican que, finalmente, la contribución de los efectos indirectos del estatus socioeconómico al riesgo de obesidad sea muy modesta (3.3% del total para hombres, 2.4% para mujeres), de tal manera que los efectos directos se igualan prácticamente a los totales.

Tal y como adelantamos en la sección de métodos, comprobamos la robustez del *path analysis* mediante la

comparación de sus resultados con los que se obtienen de descomponer los índices de concentración de la obesidad corregidos, que se habían calculado para cuantificar el gradiente social asociado a esta patología. De nuevo, la descomposición de la desigualdad en la prevalencia de la obesidad muestra la importancia de los efectos directos del estatus socioeconómico, confirma la moderada contribución de los hábitos de descanso y de la actividad física (y los diferentes efectos para hombres y mujeres ya descritos), y ratifica asimismo el insignificante papel que juegan las variables relacionadas con los hábitos alimenticios.

Discusión y conclusiones

Nuestros resultados indican que existe una desigualdad pro-ricos en la distribución de la obesidad, y que ésta es más acentuada en mujeres que en hombres, en línea con otros estudios precedentes (Costa-Font et al., 2014). También apuntan a que se mantendría en 2011-12 la tendencia de aumento en la desigualdad que se había comprobado en la población masculina española entre los años 1987 y 2006. En cambio, de nuestros resultados se deduce que se habría quebrado la tendencia ascendente que también registraba la desigualdad en la prevalencia de obesidad en mujeres. Este patrón sería similar al que han registrado países como Canadá en los últimos años (Hajizadeh et al., 2014). La presencia de desigualdades en la distribución de la obesidad asociadas a la renta sugiere, en línea con trabajos previos, que la introducción de “fat taxes” sería regresiva y contribuiría a aumentar las desigualdades en la distribución de la renta disponible (Costa-Font y Gil, 2008; Leicester y Windmeijer, 2005). Sin embargo, nuestros resultados también muestran que los productos “no saludables” (dulces, bebidas azucaradas, comida rápida, snacks) son sólo ligeramente más consumidas por los menos pudientes. El gradiente socioeconómico es mucho más evidente en el consumo de frutas, verduras y pescado.

El hecho de que los hábitos alimenticios no actúen como factor mediador entre el estatus socioeconómico y la obesidad también es consistente con los resultados de otros trabajos para otros contextos geográficos (Janssen et al., 2006). En todo caso, la posibilidad de transferir estos resultados a otros países puede estar condicionado por algunas especificidades culturales, como la prevalencia de la dieta mediterránea en España. De nuevo, nuestros resultados muestran coincidencia con la evidencia previa en lo que respecta al papel mediador de la actividad física en la relación estatus socioeconómico-obesidad (Janssen et al., 2006).

Los resultados aquí descritos sugieren que la promoción de la actividad física en el tiempo de ocio para aquellos individuos de bajo estatus socioeconómico, sobre todo si son hombres, contribuiría simultáneamente a prevenir la obesidad y a reducir las desigualdades en salud. Sin embargo, las intervenciones orientadas a reducir el sedentarismo que se relacionan con la promoción de la actividad física en la actividad principal, aunque útiles para prevenir la obesidad, tenderían a aumentar el gradiente socioeconómico de la enfermedad. Hasta donde sabemos, es la primera vez que un trabajo muestra el efecto mediador que ejercen los hábitos de descanso. De los resultados se deduce que la promoción de hábitos de descanso adecuados para las mujeres de baja condición social podría disminuir la prevalencia de la obesidad y también la magnitud de las desigualdades sociales en salud.

Dado que a lo largo de todo el estudio se ha comprobado que los efectos del estatus socioeconómico difieren entre hombres y mujeres, puede concluirse que las desigualdades sociales en salud deberían abordarse, también, desde la perspectiva de género.

El trabajo cuenta con algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de sección cruzada, por lo que los resultados no muestran relaciones causales entre variables. En segundo lugar, pueden existir sesgos derivados de la fuente de información empleada: la ENSE no especifica el período de tiempo al que se refieren las respuestas sobre hábitos dietéticos, aunque para conocer su impacto en la obesidad sería necesario conocer el patrón de alimentación de los individuos a lo largo de un cierto número de años; tampoco permite calcular la ingesta de calorías al no proporcionar datos sobre las cantidades consumidas. Asimismo, la ENSE no suministra información sobre la disponibilidad de instalaciones deportivas y recreativas. Por otra parte, la medida de obesidad utilizada puede ser una fuente de sesgo, en tanto el peso auto-percibido tiende a ser infraestimado, sobre todo en las mujeres (Gil y Mora, 2011). Pese a todo, tal y como muestra Costa-Font et al. (2014), la magnitud de las desigualdades sociales en la prevalencia de obesidad no varía sustancialmente cuando se emplea una medida más objetiva. Finalmente, cabe citar que la medida agregada de estatus socioeconómico que empleamos, aunque útil para nuestros propósitos, no permite explorar relaciones más complejas entre las características socioeconómicas de los individuos y la obesidad. No obstante, creemos que el trabajo aquí resumido puede contribuir a comprender mejor cómo el SES influye sobre la salud, y cómo deben abordarse de forma eficaz las desigualdades sociales en salud que afectan a hombres y mujeres.

Bibliografía

- Batista J.M., Coenders G. (2000). *Modelos de ecuaciones estructurales*. Hespérides, Madrid.
- Cámara A.D., Spijker J.J. (2010). Super size Spain? A cross-sectional and quasi-cohort trend analysis of adult overweight and obesity in an accelerated transition country. *J. Biosoc. Sci.*, 42:377-393.
- Cohen A.K., Christine P.J., El-Sayed A.M. (2013). Patrones sociales de la obesidad en España: Una revisión sistemática de la relación del nivel de educación y obesidad. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 17:47-53.
- Costa-Font J., Gil J. (2008). What lies behind socio-economic inequalities in obesity in Spain? A decomposition approach. *Food Policy*, 33:61-73.
- Costa-Font J., Hernández-Quevedo C., Jiménez-Rubio D. (2014). Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain. *Econ. Hum. Biol.*, 13:66-75.
- Dapcich V., Salvador G., Ribas L., Pérez C., Aranceta J., Serra L. (2007). *Consejos para una alimentación saludable*. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) [\[LINK\]](#)
- Devaux M., Sassi F. (2011). Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. *Eur. J. Public Health*, 23:464-469.
- Garaulet M., Madrid J.A. (2009). Chronobiology, genetics and metabolic syndrome. *Curr. Opin. Lipidol*, 20:127-134.
- García-Goñi M., Hernández-Quevedo C. (2012). The evolution of obesity in Spain. *Eurohealth*, 18:22-25.
- Gil J., Mora T. (2011). The determinants of misreporting weight and height: the role of social norms. *Econ. Hum. Biol.*, 9:78-91.
- Greenacre M., Blasius J. (Eds.) (2006). *Multiple Correspondence Analysis and Related Methods*. Chapman & Hall/CRC, London.
- Gutiérrez-Fisac J.L., Regidor E., Rodríguez C. (1996). Trends in obesity differences by educational level in Spain. *J. Clin. Epidemiol.*, 49:351-354.
- Gutiérrez-Fisac J.L., Regidor E., López-García E., Banegas-Banegas J.R., Rodríguez- Artalejo F. (2003). La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:S101-S110.
- Hajizadeh M., Campbell M.K., Sarma S. (2014). Socioeconomic inequalities in adult obesity risk in Canada: trends and decomposition analyses. *Eur. J. Health Econ.*, 15:203-221.
- Janssen I., Boyce W.F., Simpson K., Pickett W. (2006). Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *Am. J. Clin. Nutr.*, 83:139-145.
- Kinge J.M., Morris S. (2014). Variation in the relationship between BMI and survival by socioeconomic status in Great Britain. *Econ. Hum. Biol.*, 12:67-82.
- Leicester A., Windmeijer F. (2005). The 'fat tax': economics incentives to reduce obesity. *Briefing Note No. 49*. London, Institute for Fiscal Studies.
- OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs (2014). *Obesity Update*. Paris, OECD (<http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>).
- Roskam A.J., Kunst A.E., van Oyen H., Demarest S., Klumbiene J., Regidor E., Helmert U., Jusot F., Dzurova D., Mackenbach J.P. (2010). Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *Int. J. Epidemiol.*, 39:392-404.
- Sassi F. (2010). *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat*. OECD Publishing, Paris.

Shankar A., Syamala S., Kalidindi S. (2010). *Insufficient rest or sleep and its relation to cardiovascular disease, diabetes and obesity in a national, multiethnic sample*. PLoS One 30, 5(11):e14189.

Wagstaff A., van Doorslaer E., Watanabe N. (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *J. Econ.*, 112:207-223.

Tesis

Gestión medioambiental en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana. El caso concreto de la hemodiálisis



Sergio García Vicente

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina, Universidad de Valencia

Email: sergiogvi@comv.es

Tesis doctoral defendida el 5 de Julio de 2017 en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Ciencias de la Alimentación, Toxicología y Medicina Legal de la Universidad de Valencia, dirigida por María Morales Suárez-Varela (Universidad de Valencia) y Agustín Llopis González (Universidad de Valencia). Obtuvo la calificación Sobresaliente Cum Laude. Tribunal: Aurora Bueno Cavanillas (Universidad de Granada), María Adoración Nieto García (Universidad de Sevilla) y Rafael Boluda Hernández (Universidad de Valencia).

Resumen

El impacto ambiental de la actividad humana se ha incrementado notablemente y especialmente a partir del pasado siglo XX. La ciudadanía, junto con diversos colectivos sociales, científicos, empresariales y políticos, se está concienciando y organizando para mejorar este asunto, advirtiendo que estamos pagando un precio ambiental y vital muy elevado por nuestro estilo de vida. Tengamos en cuenta el editorial de *The Lancet* de mayo de 2009 con la frase “*El cambio climático es la amenaza de salud global más grande del siglo XXI*”. Por ello se está exigiendo a las organizaciones y empresas un comportamiento compatible con la preservación y mejora del medio ambiente.

En esta tesis se analiza el caso de la hemodiálisis. Su importancia terapéutica no se discute (se prevén más de cuatro millones de pacientes en tratamiento para 2025 en todo el mundo, por el aumento de la incidencia de la insuficiencia renal crónica), pero poco se conoce sobre su consumo de recursos naturales y sobre la producción y gestión adecuada de los residuos que genera, con un alto porcentaje de ellos catalogados como peligrosos (farmacéuticos, como medicamentos caducados; químicos, como desinfectantes o cartuchos de bicarbonato; infecciosos, como material cortante y punzante) y, por ello, con un elevado riesgo de influencia ambiental negativa si no son tratados de forma responsable.

En general, no pensamos en las organizaciones sanitarias como instituciones avanzadas en su papel para mejorar y cuidar el medio ambiente y la salud ambiental, hecho que resulta incluso paradójico. Tengamos en cuenta que la atención sanitaria produce un 5% del total de emisiones de CO₂, al mismo nivel que la aviación civil o el transporte marítimo.

Un ejemplo destacable a seguir en líneas generales es la *Sustainable Development Unit* del *National Health Service* de Inglaterra, que desarrolla su trabajo desde el enunciado de conseguir “*un sistema de salud que proporcione cuidados sostenibles, mediante la entrega de una atención de alta calidad y la mejora de la salud pública, sin agotar los recursos naturales o causar graves daños ecológicos*”. En nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), disponemos de iniciativas como el *Observatorio de Salud y Cambio Climático*, destacando las Comunidades Autónomas (CCAA) de Cataluña, Andalucía y Madrid, que desde 2003 divulgan la implantación de la gestión ambiental en sus centros sanitarios.

En relación a la gestión segura y sostenible de los residuos sanitarios, destacan dos normas internacionales: ISO 14001, introducida en 1996 por la *International Organization for Standardization* (ISO) y EMAS (*The European Eco-Management and Audit Scheme*), lanzada por la Comisión Europea en 1993.

Con esta tesis se analiza la implantación actual de los sistemas de gestión medioambiental (ISO 14001 y EMAS) en el ámbito del SNS y, a su vez, se revisa la gestión actual de los residuos, ofreciendo la valoración de la producción de residuos peligrosos en hemodiálisis.

Esta tesis doctoral se ha conformado bajo el formato de compendio de artículos, con un total de cinco publicaciones científicas entre 2015 y 2017 en revistas nacionales e internacionales. En su metodología se han analizado las certificaciones ambientales de los hospitales del Catálogo Nacional de Hospitales (versiones 2013 y 2015), partiendo de las consultas a las empresas acreditadas por la Entidad Nacional de Acreditación para certificación medioambiental en el ámbito español, el Registro Europeo EMAS y los registros globales de ISO, así como consultas directas a cada centro. Para los datos de producción de residuos en hemodiálisis se utilizó el registro oficial de centros de diálisis extra hospitalarios en la Comunidad Valenciana, así como sus declaraciones oficiales anuales de producción de residuos peligrosos en el período 2008-2012 ofrecidas por la Consejería de Medio Ambiente. A ello se ha unido trabajo directo de campo valorando la gestión intracentro de residuos a nivel hospitalario y ambulatorio. Al tener disponibles únicamente la producción anual por centro y el número total de pacientes dializados a nivel regional, se realizó una estimación según puestos de tratamiento declarados de cada centro y tomando como base la media anual de sesiones para un paciente (156 sesiones).

En el SNS español, la gestión ambiental certificada alcanza a 149 hospitales (81, privados), el 19% del total (789). Destacan Madrid (40 hospitales) y Andalucía (37) con ISO 14001. Solo 23 hospitales en toda España disponen del registro EMAS (seis en Andalucía, cinco en Cataluña y cinco en Madrid). El perfil tipo obtenido de un hospital que trabaja con un Sistema de Gestión Medioambiental (SGMA) certificado es un hospital privado de 258 camas y certificado con ISO 14001.

La producción científica que estudia los residuos producidos por la diálisis es escasa, tanto a nivel internacional como nacional. Destacar la “*Guía Medioambiental para Diálisis*” de la EDTNA/ERCA (*European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*) de 2011, como referencia en su ámbito. No existe un registro público como referente, que muestre la producción de residuos peligrosos. Tampoco existe una ley estatal de residuos sanitarios, fuera de la Ley 22/2011 de Residuos, aunque la mayoría de las CCAA han desarrollado una normativa específica de gestión de residuos sanitarios pero con una amplia variación en su clasificación de residuos. Se estima que los kilos de residuos peligrosos producidos por sesión de diálisis (en el estudio de centros ambulatorios) son 0,71 kg para el período de estudio (2008-2012). Anualmente, supone hasta 563 kg de residuos peligrosos por puesto de tratamiento. Para la Comunidad Valenciana y con unos 3.400 pacientes en tratamiento con diálisis, se alcanzaría una cifra anual de casi 400 toneladas de residuos peligrosos.

Como aspectos clave para mejorar el impacto ambiental de la actividad sanitaria, destacan: la acción decidida del equipo directivo de las organizaciones sanitarias, el debido apoyo institucional y político, disponer de unos objetivos y una política ambiental y, desarrollar programas de formación continua (incluso en la formación de grado), implicándose con la ciudadanía para la mejora ambiental, compartiendo las acciones y objetivos a desarrollar.

Flujos de entrada y salida de turistas de salud en Reino Unido



Esther Roquero Ortiz

Interventora Provincial en Málaga. Junta de Andalucía

Colaboradora Honoraria. Dpto. Economía Aplicada (Hacienda Pública, Política Económica y Economía Política).

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Málaga

Email: estherroquero@yahoo.es

Tesis doctoral defendida el 29 de enero de 2016, en el Departamento de Economía Aplicada (Hacienda Pública, Política Económica y Economía Política) de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Málaga, dirigida por el Dr. Ricardo Braulio Pagán Rodríguez, que obtuvo la calificación de Sobresaliente. Tribunal: Dr. José Sánchez Maldonado (Universidad de Málaga), Dr. Jesús Salvador Gómez Sala (Universidad de Málaga), Dr. Luis Ángel Hierro Recio (Universidad de Sevilla), Dr. Juan de Dios Jiménez Aguilera (Universidad de Granada) y Dr. José Luis Martín Navarro (Universidad de Sevilla).

Resumen

La situación actual en la que nos encontramos en un mundo globalizado, en donde todo es de todos, o al menos puede serlo, el turismo y la salud se convierten en accesibles en cualquier parte del mundo. Ambos componentes han dado lugar al turismo de salud, donde las personas buscan cubrir sus necesidades de salud en cualquier parte del mundo, teniendo en cuenta factores como el precio, la calidad o la disponibilidad del servicio. En tiempos de crisis, gracias a una interconexión entre países cada vez mayor, muchos países han tenido éxito, ya que han sabido concebir una estrategia de marketing global y posicionarse en este nuevo sector. El objetivo principal de este estudio es conocer el perfil del turista de salud del Reino Unido durante el periodo de 2000 a 2014, analizando sus características sociodemográficas y económicas. Como objetivos específicos, planteamos los siguientes: 1) conocer el volumen de turistas que han salido y entrado al Reino Unido para recibir tratamiento médico; 2) analizar la edad, sexo y nacionalidad del turista que ha salido y entrado al Reino Unido con el objetivo de recibir tratamiento médico; 3) examinar la forma en la que se realiza el turismo de salud durante 2000 a 2014, es decir, la duración de la estancia y si es un viaje individual o en grupo; 4) cuantificar el gasto que realizan los turistas de salud.

Nuestro estudio se divide en cuatro bloques. En el primer bloque, dedicado a la revisión de la literatura, se revisa la evolución del sector del turismo de salud hasta alcanzar la gran importancia que tiene en nuestros días. Para ello se revisan las distintas definiciones de turismo, los distintos componentes del turismo de salud, la oferta y la demanda, hasta llegar al objeto de nuestro estudio, que es el mercado emisor y receptor de turismo de salud del Reino Unido.

El segundo bloque está dedicado al análisis de los datos, para el cual se ha utilizado la IPS (*International Passenger Survey*), encuesta dirigida por la Oficina Nacional de Estadística (ONS) del Reino Unido con datos desde 1961 a 2014, centrándose nuestro estudio en la serie temporal 2000-2014. Dicha encuesta recopila información sobre pasajeros que ingresan y salen del Reino Unido, realizando entre 700.000 y 800.000 entrevistas al año. Concretamente, y con el objetivo de tener el mayor número de variables para un análisis exhaustivo, se ha utilizado una de las cuatro áreas que componen el cuestionario, la denominada base QContact, que contiene un registro aproximado de 250.000 personas al año y ofrece información sobre el motivo de la visita. Nosotros nos centraremos en aquellas personas que viajan por motivos de salud. A lo largo de este bloque dedicaremos especial

atención a las salidas de turistas del Reino Unido y, dentro de estas, a las salidas que se realizan con destino a España, donde podremos dar un perfil de turista concreto y hacia el cual pueden ir encaminadas las diferentes estrategias de fomento del turismo de salud. Se trata de un análisis descriptivo. La escasez de datos limitó el estudio y no fue posible realizar una regresión de los mismos con garantías de representatividad.

El tercer bloque está el dedicado al análisis de los resultados obtenidos, conclusiones y discusión. En el cuarto y último bloque se incluyen los índices bibliográficos, de tablas y gráficos y anexos.

El volumen total de desplazamientos por motivos de salud efectuados en el periodo 2000-2014 asciende a 1.534.004. Las entradas de turistas de salud al Reino Unido han sido superiores a las salidas, representando las entradas un 52% del volumen total de desplazamientos. La evolución en los dos casos ha sido creciente.

Al analizar las características de dichos turistas se observa que, en términos generales, las mujeres están más dispuestas a desplazarse por temas de salud que los hombres con un predominio femenino en las salidas y masculino en las entradas. Por tramos de edad, las personas que se encuentran entre 25 a 44 años están más dispuestas a desplazarse que el resto. Para los residentes del Reino Unido que viajan al extranjero para recibir tratamiento médico, el Norte, Oeste y Sur de Europa son las regiones más comunes de destino. Para los años de 2011 a 2014 los destinos principales son: Polonia con 51.479 visitas, India con 18.960 visitas, Francia con 17.778 visitas y Lituania con 14.420 visitas. También Hungría desde 2006 indica una popularidad en los viajes médicos.

El mayor número de viajeros médicos entrantes son de Europa del Norte, Occidental y Meridional. Los orígenes que más han visitado el Reino Unido por motivos médicos en el periodo 2011-2014 han sido: Francia con 24.630 entradas, Irlanda con 22.770 entradas, España con 19.768 entradas y Kuwait con 14.628 entradas.

La duración media para las estancias es de 20 días para las salidas y 17 días para las entradas. Las estancias de los hombres son más prolongadas que las de las mujeres. La estancia media global para las mujeres es de 21 días frente a los 19 de los hombres. La mayoría de personas que viajan para recibir tratamiento lo hacen de forma individual. En las salidas, el viaje individual representa un 63%, seguido del de dos personas, un 26%. En las entradas el 53% lo hacen de forma individual y el 26% dos personas.

El gasto medio en las entradas es superior al de las salidas; concretamente en las entradas asciende a 2.005 euros y en las salidas, 1.112 euros. La diferencia entre las salidas y entradas es de 890 euros por individuo de media, es decir, existe una entrada de capitales superior a las salidas. El gasto medio por entrada de turismo alcanza sus máximos en los años 2003 (4.085 euros), 2014 (4.071 euros) y 2013 (2.156 euros). Por el contrario, los mínimos corresponden a los años 2001 (691 euros), 2002 (602 euros) y 2012 (743 euros).

Este estudio viene a aportar mayor claridad a un sector en auge y con grandes perspectivas de crecimiento, del que aún falta mucho por conocer.

Pharmaceutical companies' stock reactions to M&A announcements and EMA regulatory decisions: a GARCH Event Study approach



Loreta Diksaite

Departamento de Economía Aplicada y Métodos Cuantitativos
Universidad de La Laguna

Email: loreta.diksaite.25@ull.edu.es

Tesis doctoral defendida el 21 de diciembre de 2016 en el Departamento de Economía Aplicada y Métodos Cuantitativos de la Facultad de Economía, Empresa y Turismo de la Universidad de La Laguna. Dirigida por Ignacio José Abásolo Alessón (Universidad de La Laguna), Jorge Vicente Pérez Rodríguez (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria) y Carlos Gabriel Bethencourt Marrero (Universidad de La Laguna), obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad y Mención Internacional. Tribunal: Beatriz González López-Valcárcel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), Francisco José Ledesma Rodríguez (Universidad de La Laguna) y Cristina Hernández Quevedo (London School of Economics and Political Science, Reino Unido).

Resumen

Objetivos: La creciente importancia del sector farmacéutico en el sector sanitario y en la economía de países desarrollados y en vías de desarrollo en las últimas décadas ha incrementado el interés por analizar todos aquellos eventos que puedan potencialmente afectar a las compañías pertenecientes a esta industria. Con ello, el principal objetivo de esta tesis doctoral es doble. En primer lugar, se evalúan los efectos que los anuncios de las fusiones y adquisiciones (M&A) en el sector farmacéutico tienen sobre los precios de las acciones de las empresas involucradas en tales procesos. En segundo lugar, se analizan los efectos de los anuncios de las decisiones reguladoras adoptadas por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), en relación tanto a la autorización para la comercialización como a la retirada de medicamentos del mercado.

Metodología: Los efectos de los anuncios de M&A que tuvieron lugar durante el periodo 1994-2010 y las decisiones reguladoras de la EMA durante el periodo 1995-2012 se analizan mediante una metodología de estudio de eventos. Para la estimación de las rentabilidades medias anormales acumuladas -o *cumulated average abnormal return* (CAAR)- y, con el propósito de controlar por la variabilidad en su varianza condicional, se utilizó el *modelo de mercado*. En particular, se empleó un modelo de Heterocedasticidad Condicionada Autorregresiva Generalizada (GARCH). El análisis del comportamiento del precio de las acciones se realizó para varios periodos de tiempo alrededor del evento, incluyendo días previos y posteriores al mismo. En concreto, las ventanas de eventos seleccionadas fueron (-7,-3), (-2,2) y (3,7). La significación estadística de los eventos fue evaluada por medio del test paramétrico propuesto por Savickas (2003). En cuanto al análisis sobre M&A, la muestra final se obtuvo de la información recogida en las revisiones de Ornaghi (2006) y Cepton Strategies (2013) y quedó restringida a aquellas M&A que, teniendo datos disponibles sobre sus acciones, contribuyeron a la formación de compañías cuya cartera presentase medicamentos aprobados por la EMA y tuvieran un valor mínimo de 5 billones de dólares. La muestra resultante quedó conformada por 10 fusiones y 12 adquisiciones.

En cuanto al análisis de las decisiones reguladoras de la EMA, la muestra resultante quedó compuesta por 216 y 36 decisiones finales de la Comisión Europea (EC) sobre aprobación y retirada de medicamentos, respectivamente, así como por 190 opiniones positivas del Comité para Productos Médicos para Uso Humano (CHMP), todas ellas obtenidas de los *European Public Assessment Reports* publicados por la EMA. Asimismo, la muestra también incluyó 31 notificaciones del Titular de la Autorización de la Comercialización (MAH) sobre retiradas de medicamentos, obtenidas de los *Public Statements on Withdrawal of the Marketing Authorisation* proporcionados por la EMA. La información diaria sobre el precio de las acciones y los índices de mercado se obtuvo de *Datastream* y *Yahoo Finance*.

Los efectos de los eventos estudiados sobre el precio de las acciones de las compañías fueron también analizados agrupando los eventos incluidos en la muestra atendiendo a los siguientes criterios: autoridad reguladora que aprobó primero el medicamento (EMA o *US Food and Drug Administration* (FDA)); categoría del medicamento en el sistema de clasificación anatómica, terapéutica y química (ATC); tamaño del MAH; mercado bursátil (europeo o americano); combinación del tamaño del MAH y mercado bursátil.

Resultados: Las M&A analizadas causaron un impacto positivo en las empresas objetivo (CAAR(-2;2) de 4%) y efectos negativos para las empresas adquirentes (CAAR(-2;2) de -0.438%), el resto de las empresas involucradas en la fusión (CAAR(3;7) de -0.404%) y los competidores (CAAR(3;7) de -0.091%).

En el caso de las decisiones reguladoras de la EMA analizadas, el anuncio de la opinión positiva del CHMP generó un impacto positivo en el precio de las acciones (CAAR(-2;2) de 0.100%). En concreto, generó un efecto positivo en los medicamentos que ya habían sido aprobados con anterioridad por la FDA. Asimismo, el análisis por el ATC reveló

que los inversores presentan un mayor interés por la autorización de medicamentos para casos del sistema cardiovascular, anti-infecciosos de uso sistemático, agentes antineoplásicos e inmunomodulantes, así como vacunas y radiofármacos para el diagnóstico. En cuanto a las características de las compañías, las grandes empresas que cotizan en bolsas europeas registraron un efecto positivo en el precio de sus acciones, mientras que las pequeñas experimentaron un efecto negativo. Finalmente, las decisiones de la EC sobre la retirada de medicamentos tuvieron un impacto negativo (CAAR(-7;-3) de -0.189%) en el precio de las acciones.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en esta tesis están, en términos generales, en línea con los reportados en la literatura previa. Esta investigación, además, contribuye a proporcionar evidencia sobre los efectos de los anuncios de M&A sobre los precios de las acciones de empresas competidoras en el sector farmacéutico, así como del impacto generado por el anuncio de retirada de medicamentos por parte de la EMA. En cuanto a las M&A, los acuerdos analizados generaron un impacto positivo sobre las empresas objetivo, mientras que tuvieron efectos negativos sobre las compañías adquirientes, el resto de las empresas involucradas en la fusión y los competidores. Asimismo, el anuncio del CHMP y la decisión de retirada de medicamentos por parte de la EC generaron efectos positivos y negativos, respectivamente, sobre el precio de las acciones. Por el contrario, no se encontró efecto significativo alguno de la notificación del MAH y de la decisión de aprobación de medicamentos por parte de la EC.

Con acuse de recibo

Crónica del Encuentro Ernest Lluch: "Crisis Económica, Austeridad y Salud. Estrategias de salida de la crisis". UIMP Santander

Beatriz González López-Valcárcel
ULPGC
Email: beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

Durante los dos días que duró en Encuentro Ernest Lluch, una veintena larga de participantes ilustrados e interesados tuvimos la oportunidad de aprender juntos sobre el impacto de la crisis económica en la salud y la sanidad, y de asomarnos a dos futuros alternativos, el verosímil y el deseable. El evento se encuadra en una iniciativa de la Fundación Ernest Lluch, que cada año organiza un Encuentro en Santander sobre un tema de interés y actualidad en homenaje al que fuera Ministro de Sanidad, hacedor de la Ley General de Sanidad y rector de la propia UIMP.

Este año 2017 es el décimo desde el inicio de la crisis, por lo que es un buen momento para hacer balance provisional de sus efectos y de las políticas que se pusieron en marcha para afrontarla (ver programa aquí: [LINK](#)). Desde que se inició en 2008, ha habido cambios organizativos importantes y experiencias diversas, y para avanzar en la eficiencia y equidad del sistema de salud. El debate, fuertemente ideologizado, sobre qué modelo sanitario es el mejor para el país, sobre lo público versus lo privado, y acerca de las inquietudes por la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, han protagonizado más los foros sociales que los académicos. Con frecuencia, la salud poblacional, que es el elemento más importante, ha quedado desdibujado o mal medido, y frases como “la austeridad mata” han pasado a formar parte del “saber popular” sin fundamento o pruebas de veracidad.

Por eso, hemos aprovechado la oportunidad que nos brindó la Fundación Ernest Lluch para que profesionales de varias disciplinas y académicos de prestigio, conocedores en profundidad del Sistema Nacional de Salud, pusieran datos, argumentos e ideas sobre la mesa y debatieran en diálogo abierto e intercambiando ideas con la audiencia sobre cuál es la mejor estrategia de salida de la crisis, qué modelo de financiación y gasto y cuáles son las reformas deseables y factibles para los próximos años.



Agradecemos al Presidente de la Fundación, Joan Majó, a su vice-presidente Josep María Carreras Puigdengolas, a su director Ferriol Sòria su participación y apoyo, y a Jaume Puig por haber tenido la iniciativa del tema del Encuentro.

Se estructuró en dos conferencias y cuatro mesas. Las conferencias inaugural y de clausura estuvieron a cargo de Vicente Ortún y Rosa Urbanos respectivamente.

En un genuino y estimulante estilo vicentino, el mensaje de la primera conferencia es optimista. Aunque resulte difícil aprender de las crisis, porque nadie reconoce errores, sabemos que el Estado del Bienestar es sostenible si se mantiene su capacidad resolutive y evoluciona hacia el *workfare*, y que España puede continuar figurando entre los mejores sistemas sanitarios del mundo si mantiene su liderazgo clínico y cuenta con una financiación del gasto sanitario fundamentalmente pública.

La conferencia de clausura de Rosa Urbanos, en torno a “Cómo mejorar la equidad del Sistema Nacional de Salud”, también avanza propuestas específicas y lanza un mensaje positivo: 1) redefinir los criterios de cobertura; 2) reformar copagos, con cuantías máximas según capacidad económica, cuantías reducidas, exención de crónicos y personas sin recursos y preferiblemente con copagos evitables y basados en efectividad; 3) regular la extinción gradual del régimen de mutualismo administrativo; 4) reformar la financiación autonómica, prestando atención a los fondos específicos; 5) redefinir las prestaciones para las que pueda garantizarse la igualdad de acceso (protección reforzada, igual para todas las CCAA, para prestaciones “esenciales”); 6) reforzar la atención primaria; 7) mejorar la información a los pacientes; 8) controlar la variabilidad en la práctica clínica; 8) atención a colectivos vulnerables; 9) más información, obtenida de estudios macro y micro; y 10) poniendo interés y voluntad.

Las cuatro mesas abordaron respectivamente el gasto sanitario y su financiación (mesa 1, con Francisco Pérez y David Cantarero); los mitos y realidades sobre los impactos de la crisis en la salud y el supuesto “austericidio” (mesa 2, con Enrique Regidor y Beatriz González); cómo mejorar la eficiencia del sistema de salud, con reformas en la arquitectura institucional y otros cambios necesarios (mesa 3, con Quique Bernal, José Ramón Repullo y Ricard Meneu); y las relaciones público-privadas y el futuro del modelo sanitario en España (mesa 4, con Fernando Ignacio Sánchez y Jaime Pinilla).

De lujo fueron también los moderadores de las mesas: Jesús Ruiz-Huerta, Juan del Llano, Jaume Puig y Joaquim Camprubí. Con enorme tristeza manifiesto hoy que aquella fue la última vez que disfruté de la inteligencia y el humor de Joaquim, que habría de fallecer repentina e inesperadamente dos meses después, en septiembre.

Las aportaciones de ponentes y de público en las cuatro mesas fueron extremadamente ricas. Puesto que resulta imposible resumirlas a fondo en esta crónica, me limitaré a destacar telegráficamente diez de las principales conclusiones:

1. Estamos en un momento crucial en el que se intenta cambiar el sistema de financiación autonómica de la sanidad. Es una tarea difícil teniendo en cuenta la incompatibilidad entre dos objetivos implícitos, el mantenimiento del statu-quo y la mejora en la distribución según necesidad.

2. Las diferencias en financiación y en gasto sanitario público per cápita entre CCAA en España es grande, no se justifica con argumentos racionales y no se ha reducido durante la crisis económica.
3. Paradójicamente, la crisis ha sido buena para la salud y más para los grupos socioeconómicamente peor situados, en términos de mortalidad general. Esa es la conclusión del estudio publicado en *The Lancet* que presentó Enrique Regidor.
4. También puede resultar paradójico que la utilización de servicios sanitarios en España no se haya visto afectada por la crisis tanto como se esperaría. La presión creciente sobre los profesionales del SNS no se ha reflejado en un cambio en la utilización, y sólo se detectan ligeros cambios por tipo de financiador: disminución en 2010 de la utilización de servicios sanitarios privados a favor de los servicios públicos, y pequeño repunte de los primeros a partir de 2014-2015.
5. Sin embargo, las desigualdades en los determinantes sociales de la salud - las causas de las causas - se han agrandado en España durante la crisis. Se ha demostrado que el paro de larga duración empeora la salud mental. Los indicadores de desempeño del sistema de protección social de España están en la cola de los países de EU28 y se han deteriorado durante la crisis. Unido a un sistema fiscal progresivamente regresivo (intensivo en impuestos indirectos y dentro de los directos, en IRPF sobre sociedades), el sistema sanitario está asumiendo un importante papel redistributivo por el lado del gasto.
6. Hemos de asumir el reto de “conocer el valor y hemos de reconocer el valor de conocer”, convirtiendo los datos en la inteligencia del sistema. La existencia de datos electrónicos masivos y la disponibilidad de herramientas *Big Data* ofrecen una oportunidad irrenunciable.
7. Para ganar eficiencia en el sistema de salud ha de ponerse el foco en reducir la indicación/provisión de intervenciones de bajo valor (intervenciones no efectivas u obsoletas, inseguras, de baja calidad técnica, realizadas en pacientes no apropiados, o con alternativas más coste-efectivas).
8. Existen numerosos remedios aplicables a nivel macro, meso y micro. En un entorno organizativo con instituciones poco flexibles, e incentivos que tienden a mantener el *statu quo*, es posible reducir el bajo valor por comparación con los proveedores más virtuosos. Operativamente hay que identificar el bajo valor, establecer comparaciones robustas y significantes clínicamente y desde el punto de vista de gestión, y monitorizar el bajo valor de forma rutinaria, y a tiempo para que los decisores tomen las decisiones.
9. El SNS presenta debilidades institucionales y precisa reformas desde hace tiempo. La crisis económica ha exacerbado su necesidad. Contrasta el amplio consenso entre los expertos sobre el diagnóstico y recomendaciones con la dificultad creciente de implementación. Como no parece factible un proceso reformista global y articulado para el conjunto del SNS, se plantean (JR Repullo) 20 líneas de cambio para la macro, meso y micro-gestión que permitan afrontar problemas graves y avanzar resolviendo retos institucionales y organizativos, lo que también fomenta las transformaciones más profundas al medio plazo.
10. La arquitectura institucional del SNS está obsoleta y deteriorada, requiriendo reformas estructurales de amplio calado. Pero ninguna reforma logrará un funcionamiento deseable y competente del sistema sanitario si no se diseña para albergar un nuevo profesionalismo, más atento a los méritos, orientación y excelencia de sus profesionales, en el logro de la mejora constante de la experiencia sanitaria de los pacientes.

Cristina Hernández Izquierdo, secretaria académica del Encuentro, y el público han sido protagonistas esenciales. Con su trabajo, contribución activa a los debates y aportaciones constructivas, han garantizado el éxito del Encuentro.



Pero más allá, me atrevería a decir incluso que por encima de lo académico y del saber, están los valores añadidos intangibles: reencontrar amigos, compartir con ellos cenas y copas, conocer a las personas que están detrás de los nombres de la Fundación, pasear por la Península de Magdalena tomando fotos del Palacio a la luz de la luna y conversando con la mujer que siempre va conmigo, y la visita de lujo al recién inaugurado Centro Botín con Ricard Meneu como guía, son los recuerdos más vívidos que me he traído. Esos, y la luz en la mirada de Joaquim.

Crónica Cuarta edición del EuHEA PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference

Ruth Puig Peiró
Junta Directiva AES
Twitter: @ruthpuig

Del 6 al 8 de septiembre se celebró la [cuarta edición del PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher Conference](#), organizado conjuntamente por la [European Association of Health Economics \(EuHEA\)](#), y los dos organizadores locales, liderados por Mark Dusheiko y Jürgen Maurer, la [Swiss Society of Health Economics](#) y la [Interfaculty Health Economics and Management Platform of the University of Lausanne](#) (Suiza). La edición anterior se celebró con gran éxito en Universitat Internacional de Catalunya (UIC) de Barcelona, y de la que en su momento ya se publicó una crónica en el Boletín número 87.

En esta cuarta edición asistieron más de 100 participantes, en su mayoría del Reino Unido, Francia, Alemania, Holanda, y Suiza, y se consolida como un fórum formidable para los estudiantes de doctorado y los que se encuentran en el inicio de su carrera profesional en el campo de la Economía de la Salud en Europa. Un factor característico de la conferencia es que desde la organización se alienta a que los directores/as de tesis acompañen a sus estudiantes y que participen en la discusión de los trabajos de otros estudiantes.

La conferencia se inició al mediodía del día 6 sin acto inaugural; el plato fuerte se reservó para la clausura. Las presentaciones tuvieron dos formatos diferentes, las sesiones paralelas y presentaciones breves de 5 minutos. Durante los tres días, hubo [45 sesiones paralelas \(una por trabajo\)](#) y [dos sesiones de presentaciones breves](#), que agruparon cuatro y tres trabajos respectivamente.

Las sesiones paralelas se desarrollaron bajo cuatro grandes temáticas: i) evaluación económica de tecnologías sanitarias, ii) economía de los sistemas sanitarios, su financiación, regulación y prestación de los servicios sanitarios, iii) determinantes de los comportamientos en salud y sus consecuencias, iv) incentivos y decisiones de

pacientes y proveedores sanitarios. El formato es similar a un workshop donde el autor, en este caso los estudiantes de doctorado, presenta el estudio durante unos 25 minutos, seguido de discusión de 15 minutos por parte de un investigador senior y unos 10 minutos para preguntas y comentarios del público. Este formato permite a los estudiantes obtener feedback detallado de otros investigadores senior, diferente al de sus tutores/as de tesis, y del que suele surgir un intercambio muy enriquecedor y valioso para los estudiantes.

La conferencia se caracteriza también por su ambiente informal y relajado, que junto con una asistencia acotada, invita a la interacción entre todos los asistentes y a continuar con comentarios y las discusiones durante las pausas de la comida y cafés.

La coincidencia en fechas con las XXXVII Jornadas de AES de Barcelona hizo que la presencia de socios de AES fuera casi marginal, aunque me encontré a uno de ellos, Joan Mendivil, que ahora reside en Suiza. Y también vi a caras conocidas que suelen asistir a AES como John Cairns.

A parte de la actividad científica, el jueves 7 se celebró la asamblea de delegados donde todas las asociaciones que conforman EuHEA envían a sus representantes, y en esta ocasión yo fui la encargada de representar a AES. Se debatieron diversos puntos, entre ellos la votación para la renovación de miembros de la Junta de EuHEA. Renovaron en el cargo [Matt Sutton](#) (*Health Economists' Study Group, HESG*, Reino Unido), [Florence Jussot](#) (*Collège des Economistes de la Santé*, Francia), [Stefan Felder](#) (*dggö - German Society for Health Economics*, Alemania) y yo entré en la junta sustituyendo a [Alexandrina Stoyanova](#) en representación de AES. Desde la Junta de AES queremos agradecer a Ina su labor durante los tres años que nos representó en EuHEA y su liderazgo en la organización de la pasada edición de la conferencia PhD celebrada en la UIC, junto con [Toni Mora](#), [Andrew Jones](#) y [Lise Rochaix](#) se mantienen en sus cargos como Presidente y Presidenta electa, respectivamente.



De izquierda a derecha, los cuatro miembros electos de la junta de EuHEA, Stefan Felder, Ruth Puig Peiró, Matt Sutton, Florence Jussot.

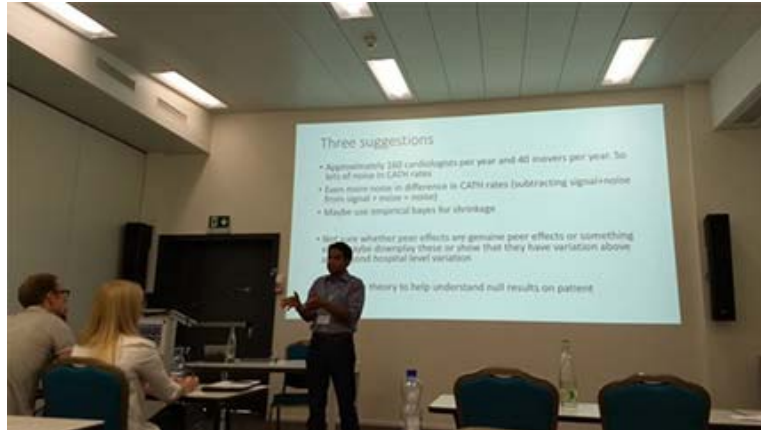
Fuente: [\[LINK\]](#)

Durante la asamblea también se oficializó la creación del *Early Career Committee* (ECC), liderado por [Rachel Meacok](#) (también del HESG) y [Sara Machado](#) (de la asociación portuguesa, APES) como vice-presidenta. El ECC también lo configuran las asociaciones nacionales y por parte de AES las representantes son [Helena Hernández Pizarro](#) y [Myriam Soto](#). El objetivo de este comité es promover la participación de los miembros jóvenes en las debates que se relacionan con las actividades y la dirección de EuHEA. En breve, Helena y Myriam informarán con más detalle sobre las actividades del ECC mediante un correo de Noticias AES [Nota de los Editores: también usaremos el Boletín como mecanismo para impulsar y reforzar el ECC]. Mientras tanto, podéis contactarlas por correo electrónico o Twitter.

Por último, otros temas fueron la adhesión del grupo danés de economía de la salud y la votación para la candidatura de Oslo para la celebración del congreso de EuHEA en el 2020.

La conferencia de clausura fue a mano de [Prof. Amitabh Chandra](#) de la *Harvard Kennedy School* y cuyo título fue

“The BioPharma Dilemma: Balancing Innovation and Access in an Age of Personalized Medicines”.



Amitabh Chandra también participó en la discusión del trabajo presentado por la estudiante Ieva Sriubaite.

Fuente: [\[LINK\]](#)

Anotad en vuestras agendas la próxima conferencia de EuHEA 2018 que se celebrarán en [Maastrich \(Holanda\) del 11 al 14 de Julio](#) y la quinta edición del PhD Student-Supervisor and Early Career Researcher en Catania (Sicilia) del 5 al 7 de Septiembre. ¡Os esperamos!

Crónica XII Congreso Internacional de Economía de la Salud – iHEA 2017

Ana María Costa Ramón
Departament d’Economia i Empresa
Universitat Pompeu Fabra & CRES
Email: anamaria.costa@upf.edu

El pasado Julio tuvo lugar en Boston el XII Congreso Internacional de Economía de la Salud (iHEA 2017). El tema del Congreso era “*Revolutions in the Economics of Health Systems*” y algunas sesiones incluyeron temas tan revolucionarios como el “*Big data*” en salud o la economía del comportamiento aplicada a la variación en la práctica médica.





El iHEA es un congreso bienal que proporciona un espacio donde se entremezclan profesionales de la salud, economistas de la salud, investigadores de diferentes instituciones y áreas, y de muy diversos países. La última edición contó con más de 1.600 participantes, incluidos asistentes de diversas universidades españolas.

Como nueva actividad, el congreso proporcionó a los estudiantes que estamos en los últimos años del doctorado la oportunidad de participar en un “*Mentoring Lunch*”. Este evento consistió en asignarnos de forma aleatoria a mesas con economistas de la salud *senior* para discutir las oportunidades e intereses de investigación, las experiencias en el campo de la investigación, consejos para publicar los artículos, etcétera. Por lo tanto, como si de un mecanismo de *matching* se tratase, la demanda (tres doctorandos) se asignaban a la oferta (el mentor) y cada quince minutos sonaba un silbato señalando el momento de levantarse para ir a la búsqueda de la siguiente mesa. Y esto repetido tres veces. Por lo que pude experimentar, fue una experiencia enriquecedora que consiguió fomentar debate y comunicación entre las diferentes generaciones de economistas de la salud, cosa no siempre fácil.



La sesión de clausura corrió a cargo del profesor Daron Acemoglu (MIT), que nos habló sobre prosperidad democrática y salud. En particular, su ponencia se centró en el estudio Acemoglu et al. (2014), [1] donde se estima el impacto causal de la democracia en el crecimiento y se encuentra un efecto positivo y robusto. Además, los autores identifican el potencial mecanismo que podría explicar esta relación causal, documentando que las democracias aumentan las reformas económicas, aumentan los ingresos fiscales como porcentaje del PIB y la matriculación en educación primaria y secundaria, y además reducen la mortalidad infantil, sugiriendo que aumenta la inversión en bienes públicos.

La segunda sesión plenaria fue a cargo de la profesora Carol Propper (ICL), que habló sobre la competencia y la elección en mercados fuertemente regulados. Las sesiones se pueden ver en vídeo [aquí](#) y [aquí](#).



La gala de recepción tuvo lugar en el Museo de Ciencias de Boston. Con una exposición temporal sobre salud que abarcaba desde la maternidad, a las enfermedades infecciosas o a la genética, fue el emplazamiento perfecto para el público al que iba dirigido. Los participantes del congreso pudieron cenar a la vez que paseaban por salas donde encontraban información y contenidos interactivos de valor para sus áreas de investigación.



En conclusión, el congreso de iHEA es un espacio de gestación de nuevas ideas, de vacunación contra el desconocimiento de temas de actualidad y de *networking* para los investigadores y profesionales de la economía de la salud que se reúnen en este evento. Por tanto, ¡hasta dentro de 2 años!

[1] Acemoglu, Daron, Suresh Naidu, Pascual Restrepo, and James A. Robinson (2014). *Democracy Does Cause Growth*. NBER Working Paper No. 20004.

Crónica del XVII Encuentro de la Industria Farmacéutica Española, titulado “Los resultados en términos de salud, guía del Sistema Nacional de Salud”

Félix Lobo

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

Manuel García Goñi

Departamento de Economía Aplicada, Estructura e Historia
Universidad Complutense de Madrid
Secretario Académico del Encuentro de la Industria Farmacéutica
Email: mgoni@ucm.es

Es una tradición ya asentada, que cada año, desde 2001, se celebre 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, gracias a un acuerdo de colaboración y patrocinio entre la Universidad Carlos III de Madrid, la Fundación Farmaindustria y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

De manera habitual contamos como participantes con personalidades de política farmacéutica y administraciones públicas, investigadores de Economía de la Salud y representantes de la industria farmacéutica, todos ellos tanto nacionales como internacionales. El ambiente del Encuentro es distendido. Aprovechamos los días justo después del verano y antes que el ritmo de trabajo impida una reunión de estas características. Este año, el Encuentro tuvo lugar los días 14 y 15 de septiembre, jueves y viernes, cerrando el extenso programa de verano de la UIMP.



De izquierda a derecha: Félix Lobo (Director del Encuentro), Humberto Arnés (Director General de Farmaindustria), Jesús Acebillo (Presidente de Farmaindustria) y Nathalie Moll (Directora General de la EFPIA).

La XVII edición del Encuentro trató sobre los resultados en salud. La acelerada evolución tecnológica que viven los sistemas sanitarios aporta continuamente nuevos medicamentos, tecnologías e intervenciones de todo tipo. A veces se trata de innovaciones disruptivas, en otras ocasiones son innovaciones incrementales pero prometedoras. Como se encuentran en las fronteras del conocimiento, muchas veces su eficacia y efectividad es difícil de valorar y se encuentran zonas grises en las que apreciar su valor añadido resulta complicado. A los retos que plantea la

innovación se unen las presiones que la escasez de recursos ejerce, más agudamente percibidas después de la experiencia de la crisis económica. Todo ello lleva a considerar que los recursos se deben invertir sólo en los productos, tecnologías e intervenciones sanitarias que generan valor añadido desde el punto de vista individual y social. Y para apreciar dicho valor se ha concluido que el criterio no puede ser otro que los resultados en términos de salud que producen. Con ello, nuestro Encuentro se alineó con el objetivo central de los sistemas sanitarios: contribuir a mantener, restaurar y prolongar la salud de los ciudadanos. Este enfoque se extiende a todas las áreas: a la investigación biomédica, al diagnóstico, tratamiento y demás aspectos del ejercicio clínico, a la evaluación de la eficiencia de tecnologías, medicamentos e intervenciones, a la planificación de recursos y servicios y a las decisiones presupuestarias.

El Encuentro respondió a la necesidad de diálogo entre los distintos agentes del sector sobre la mejora en la medición y valoración de los resultados en salud, con una elevada calidad de las ponencias y discusiones en las mesas redondas. Comenzó con una sesión de inauguración en la que después de la representación institucional de la UIMP participó la Consejera de Sanidad de Cantabria, Sra. María Luisa Real González, indicando algunas de las líneas de actuación que desde Cantabria se están llevando a cabo en relación a los resultados en salud. Además, participó la Directora General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, Sra. Encarnación Cruz, ofreciendo sólo unas pinceladas de la perspectiva del Ministerio, ya que por la tarde proporcionaría una ponencia mucho más completa. El sector de la industria estuvo espléndidamente representado por Jesús Acebillo, Presidente de Farmaindustria, y finalmente también participó Félix Lobo, como Director del Encuentro.

La segunda sesión corrió a cargo de una ponente de talla internacional. Nathalie Moll, Directora General de la *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA), que es el organismo que representa a la industria farmacéutica que opera en Europa. Nathalie nos presentó una ponencia en la que mostró la perspectiva de la industria farmacéutica en cuanto a la necesidad de hacer valer los resultados en salud y ya apuntó a algunos de los temas clave que más tarde abordaríamos, como la medición y valoración de los resultados, o a otros factores como la necesidad de un sistema sanitario integrado e integrador que debe servir para la mejora en salud de los pacientes y de la población.

A continuación, celebramos una mesa redonda que llevó por título “Resultados en salud. Medir para mejorar. Iniciativas de las administraciones públicas”. La mesa fue moderada por Humberto Arnés (Director General de Farmaindustria), y en ella participaron representantes de cinco Comunidades Autónomas: Julio Miguel Fuster Culebras (Director General Servei Balear de Salut, IB.SALUT), Rafael Sánchez Herrero (DG de Innovación y Resultados en Salud, Castilla y León), José Miguel Acitores Augusto (Director del Área de Salud, La Rioja), Jon Iñaki Betolaza (Director de Farmacia, País Vasco), y Julián Pérez Gil (Gerente del Servicio Cántabro de Salud). Esta mesa redonda nos mostró las experiencias que las Comunidades Autónomas representadas han tenido en los últimos años en relación, a veces, a la creación de unidades precisamente dedicadas a la medición de los resultados en salud de sus ciudadanos, o en otras, hablando de programas concretos de medición que ya se han llevado a cabo.

Después de la pausa para el almuerzo, la audiencia pudo disfrutar de la ponencia del Dr. Ignacio Hernández Medrano (Neurólogo, Hospital Ramón y Cajal), que nos ilustró sobre “El futuro de la medicina y el futuro de la salud”. Fue sin duda una ponencia muy atractiva y ágil en la que aprendimos algunos de los últimos avances del uso de tecnología de la información en la sanidad o en el diagnóstico y curación de enfermedades. Y para final la sesión del primer día, volvió a la tarima la Directora General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, Sra. Encarnación Cruz, donde ahí sí, pudo ofrecer mayores detalles sobre la actuación que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pretende llevar a cabo en los próximos meses. De hecho, presentó el Plan de Trabajo de su Dirección General y presentó unas pinceladas sobre el proyecto de decreto de precios que se está preparando, y en el que la idea es separar en dos secciones distintas a medicamentos y productos sanitarios.



La segunda jornada comenzó pronto, a las 9 de la mañana del viernes día 15 de septiembre, y con un conferenciante de excelente nivel. Thomas Kelley, Vicepresidente del *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), nos mostró las distintas experiencias que desde su organización se están produciendo, de manera puntera a nivel internacional, en la orientación de los sistemas sanitarios hacia la incorporación de los resultados en términos de salud gracias a la investigación y al desarrollo de aplicaciones tecnológicas.

A continuación, siguió una mesa redonda, moderada por Félix Lobo, en la que se ofreció la perspectiva de clínicos y gestores sobre la incorporación de los resultados en salud a la gestión sanitaria. Participaron en esta mesa Eduardo Díaz Rubio (Jefe de Servicio de Oncología, Hospital Clínico de Madrid), José Ramón González Juanatey (Jefe de Servicio de Cardiología y UCC en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela), Carlos Mur (Gerente del Hospital de Fuenlabrada, Madrid), y Jesús Molinuevo (presidente de ALCER).

Y después de una breve pausa, la última mesa redonda, moderada por Manuel García Goñi, mostró una última perspectiva sobre los resultados en salud, esta vez enfocada en los últimos avances y experiencias que se están produciendo, ya sea desde la industria farmacéutica, representada por Javier Rejas Gutiérrez (Unidad Médica, Pfizer), como desde la consultoría, representada por Pablo Rebollo (Director del Departamento de Economía de la Salud e Investigación de Resultados, RWE Solutions, Quintiles/IMS), la academia, representada por Miguel Ángel Ruiz Díaz (Profesor de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid), o desde las agencias de evaluación, representadas por Antoni Dedeu Baraldés (Director de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, AQuAS).

El broche final, la entrega de diplomas y clausura del Encuentro, vino acompañado de las palabras del Rector de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, D. Gustavo Nombela.

Siempre, durante todo el Encuentro, estuvo presente para todos los participantes el papel crucial que los pacientes, centro del sistema sanitario, deben desempeñar en la implementación de la medición y valoración de los resultados en salud, ya que son ellos los que nos pueden proporcionar la información sobre sus percepciones, su estado funcional, o su satisfacción o calidad de vida derivadas de los tratamientos.

Consideramos que el XVII Encuentro de la Industria Farmacéutica fue un éxito, gracias a la participación de altos representantes tanto de la Administración como del mundo empresarial y de la universidad. Les estamos muy agradecidos a todos ellos, así como a todos los asistentes, para los que organizamos cada año el Encuentro.

Quedamos todos emplazados para reunirnos en el XVIII Encuentro de la Industria Farmacéutica, el próximo mes de septiembre de 2018. Ojalá allá veamos que se han producido grandes avances en la medición de los resultados en salud de los pacientes y en la implementación de políticas derivadas de dichos resultados en los sistemas sanitarios. Al mismo tiempo, trataremos un nuevo tema de discusión que procuraremos sea también del máximo interés y actualidad.

Crónica del Comité Ejecutivo XVII Congreso SESPAS, Barcelona

Vicente Ortún
Presidente Comité Ejecutivo
XVII Congreso SESPAS



El Dr. Enric Llorca, dedicado y excelente alcalde de San Andreu de la Barca, municipio de la comarca del Bajo Llobregat, nos invitó a Ildefonso Hernández y a mí, en 2013, a sendas charlas ‘poblacionales’ que atrajeron bastante atención. Ambos recibimos el mismo honorario. Ildefonso, a la sazón el presidente de SESPAS, en lugar de dedicarlo a sufragar su viaje desde Alicante, lo ingresó en la muy financieramente necesitada SESPAS. No debe extrañar, por tanto, que cuando Ildefonso, junto a Ricard Meneu, durante una cena en el Me (cocina de Saigón, Nueva Orleans y Barcelona), me propone, el 3 de diciembre del 2014, que ayude a la puesta en marcha de un eventual triple congreso SESPAS-AES-SEE, no pudiera negarme. Tocaban máquinas, no puente. Convenía tal vez el celestinaje esperable de alguien que vive desde sus inicios el devenir de tres de las sociedades integradas en SESPAS.

SESPAS, SEE y AES deciden la organización conjunta de sus reuniones científicas para coincidir en setiembre del 2017 en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. El 29 de marzo del 2016 celebramos en Hospitalet la primera reunión del Comité Ejecutivo con la participación de la presidenta de AES, Pilar García Gómez (desplazada desde su residencia en Rotterdam), Esteve Fernández, presidente de SEE, Silvia de Sanjosé, presidenta del Comité Científico SEE, Cristina Hernández Quevedo, presidenta del Comité Científico AES (desplazada desde su domicilio en Londres) y el firmante. Se discuten temas, ponentes, lemas, calendarios, unificación de tarifas, secretarías técnicas...e incorporación al Comité Ejecutivo - que actuará como Comité Organizador único - de María Sala Serra, por SEE, y Toni Mora, por AES. Ya en aquella reunión, 18 meses antes del evento, estaba claro que “El XVII SESPAS se celebrará integradamente con la XXXV Jornada Científica SEE y las XXXVII Jornadas AES para aglutinar a las doce sociedades SESPAS en base a la solvencia y generosidad de sus dos sociedades más numerosas (SEE y AES) que, sin merma de su independencia, procurarán con la transversalidad de los temas propuestos atraer no sólo a los esperables en sus congresos sino también al resto de sociedades SESPAS.”

Hubo transversalidad y maridajes SEE-AES pero una floja atracción hacia el resto de sociedades SESPAS, pese al apoyo que recibieron para organizar talleres propios en la jornada pre-congresual. Los comités científicos, entrañables y resolutivos Silvia y Cristina, dotan de contenido ‘SESPAS’ a las mañanas de los días 6 y 8 y de contenidos específicos a cada sociedad el resto del tiempo.

El Comité Ejecutivo continuó con sus encuentros en clima de aprecio mutuo y confianza. Una vez repartidas funciones todo transcurrió sin sobresaltos: Los Comités Científicos trabajaron mucho y bien; las Secretarías Técnicas, May Ortiz por Geyseco y Oriol Setó por ActoServeis, acreditaron de nuevo su profesionalidad; y la búsqueda de patrocinios se distribuyó entre las tres presidencias y otros socios: Beatriz González López-Valcárcel e Ignacio Abásolo por SESPAS, Carmen Vives y María Sala por SEE, y José M^a Abellán y Javier Mar por AES.

Agradable recepción en el Salón de Ciento con la teniente de alcalde Laia Ortiz, la Comisionada de Salud, Gemma Tarafa, y la directora de la Agencia de Salud Pública, Carme Borrell. Conviene destacar el continuado apoyo del Ayuntamiento de Barcelona a SESPAS, apoyo que se remonta a la cesión de la cabecera de la entonces *Gaseta Sanitària* a SESPAS, casi un siglo después de la fundación de la revista en 1888, y en la que posteriormente ha destacado el patrocinio sostenido de MSD. En la inauguración, formal pero sin excesos, participó también Joan Guix, Secretario de Salud Pública de la Generalitat, Gemma Tarafa, Pelegrí Viader por la Universidad Pompeu Fabra y los tres presidentes: Beatriz González, Carmen Vives y José María Abellán.

Cena conjunta en Razzmatazz y aprendizaje mutuo entre SEE y AES: refrigerio mucho más atractivo el de ‘Tapas con Gurús’ que el del ‘Speaker’s Corner’. Mesas - organizadas o espontáneas no importa - de calidad y seriedad en la confección de los programas. Cada uno de los 1.200 asistentes (SEE y AES en su línea, más el centenar escaso de SESPAS) hablará de la feria según le fuera.

Y lo que empezó en el Me, entre Murcia y Las Palmas de Gran Canaria para AES, acabó este 24 de noviembre, prácticamente tres años después, en un restaurante del Paseo Taulat (tranquilos socios que ninguno de estos gastos se carga a las sociedades), donde SESPAS, SEE y AES pusieron en común sus cuentas para ratificar el reparto de ingresos y gastos según lo acordado por escrito entre las tres sociedades. Final feliz para Calixto y Melibea.

Crónica del Comité Científico XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona

Comité Científico de las XXXVII Jornadas,
con la colaboración de David Cantarero y Vicente Ortún

Estas XXXVII Jornadas han resultado una muy grata experiencia para el Comité Científico (CC) de AES, y esperamos que así haya sido para todos los participantes que compartieron estos días en Barcelona. La colaboración entre AES, SEE y SESPAS para organizar un congreso conjunto ha resultado en un programa multidisciplinar, variado y transversal, sin renunciar a la presentación de comunicaciones puramente AES. Esto nos ha permitido disfrutar de unas Jornadas dinámicas, que esperamos hayan facilitado la difusión de los diferentes trabajos entre asociaciones, encontrando puntos de interés común que puedan llevar a colaboraciones futuras.

El CC de la XXXVII Jornadas se constituyó en marzo de 2016 en Barcelona. En colaboración con SESPAS, AES y la SEE se decidieron el lema de la reunión y las dos ponencias inaugurales y de clausura. El CC de estas Jornadas, por su parte, propuso cinco mesas de ponencias de interés para SESPAS y SEE. En consecutivas reuniones presenciales en Barcelona y Las Palmas de Gran Canaria, el CC acordó las mesas de ponencias, además de los criterios de evaluación de las comunicaciones, su agrupación en sesiones orales y de póster, los *speaker's corners*, rincón de libros, así como el resto del contenido científico de las Jornadas.

Crónica Científica

El programa científico de las Jornadas se fundamentó principalmente en los espacios dedicados a la presentación de comunicaciones, pósters y sesiones organizadas, éstas últimas a propuesta de los/as socios/as, así como en los espacios adicionales de reflexión (*speaker's corners*) y rincón de libros. Todo esto, en el marco del XVII Congreso SESPAS que, a través de sus actividades congresuales en forma de plenarias y mesas de ponencias, proporcionó un espacio para la reflexión interdisciplinar.

El tiempo AES comenzó con un Taller pre-congresual el día 5 de septiembre previo a las Jornadas. El Taller titulado "*Economic evaluation of public health interventions. Application to cancer screening*", contó con dos expertas internacionales, Iris Lansdorp-Vogelaar y Arantzazu Arrospeide, bajo la coordinación de Javier Mar.

Tras las actividades pre-congreso, las Jornadas comenzaron el día 6 de septiembre con la Conferencia Inaugural "Big Data", que corrió a cargo de Mercè Crosas, *Chief Data Science & Technology Officer* del *Institute for Quantitative Social Science*, Universidad de Harvard. La ponente puso de manifiesto las actividades en relación al *big data* que se desarrollan en su centro, incluyendo el *Dataverse Project*, que comenzó en el 2006 en el *Institute for Quantitative Social Science* en *Harvard University*, y que contribuye a reducir barreras y a ayudar a que el intercambio de datos sea una práctica común en la investigación.



En paralelo a la Conferencia Inaugural, tuvo lugar la mesa de ponencias titulada “El envejecimiento de la población en Europa: una reflexión de las intervenciones en salud y de política social”, que contó con Josep Figueras, Roberto Nuño y Mauricio Avendano como ponentes. Josep Figueras (*European Observatory on Health Systems and Policies*, OMS) nos recordó que el incremento del gasto sanitario no es atribuible al envejecimiento de la población sino al desarrollo tecnológico. Por otro lado nos mostró unas estadísticas que descubren claramente que la mayor carga de enfermedad y comorbilidad se sitúa en la población de entre 50 y 75 años y no en la más anciana, aportando una visión optimista sobre la posibilidad de que los países adopten políticas para mantener ocupados a los ancianos. Estas medidas, sin perjudicar el mercado laboral, podrían contribuir a una vejez más saludable. Roberto Nuño (*Deusto Business School*) aportó una visión práctica de las políticas sociosanitarias en esta sociedad envejecida. Señalaba que los enfoques reactivos y episódicos de atención a las necesidades sanitarias son inefectivos para una situación que perdurará en el tiempo y apostó por aplicar respuestas integradas más eficientes. Recordó finalmente la importancia de potenciar el cuidado formal para no sobrecargar innecesariamente los cuidadores informales, que son mayoritariamente mujeres de cierta edad. Finalmente Mauricio Avendano (*Kings College y Harvard School of Public Health*) presentó ejemplos paradigmáticos de cómo algunas políticas sociales y sanitarias bien intencionadas presentan efectos adversos sobre la salud mental de la población. Señaló por ejemplo cómo alargar la edad de jubilación en las mujeres británicas incrementó los índices de depresión y cómo lo mismo ocurrió cuando se alargó la escolarización en los adolescentes del mismo país. Sus estudios muestran la necesidad de evaluar cuidadosamente estas políticas sociales antes de ser generalizadas.

Antes del almuerzo, otras tres mesas de ponencias tuvieron lugar. “*Health services’ response to the migratory crisis in Europe*”, “La Evaluación de las políticas sanitarias: de la teoría a la práctica” y “Retos de la gestión sanitaria tras la crisis económica”.

En la sesión sobre la respuesta europea a la crisis migratoria, el Profesor Allan Krasnik de Copenhague, presidente de la sección de salud de los migrantes y de las minorías étnicas de EUPHA (*European Public Health Association*) señaló que no afrontamos un problema agudo y transitorio sino que vivimos una nueva situación que permanecerá en el tiempo. La salud de los migrantes importa tanto desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud pública como de la inclusión e integración social. Es necesario abordar cada uno de los elementos relacionados con la salud en cada una de las fases de la trayectoria de los migrantes. Cuando los estados europeos adaptan los servicios de salud a los cambios demográficos de la población deben considerar también la diversidad y las diferentes necesidades de los migrantes. La coordinación entre países, entre los diferentes sectores públicos y privados y la sociedad civil es crucial para la salud de los migrantes. Si centramos nuestra investigación, políticas y práctica en la salud de los migrantes conseguiremos mejores programas para la globalidad de la población. La visión práctica del problema nos la ofreció Iro Evlampidou de Médicos sin Fronteras, Bruselas. La doctora afirmó que se produjo una movilización masiva de Naciones Unidas, ONGs nacionales e internacionales durante la crisis de refugiados de 2015-2017. Durante este período las ONG y los voluntarios ayudaron a los gobiernos nacionales y a las autoridades locales a hacer frente a las crecientes necesidades humanitarias. La respuesta a las necesidades de salud de los refugiados mediante ONGs fue lenta y con una coordinación insuficiente. Esta inadecuada respuesta generó un gran sufrimiento totalmente innecesario en los migrantes que transitan o están atrapados en los diferentes países europeos. Finalmente Claudio di Maio de la *Università degli Studi Roma Tre* repasó toda la legislación de los países europeos, mostrando las peculiaridades de los diferentes países en el acceso de los migrantes a los servicios de salud.

La mesa de ponencias sobre la evaluación de las políticas sanitarias, por su parte, contó con tres ponentes de excepción: Libertad González, profesora en la Universidad Pompeu Fabra e investigadora afiliada a la GSE; Marcos

Vera, profesor en *University College London*, y David Casado, responsable de evaluación de programas en la Fundación Bancaria La Caixa. En dicha mesa de ponencias se revisó la metodología existente para poder realizar evaluaciones de impacto de calidad, así como algunas evaluaciones concretas. Libertad González se centró en el caso español y describió varios trabajos en los que se estudia el impacto de diferentes políticas públicas, tales como la introducción de ayudas públicas por nacimiento de hijos, los efectos de la baja por paternidad, los efectos de las cesáreas programadas y los efectos de la legalización del aborto, sobre la salud infantil en España. Marcos Vera centró su ponencia en compartir sus experiencias realizando evaluaciones de impacto en países en desarrollo como Colombia, India y Malawi, entre otros, enfatizando las ventajas y los inconvenientes de realizar evaluaciones financiadas por organismos supranacionales, por gobiernos regionales y aquellas promovidas de forma privada por los propios investigadores. Por último, David Casado proporcionó una interesantísima reflexión sobre la evaluación de políticas públicas en España y su escaso impacto en la toma de decisiones. Destacó la relevancia limitada en nuestro país de las agencias de evaluación y lo lejos que estamos todavía de alcanzar ese ansiado “El Dorado”, en lo que a evaluaciones de impacto de calidad se refiere.



El almuerzo del día 6 contó con dos *speaker's corners*. Josep Figueras intercambió con los asistentes como hacer llegar la evidencia científica a los responsables políticos, debatiendo con los asistentes el tema central de su actividad laboral de los últimos años. Aportó una visión realista del proceso de intentar modificar las políticas de salud para que se ajusten a la evidencia científica disponible. Señaló que tenemos que considerar un éxito si se alcanza que un 30% de las políticas se basen en la evidencia además de la importancia central del contexto para conseguir esta influencia. También admitió que las evidencias que se alinean a las políticas anunciadas o implementadas son más fácilmente admitidas que cuando la evidencia es contraria a la política que se desea aplicar o ya se está implementado.

Mauricio Avendano, por su parte, intercambió con los participantes *tips* para conseguir proyectos europeos e internacionales. Pese a su juventud, Mauricio ha participado en numerosos proyectos competitivos de primera categoría a nivel internacional. Mauricio enfatizó en primer lugar la necesidad de escribir una buena propuesta. Ello pasa por tener muy claros cuáles van a ser los criterios de evaluación de la misma, qué aspectos de la propuesta se valorarán positivamente (o negativamente) y, en la medida de lo posible, conocer la composición de los tribunales de evaluación. Así mismo, reconoció la importancia de utilizar el mismo tipo de lenguaje en la redacción de las propuestas que el empleado en la convocatoria de las ayudas. Mauricio recomendó también contactar con otros investigadores y colegas que hayan disfrutado de ayudas similares en convocatorias anteriores. En su opinión es importante no olvidar que la propuesta no debe ser demasiado técnica ni demasiado concreta sino que, por el contrario, debe ser suficientemente amplia y ambiciosa como para dar respuesta a un problema complejo adoptando, en muchos casos, un enfoque interdisciplinar. Otro aspecto que Mauricio destacó es que, en aquellas propuestas no individuales, los grupos de investigación proponentes deben estar equilibrados. Esto es, es conveniente que en la presentación de la propuesta se integren centros prestigiosos junto con centros emergentes, investigadores senior e investigadores junior, etc.



En opinión de Mauricio, los tiempos para preparar una buena propuesta son largos y comienzan incluso un año antes de la fecha en la que se convoca la ayuda. En este momento los investigadores deben ya tener claro la temática que quieren analizar y deben comenzar a realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica. Es importante que la temática y la metodología sean originales y novedosas, pero al mismo tiempo factibles de realización. Mauricio resaltó que la elaboración de un primer borrador de la propuesta puede tardar un plazo de un mes, trabajando una media de cinco horas diarias. Y este primer borrador es conveniente distribuirlo entre otros investigadores para conocer su opinión y subsanar posibles errores o malentendidos. Por último, muy importante, Mauricio insistió en que debemos hacer un esfuerzo por dejar claro en la propuesta como la misma está relacionada con los objetivos prioritarios de la agencia financiadora.

Durante el almuerzo, también tuvo lugar la presentación de posters, en una variedad de áreas, incluyendo: el análisis de la toma de decisiones médicas, políticas de salud y su evaluación, gasto y financiación del sistema sanitario y la evaluación de tecnologías sanitarias.



Durante la tarde del día 6, los asistentes pudieron presentar sus trabajos en las distintas mesas de comunicaciones en las áreas de desigualdades en salud, equidad en la utilización, economía del comportamiento en la atención sanitaria, gestión, innovación y evaluación de los servicios sanitarios.

Asimismo, tuvo lugar la sesión organizada de EvaluAES bajo el título: “Evaluación de Políticas y Servicios Sanitarios (EvaluAES): aplicaciones a la Salud Pública”. En ella se presentaron ejemplos de estudios rigurosos que demuestran que con la metodología apropiada se puede identificar el impacto sobre la población de medidas implantadas. Dolores Jiménez presentó el efecto que tuvo la retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes ilegales, que supuso

próximos años. En paralelo, tuvo lugar la presentación de posters, incluyendo varias sesiones sobre costes y prevalencia de la enfermedad y la evaluación de tecnologías sanitarias, entre otras.

Guillem, junto con numerosos socios de AES, reflexionó sobre el papel de la sanidad como banco de pruebas de nuestro sistema de protección social así como el hecho de que las varianzas y no las medias debieran guiar las políticas sociales, pues sigue precisándose un gran pacto en sanidad en nuestro Estado de Bienestar. Igualmente, se precisó que es necesario redireccionar las responsabilidades individuales y colectivas acerca de cómo debe balancearse entre distintas generaciones el pago de un “gasto de gran relevancia social como es el sanitario” pues viene condicionado por una estructura demográfica en forma de pirámide invertida (muchas más personas mayores que jóvenes) según las principales previsiones a futuro. En definitiva, diversos tópicos que en Economía de la Salud siguen siendo ampliamente utilizados fueron diseccionados para comprobar hasta qué punto descansan en bases sólidas tanto teóricas como empíricas y así configurar una nueva agenda de investigación.

Beatriz González, por su parte, se enfocó especialmente en las oportunidades y retos para los jóvenes que les interesa una carrera en economía de la salud. Beatriz manifestó que las oportunidades para jóvenes para incorporarse en la universidad española son lamentablemente escasas y probablemente esto no mejorará en los próximos años. La economía de la salud tampoco es un área de aplicación reconocida por la ANECA, una situación que desfavorece el avance en esta carrera. Para los que quieran progresar en el contexto de la universidad, Beatriz recomienda que publiquen algunos trabajos de metodología o de teoría, ya que los trabajos aplicados no se acreditan tan fácilmente. Además, Beatriz destacó las oportunidades fuera de la universidad. En particular, subrayó que actualmente, en algunos concursos de plazas para los funcionarios del estado (por ejemplo, los Técnicos Administrativos A), se presentan menos candidatos que plazas disponibles. Se valora muy positivamente los conocimientos y destrezas de economía de la salud, y la carrera de un funcionario de nivel alto permite un trabajo interesante y variado, y se puede elegir trabajar en casi cualquier rincón de España. En el sector privado, en los laboratorios farmacéuticos y las empresas de consultoría todavía se buscan jóvenes con conocimiento de economía de la salud, aunque las plazas se limitan mayoritariamente a Barcelona y Madrid, y las plazas a menudo son precarias para jóvenes de recién incorporación.



Tres sesiones organizadas formaron parte del programa científico de AES para el jueves, cubriendo varios temas como: “el análisis de las desigualdades socioeconómicas en la salud y la utilización de servicios sanitarios: información para el diseño de políticas públicas”, “How routine data can be used to improve health care?” y “Topics on Long-Term care: Evidence from the UK and Spain”. En esta última se presentaron tres trabajos relacionados con los cuidados de largo plazo, dos de ellos para el caso de España y el tercero centrado en el Reino Unido. El primero de los trabajos, “The preventive role of long-term benefits”, fue precisamente el proyecto de investigación ganador de la XXV Edición de la Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios financiada por la Asociación de Economía de la Salud y Bayer Healthcare. En dicho trabajo se analiza el efecto de políticas de cuidados a largo plazo sobre la mortalidad en España. Los resultados muestran que cuando el nivel de necesidad de los beneficiarios es bajo, recibir cuidados a largo plazo es especialmente efectivo para prevenir y/o posponer futuros empeoramientos. Por tanto, en un contexto con recursos escasos sería deseable priorizar la provisión de este tipo de cuidados a aquellos individuos cuyas necesidades de cuidados se encuentran todavía en una fase inicial.

El viernes 9 de septiembre, el programa científico de las Jornadas finalizó con una mesa de ponencias titulada “Quantitative data, qualitative data, no data: Perspectives on information for decision making in health”. En esta

sesión, Mercé Crosas destacó las técnicas de cartografía y los métodos de inteligencia artificial para el análisis de texto. Entre los programas estadísticos, se recomendó R por su comodidad de uso, funcionalidad y visualización. La transparencia, la honestidad y la reproducibilidad son las claves para convencer a los decisores de la validez de la evaluación. Los investigadores deben pre-publicar su metodología y, en ausencia de motivos de protección de datos, hacer disponibles los datos y códigos para su análisis. Joanna Coast subrayó la importancia de realizar un estudio piloto antes de lanzar cualquier estudio. Los métodos cualitativos (entre ellos, los grupos Delphi, “*think-aloud*”, etc.) son especialmente útiles en esta fase preliminar. Nos ayudan a entender el punto de vista de los pacientes, probar los cuestionarios, y anticipar los posibles errores y sesgos. Jeremy Oakley manifestó que en situaciones en las que no se disponga de otros datos, la elicitación es un conjunto de técnicas para obtener las opiniones de expertos y su grado de incertidumbre de forma sistemática. La escuela de matemáticas de la Universidad de Sheffield ha desarrollado el paquete de software SHELF para este fin.



También fue el momento de entregar los premios a mejor comunicación y mejor poster. El premio a la mejor comunicación oral de las XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, recayó en el trabajo “*Cesarean sections and newborns health outcomes*”, realizado por A.M. Costa Ramón, A. Rodríguez González, M. Serra Burriel y C. Campillo Artero. Se trata de un estudio a nivel hospitalario en España en el que se analiza el efecto sobre la salud del recién nacido de aquellas cesáreas no indicadas médicamente. El hecho de que la tasa de cesáreas no programadas es mayor al comienzo de la noche que durante el resto del día, y no está vinculado a las características de la madre ni del feto, permite a los autores utilizar las variaciones en la hora de realización de dichas cesáreas como variable exógena para analizar la existencia de una relación causal entre aquellas cesáreas no indicadas médicamente y la salud del recién nacido. En particular, se encuentra que los recién nacidos en este tipo de cesáreas muestran unas menores puntuaciones en el test de APGAR y en el PH del cordón umbilical.

Así mismo, el premio al mejor poster presentado recayó sobre el trabajo “El copago de dependencia en España para los años 2012 y 2016. Un análisis gráfico”, realizado por F. Escribano, I. Pardo, R. del Pozo, P. Moya, E. Amo y R. Martínez. Se trata de un estudio que estima y compara el copago de los usuarios según el grado de dependencia y la Comunidad Autónoma de residencia. El trabajo muestra que a partir de 2012 el copago es superior al tercio definido inicialmente en la Ley de Dependencia. Además, las ayudas para atención residencial se concedieron mayoritariamente en la Comunidad-Valenciana, Madrid, Cataluña y Andalucía, mientras que la prestación económica para cuidados informales se concentró principalmente en Cataluña y Madrid, lo cual lleva a reflexionar sobre las desigualdades territoriales en la aplicación de la Ley.

La Conferencia de Clausura “Calentamiento Global” a cargo de Humberto Llavador, Profesor del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra. Humberto nos recordó que vivimos en un planeta que se calienta y que la mayor frecuencia e intensidad de fenómenos atmosféricos extremos empobrecerán a una buena parte de la población y generarán muertes y migraciones a gran escala. Al mismo tiempo, vivimos en un mundo extremadamente desigual, y la leve mejora de la desigualdad global se debe en gran medida al despegue de China que ha crecido enormemente en las últimas décadas, parejo al espectacular aumento de sus emisiones de CO₂. Un mensaje importante del análisis presentado es la necesidad de una concepción inclusiva del bienestar que englobe no sólo el consumo o la renta, sino también el ocio, la salud, la educación, la cultura y el medioambiente. Un segundo mensaje es que hemos de dejar de hablar de crecimiento sin reconocer sus implicaciones sobre el cambio climático, así como de las medidas de lucha contra el cambio climático sin contemplar su íntima vinculación con el crecimiento económico y su distribución.



Conclusión

Queremos aprovechar para destacar la calidad de los trabajos expuestos, que confirman la gran profesionalidad de los ponentes y la gran cantidad de evidencia científica que se ha podido difundir durante el Congreso, con la práctica totalidad de comunicaciones aceptadas, así como la internacionalización de las Jornadas, garantizando al menos una opción en inglés en todas las franjas horarias. Por tanto, extendemos nuestro agradecimiento a todos los autores que con sus comunicaciones, han sido los principales constructores del programa científico; a los ponentes nacionales e internacionales que han participado y favorecido el debate; y a los evaluadores externos y a los moderadores de las sesiones, que han prestado su tiempo desinteresadamente.

Lecciones de las XXXVII Jornadas AES

Comité Científico, XXXVII Jornadas AES

En este documento, los miembros del Comité Científico hemos recopilado los aprendizajes más destacados de las XXXVII Jornadas AES, no solo por su relevancia académica, sino también por su trascendencia en la esfera política:

1. La transparencia, la honestidad y la reproducibilidad son las claves para convencer a los decisores de la validez de la evaluación. Los investigadores podrían pre-publicar su metodología y, en ausencia de motivos de protección de datos, hacer disponibles los datos y los códigos para su análisis. Además, es importante realizar un estudio piloto antes de lanzar cualquier estudio. Los métodos cualitativos son especialmente útiles en esta fase preliminar, ayudándonos a entender el punto de vista de los pacientes, probar los cuestionarios, y anticipar los posibles errores y sesgos. En el caso de falta de datos, la elicitación es un conjunto de técnicas para obtener las opiniones de expertos y su grado de incertidumbre de forma sistemática.
2. Durante las Jornadas AES pudimos observar una serie de trabajos que demuestran que con la metodología apropiada se puede identificar el impacto sobre la población de medidas implantadas. En la sesión organizada de EvaluAES se presentaron tres ejemplos de evaluación de políticas. El primero nos mostró que la retirada de la tarjeta sanitaria a inmigrantes ilegales supuso un aumento en el uso de servicios de urgencias por parte de este sector y una disminución en el resto de servicios de atención programada. El segundo trabajo estableció que adelantar el parto sin una justificación médica está asociado a un menor peso al nacer y a un mayor número de futuras hospitalizaciones. Por último, un trabajo realizado en la India

mostró que los incentivos a profesionales sobre resultados o sobre procesos pueden alcanzar resultados similares; la diferencia estriba en el nivel de formación de los profesionales médicos. Cada uno de estos trabajos empleó metodologías y fuentes de información diversa, desde datos de encuestas, datos administrativos y el diseño de un experimento primario, respectivamente, dejando constancia de que la evaluación es posible y necesaria para avanzar en el diseño de políticas sanitarias.

3. Lograr unas altas cotas de bienestar de las personas y una justa distribución del mismo es el objetivo último de la acción del sector público en las economías modernas. El bienestar individual y social depende de distintos argumentos: entre otros, de la renta, la educación, la vivienda y, cómo no, de la salud de las personas; pero no por ser el más importante para mucha gente debemos olvidar que hay vida más allá de la salud. El peso relativo del gasto público en sanidad y el de otros servicios que compiten es (o debería ser) reflejo de esta primera realidad transversal (“bienestar en todas las políticas”). Priorizar con criterios de bienestar obliga a salir de un estricto enfoque “extra-welfarista” al que muchos en AES estamos acostumbrados. Una alternativa novedosa que tenga en cuenta las preferencias de la gente y que ayude a resolver ese primer dilema de la economía pública sobre cómo distribuir el presupuesto público y cómo priorizar entre las distintas políticas públicas es el de la “renta equivalente”, que en un contexto sencillo donde consideremos sólo renta y salud, vendría a ser la renta que mantendría un individuo tras deducirle lo que estaría dispuesto a pagar por estar en un perfecto estado de salud. Pero no es la única; otras aproximaciones alternativas al bienestar, que también se debatieron en las Jornadas, fueron las del propio “welfarismo” tradicional o la aproximación de las “capacidades”.
4. Pocos objetarían que la salud es un elemento esencial del bienestar individual y, por tanto, del bienestar social. Así, mejorar la salud de la población y distribuirla de forma justa es un objetivo adicional de la acción del sector público. Ahora, la transversalidad tiene que ver con la contribución marginal neta a la salud, no sólo de los cuidados sanitarios sino también de los estilos de vida, del trabajo, del disfrute del ocio, de los cuidados sociales, del medioambiente, donde el sector público también juega un papel fundamental. Es “la salud en todas las políticas”: entre las decisiones públicas que influyen en la salud están las relacionadas con la política sanitaria pero también con otras políticas como la educativa, la de vivienda, la política fiscal, la de inmigración o la de medioambiente, que pueden ser tanto o más efectivas a la hora de generar más salud y distribuirla mejor con los recursos disponibles, tanto en el corto como sobre todo en el largo plazo. Para vencer la actual compartimentación es preciso promover políticas de salud que estén basadas en la evidencia. Y tratar de cuantificar las externalidades, que sobre la salud generan las políticas no sanitarias. La “salud en todas las políticas” tiene un paso previo que apuntala el éxito de dicha estrategia: “la educación en todas las políticas”. Además, dando mayor peso a las políticas educativas se contribuiría a esas mejoras de salud en el medio-largo plazo, que cuentan con tasas sociales de descuento más altas en el ámbito de las políticas sanitarias. Argumento reforzado desde el punto de vista de la equidad si tenemos en cuenta que la desigualdad en educación es el vector principal de la desigualdad en salud.
5. Hemos podido asistir a la presentación y al debate de casos concretos de políticas de salud, algunas planteadas con éxito en nuestro país. Citemos dos de ellos: políticas de salud desde la perspectiva de género y políticas de salud contra la obesidad infantil. Respecto a la primera, y teniendo en cuenta la evidencia (también española) de que el género es un determinante social de la salud, en nuestro país se han puesto en marcha planes estratégicos de igualdad. En las Jornadas pudimos conocer de primera mano algunos programas específicos que están desarrollándose actualmente, como son la intervención psicosocial en el cáncer de mama y la salud en mujeres privadas de libertad. En relación con la obesidad infantil, la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), cuyo objetivo principal es sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos y, especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables) es un ejemplo que ha aportado nuestro propio país de intervenciones que pueden generar salud con éxito. Pero también es un ejemplo de que es preciso completar estas estrategias con una evaluación rigurosa, para conocer qué actuaciones fueron las que generaron mayor impacto. Los intereses de la academia y de la administración deben alinearse para aprovechar las oportunidades que ofrecen para la innovación estrategias como la NAOS o los planes estratégicos de igualdad de género y culminen con resultados positivos permanentes a largo plazo. Un tercer caso más estudiado en la bibliografía es el de las políticas públicas contra los consumos nocivos. En relación con la evaluación de estas políticas públicas, en las Jornadas se nos ha recordado que el análisis coste-beneficio “puede ser” una buena herramienta para evaluar el impacto de políticas fiscales como el establecimiento o aumento de impuestos sobre el tabaco u otro tipo de regulaciones anti-tabáquicas; eso sí, siempre y cuando el análisis incluya todos los beneficios y

todos los costes. Muy en particular, deben tenerse en cuenta en el análisis los problemas de información y otros problemas generados por la adicción en el caso de consumos nocivos como el tabaco. Análisis coste-beneficio más simples que ignoren este tipo de costes generarán resultados engañosos, de manera que la evaluación de cualquier cambio regulatorio de este tipo inclinará la balanza hacia pérdidas netas de bienestar.

6. Hemos aprendido que la polarización, más que la desigualdad, es el peligro para la cohesión social, y evitar la dualidad sanitaria sería un eficaz remedio para soslayar este peligro. En este contexto, no debemos olvidar características como la etnia o la religión —agregados muy homogéneos entre ellos y muy distintos del resto—, porque como factores explicativos pueden tener más sentido que las agregaciones que damos por válidas normalmente como la clase social, el género, etc. Este debate nos recuerda que el Sistema Nacional de Salud español ha ayudado a aminorar el conflicto y a recuperar la cohesión social en España, especialmente durante la crisis económica.
7. Hemos conocido en mayor profundidad dos de los sistemas de regulación de precios de los productos farmacéuticos en el ámbito del Reino Unido. Por un lado, el “precio basado en el valor” (*Value Based Pricing*, VBP) y por otro, su evolución hacia el *Value Based Assessment* (VBA). Además, hemos conocido algunas áreas de debate con el VBA, como los precios flexibles que difieren según la indicación, acuerdos de riesgo compartido basados en el resultado y los valores sociales. Estimar los beneficios sociales de las tecnologías requiere información sobre la edad, el sexo, el código CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y la calidad de vida del individuo, con el fin de calcular el coste social neto, que compara la suma de estimaciones de la productividad (remunerada y no remunerada) con su consumo bruto. Finalmente, también pudimos conocer los puntos más débiles que tuvo el VBP desde su concepción y las lecciones que podrían derivarse de ello. Por otro lado, asistimos a un debate sobre el sistema de “precios internacionales de referencia”, en el cual se concluyó que es necesario buscar un sistema que ayude a fijar el precio de los medicamentos de una manera más justa, combinando el valor terapéutico de los medicamentos con la capacidad de pago de los países. Cuando los países utilizan los sistemas de precios internacionales de referencia con países de su entorno socioeconómico, este sistema puede estar actuando con algunas similitudes con el sistema de precios diferenciales. El uso del sistema de precios internacionales de referencia es complicado y produce una carrera hacia el precio más bajo.
8. El tratamiento del cáncer, especialmente en momentos de crisis, supone un importante tema de debate debido a sus repercusiones en salud, económicas y sociales. El foco del debate suele centrarse en los problemas derivados de la tendencia generalizada por la cual fármacos de reciente aparición con incrementos discretos de los resultados en salud consiguen precios muy por encima de los estándares de coste-efectividad habitualmente considerados. Debate que se complica con la variante reciente de considerar la (supuesta) predisposición social a destinar recursos a fármacos con baja efectividad terapéutica, modificando así los criterios de evaluación de fármacos basados en su coste-efectividad. Más esperanzador fue conocer que hay estrategias clínicas y organizativas —más sensibles a los profesionales— que pueden mejorar de manera muy significativa el control de la enfermedad. Casos como el correcto tratamiento de cáncer de recto han mostrado mejoras de hasta un 15% en la supervivencia. También se puso de manifiesto que es necesario estandarizar los protocolos de tratamiento del cáncer y la cierta dificultad de los profesionales para incorporar esta necesidad a la experiencia de la práctica individual.
9. En relación con el balance, experiencias y posibilidades de la gestión clínica conocimos la historia, el marco y las peripecias en nuestro país de la llamada “gestión clínica”, que plantea sesgos que la han lastrado y los potenciados retos que deberá afrontar aún un ambicioso proceso de potenciación de los micro-sistemas clínicos en diferentes vertientes. Entre los primeros, destacan el errado énfasis en el componente estructural de las unidades de gestión clínica, a despecho de su capacidad funcional, lo que ha propiciado disputas o debates desenfocados y triviales que pueden bloquear esta importante política para el SNS. Como retos, quedan aún enormes avances por lograr en el trabajo por procesos y aprovechamiento de la estandarización, delegación y automatización, el uso de instrumentos para coordinar y motivar a los profesionales, y en definitiva facilitar el profesionalismo y fomentar la autonomía responsable de los actores de los microsistemas clínicos. Además, pudimos escuchar experiencias prácticas de gestión clínica contadas en primera persona por entusiastas expertos en la materia, que desbrozaron sus limitaciones y potencialidades.
10. Y a nivel macro aprendimos cuáles son las fortalezas, debilidades y oportunidades de las comparaciones entre sistemas de salud. Aunque la comparación del desempeño (o *performance*) de distintos sistemas de salud puede ser una herramienta útil para revisar las políticas y replantearse procedimientos para la

asignación de recursos, es necesario tener en cuenta las necesidades de información y las limitaciones de las mismas; el proyecto ECHO (*European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations* - Oficina de Ayuda Humanitaria y Protección Civil) es una reciente experiencia en la Unión Europea (basada en métodos estandarizados y en indicadores a lo intra y entre grupos de países), que genera un conocimiento interesante y valioso para los políticos sobre un conjunto de indicadores de eficiencia y equidad. También es preciso contar con una muestra adecuada en función de la naturaleza política de los sistemas de salud.

Pero estas no son las únicas lecciones aprendidas en estas últimas Jornadas. También hemos aprendido que el progresivo envejecimiento de la población llevará a que los estados busquen fórmulas para mantener a los ancianos ocupados y productivos con el fin de beneficiar su salud y la sociedad en general; la crisis de los refugiados en Europa debe replantearse ya que el continente no afronta un problema agudo y transitorio sino que vive una nueva situación que permanecerá en el tiempo; el contexto es el factor que facilita más que las políticas sociales y de salud se basen en la evidencia científica disponible; a pesar de la severidad de la crisis y de las medidas de austeridad aplicadas que implicaban cambios en la cobertura y en las prestaciones y recortes presupuestarios, los principales indicadores de salud de nuestro Sistema Nacional de Salud no se han visto afectados de forma sustancial.

En cualquier caso, se trata de una visión sesgada, pues en diez puntos resulta difícil capturar la variedad de trabajos presentados en estas Jornadas. Por ello, invitamos a los asistentes a compartir algunos de sus aprendizajes, utilizando el formulario que aparece al final de esta contribución.

Congresos y Jornadas

Health Economists' Study Group 2018 WINTER

10-12 Enero, 2018. Meeting at City, University of London

Más información: [\[LINK\]](#)

9th Australasian Workshop on Econometrics and Health Economics

25-27 Abril, 2018. Mantra Lorne, Great Ocean Road, Victoria

Más información: [\[LINK\]](#)

7th Annual Conference on Healthcare Markets

10-11 Mayo, 2018. Kellogg School of Management Northwestern University

Más información: [\[LINK\]](#)

7th Annual Conference of the American Society of Health Economics (ASHEcon)

1-13 Junio 10-13, 2018. Emory University, Atlanta

Más información: [\[LINK\]](#)

XXXVIII edición de las Jornadas de Economía de la Salud

20-22 Junio, 2018. Las Palmas de Gran Canaria

Más información: [\[LINK\]](#)

12th European Conference on Health Economics

11-14 Julio, 2018. Maastricht, the Netherlands

Más información: [\[LINK\]](#)

2018 Health Econometrics Workshop

16-19 Julio, 2018. Bergamo, Italy

Más información: [\[LINK\]](#)

Formación

UNIT Winter School in Clinical Epidemiology

22-26 Enero, 2018. Tirol, Austria

Más información: [\[LINK\]](#)

Health Economics for Public Health Practice and Research Short Course

19-21 Marzo, 2018. Bangor University

Más información: [\[LINK\]](#)

Statistical Methods in Economic Evaluation for Health Technology Assessment

19-23 Marzo, 2018. York

Más información: [\[LINK\]](#)

Decision Analytic Modelling For Economic Evaluation

9-13 Abril, 2018. York

Más información: [\[LINK\]](#)

Convocatorias de Premios

iHEA Annual Student Paper Prize

The International Health Economics Association (iHEA) ha convocado el premio al mejor artículo científico para jóvenes investigadores. El premio cubrirá los gastos de asistencia al próximo congreso internacional 2019 iHEA, además de los gastos de publicación del artículo.

Más información: [[LINK](#)]

iHEA Arrow Award

El Premio Arrow de iHEA fue creado para reconocer la excelencia en el campo de la economía de la salud. Más información: [[LINK](#)]

AES-Secretaría
C/ Bonaire, 7 08301
Mataró (BARCELONA)

Tel. 93 755 23 82
secretaria@aes.es

Editores del boletín: Cristina Hernández-Quevedo (c.hernandez-quevedo@lse.ac.uk) y Jorge Mestre Ferrándiz (jormesfer13@gmail.com).

Editora de redacción: Cristina Hernández-Quevedo (c.hernandez-quevedo@lse.ac.uk).

Han colaborado en este número: Jose María Abellán, Carlos Campillo Artero, David Cantarero, Ana María Costa Ramón, Loreta Diksaite, David Epstein, Manuel García Goñi, Sergio García Vicente, Joan Gené Badía, Paula González, Beatriz González López-Valcárcel, Cristina Hernández-Quevedo, Félix Lobo, Guillem López-Casasnovas, Juan E. del Llano Señaris, María Merino Ventosa, Vicente Ortún, Ruth Puig Peiró, Esther Roquero Ortiz, Rosa Urbanos Garrido, Laura Vallejo.