

# Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 19 ENERO 2006 n° **55**

**ASOCIACIÓN  
DE ECONOMÍA  
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

## en este número

pág.

|  |    |
|--|----|
| EDITORIAL .....  | 1  |
| JORNADAS AES .....   | 3  |
| – XXVI Jornadas AES-Toledo,<br>23 a 26 de mayo de 2006.  |    |
| TEMAS .....  | 5  |
| – “La salud sin fronteras, la<br>sanidad sin barreras”:<br>ESPAS, 1 a 5 de Noviembre<br>de 2005  |    |
| – “Movilidad humana”: Jornada<br>Técnica AES en el Encuentro<br>ESPAS, 3 de Noviembre de<br>2005 |    |
| TESIS .....  | 9  |
| – El estado de salud de<br>pacientes con diabetes tipo<br>2 y sus implicaciones<br>económicas    |    |
| – Costes sanitarios y no<br>sanitarios: ensayos aplicados<br>al caso español                     |    |
| LIBROS .....   | 11 |
| VARIOS .....   | 12 |
| – Becas de Investigación en<br>Economía de la Salud  |    |
| – Primera Edición del Premio al<br>Mejor Artículo de Economía<br>de la Salud 2005                |    |
| CON ACUSE DE RECIBO .....  | 14 |
| – Acompañados en el ojo del<br>huracán   |    |
| NOTICIAS DE AES .....  | 16 |

## editorial

Sección coordinada por **Laura Cabiedes**  
([lcabie@uniovi.es](mailto:lcabie@uniovi.es))

## GOBIERNO SANITARIO ÉTICO

**Juan M. Cabasés**

*Universidad Pública de Navarra*



La política de salud no es ajena al debate sobre valores en las políticas públicas en el que, además, muestra un claro liderazgo. Dos experiencias recientes lo confirman: La reciente actualización de la estrategia de Salud para Todos de la Oficina Europea de la OMS aprobada en octubre de 2005 y el denominado “Marco de Madrid: Doce Dimensiones de la Fijación de Objetivos de Salud en Europa”.

### La actualización de la estrategia SALUD21 de la OMS

A los 7 años de la aprobación de la estrategia SALUD21 en 1998, la OMS ha aprobado su actualización con la finalidad de ligar los valores que la sustentan con la acción práctica, a través de lo que se denomina gobierno ético basado en valores. Los principios básicos que inspiraron e inspiran la estrategia son: 1.- El objetivo último de la política de salud es alcanzar el potencial pleno de salud para cada individuo; 2.- Reducir las diferencias en la salud entre países y dentro de cada país; 3.- Reconocer la participación ciudadana como elemento crucial para el desarrollo de la salud; 4.- Énfasis en la estrategia multisectorial dirigida a los determinantes de la salud y; 5.- Responsabilidad de cada grupo social del impacto sobre la salud de sus propias actividades.

Los 3 valores que sustentan la estrategia de salud de la OMS son: 1.- la salud como derecho humano fundamental, 2.- la equidad en la salud y la solidaridad en la acción, y 3.- la participación y la responsabilidad de los individuos.

La OMS reconoce la existencia de ciertos valores comunes en Europa que trascienden el ámbito de la salud y permean todos los sectores. En conjunto, generan un consenso social -la sensación de un propósito social colectivo y la creencia en la justicia- que crea un fundamento sólido a un gobierno socialmente responsable, e incluyen la preocupación por el bienestar social, la solidaridad, la participación universal y el convencimiento de la necesidad de la regulación pública.<sup>1</sup>

Pero la cuestión está en hacer aplicable este discurso a la política de salud en la práctica. Probablemente, la primera restricción sea la financiera, que exige que la financiación de los sistemas sanitarios les permita aplicar la estrategia. Es difícil, por otra parte, alcanzar una comprensión común de nociones éticas. Los valores están sujetos a interpretación. Esto es constatable en ámbitos interdisciplinarios como AES donde, por ejemplo, es inevitable encontrar interpretaciones diferentes de nociones como equidad y solidaridad. Además, los valores suelen resultar abstractos e impracticables, siendo difícil verificar su aplicación en la práctica.

La OMS propone utilizar simultáneamente 2 marcos diferentes para abordar las cuestiones relacionadas con la aplicación de los valores a la política : 1.- El marco legal, entendiendo que los valores forman la base del marco legal de los derechos humanos, que vienen recogidos

**A.E.S.**  
Sardenya, 229 - 6º 4ª  
Teléfono 93-231 40 66  
Fax 93-231 35 07  
08013 BARCELONA

**HORARIO**  
Lunes a Viernes:  
de 10 a 2 y de 3 a 7

Editora del boletín:  
**Laura Cabiedes** ([lcabie@uniovi.es](mailto:lcabie@uniovi.es))

Comité de Redacción:  
**Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.**

Han colaborado en este número:  
**Juan M. Cabasés, Comité Organizador del ESPAS, Beatriz González, Jaime López, Juan Oliva y Josep Fusté.**

en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuya aceptación es generalizada, que resulta especialmente apropiada para el sector salud, puesto que su consideración tiene consecuencias directas para el diseño y aplicación de las políticas de salud (pensemos, por ejemplo, en el derecho a solicitar y recibir información, o el derecho a un trato igual no discriminatorio). 2.- El marco ético, entendiéndolo que los valores juegan un papel relevante en el marco ético compartido de normas morales y estándares de conducta aceptados por todos los países y respetados generalmente.

Se trataría, en definitiva, de evaluar las políticas de salud frente a estos marcos. El sistema sanitario en su conjunto y cualquier política a cualquier nivel, podrían ser evaluados con respecto a las normas éticas aceptadas y a normas de derechos humanos legalmente establecidas. De esta forma, los valores pueden, así, ser utilizados para testar, evaluar y mejorar los resultados de un sistema sanitario.

El resultado es la acción pública basada en los valores, lo que actualmente se denomina gobernanza ética. Ésta puede manifestarse en forma de medicina basada en pruebas, primacía de la atención primaria, cooperación multisectorial, mayor atención a grupos menos favorecidos, u otras.

### El Marco de Madrid

En un contexto diferente, un grupo de expertos internacionales reunido en Madrid en la conferencia internacional sobre valores y principios en la política sanitaria europea, auspiciada por MSD en el marco de su proyecto Health Targets, elaboró en 2003 un documento conocido como *Madrid Framework*, "El Marco de Madrid: Doce Dimensiones de la Fijación de Objetivos de Salud en Europa". En noviembre de 2004, un grupo de expertos de diversas disciplinas y representantes de organizaciones ciudadanas se reunió en torno al mismo, con el objetivo de refinarlo y profundizar en este documento que describe 12 dimensiones de política de salud y gobernanza sanitaria. El *Marco de Madrid* se presenta como una forma de pensar al abordar las políticas de salud y quizás cualquier política pública. Pretende, además, reflejar un marco de valores de ámbito europeo.<sup>2</sup>

Las 12 dimensiones del *Marco de Madrid* son: 1.- Ganancia en salud; 2.- Equidad y justicia; 3.- Libertad de elección; 4.- Receptividad a la sociedad; 5.- Inversión en salud; 6.- Evidencia; 7.- Eficiencia; 8.- Gobernanza intersectorial; 9.- Participación local; 10.- Sostenibilidad; 11.- Interdependencia; y 12.- Complejidad y creatividad. No se trata de un listado cerrado, sino de una sugerencia de dimensiones que han de evolucionar con el tiempo a la luz de los resultados de su aplicación como guía de evaluación de las políticas y de los debates sobre las mismas.

La conclusión más relevante del debate es que la idea de salud nos está llevando a un lugar de encuentro común en nuestros países. "Creo que estamos comenzando a desarrollar en torno al concepto de salud un nuevo lenguaje para hablar de política. La salud puede convertirse en una nueva forma en la que los países pueden hablar sobre sus relaciones exteriores entre sí, porque todas las personas compartimos la preocupación por la salud" (M Marinker, en Cabasés et al.).

El *Marco de Madrid* es esencialmente interdisciplinario. Sin duda, cada una de las disciplinas presentes en la salud pública ha hecho concesiones notables en favor del resultado, aceptando prescindir del rigor científico en cada dimensión, los matices propios de la disciplina e incluso el modo de pensar de la misma. El objetivo es que el marco sirva para conectar el mundo académico, profesional, la ciudadanía y los políticos. Y ello sin renuncias que pudieran llevar al descrédito.

### La "gobernanza" sanitaria

Las dos experiencias aquí relatadas muestran la preocupación por la incorporación explícita de valores a la política de salud en lo que se viene denominando gobernanza ética. Esto sólo puede hacerse con acuerdos de principio en torno a los valores aceptados, que obviamente variarán en cada marco geográfico. Se hace también imprescindible utilizar un lenguaje común que posibilite la comprensión de los contenidos de los valores frente a los que evaluar las políticas, con independencia de las disciplinas que los definan.

Igualmente, desde la perspectiva de la aplicación a las políticas, hay que resolver las cuestiones de factibilidad. Sin orden en las dimensiones o los valores, ni ponderación no es posible establecer prioridades ni concluir la superioridad de unas políticas frente a otras. Habría que establecer alguna prelación de los valores. Si nos referimos a los valores básicos de los ciudadanos, se acepta generalmente que la libertad y la igualdad son valores superiores. Valores que pueden, a su vez, entrar en conflicto dado su diferente anclaje ético, individualismo y colectivismo, respectivamente.

El debate sobre la salud debería anclarse en un criterio ético aceptado comúnmente. La idea de igualdad de oportunidades para la salud, puede ser el principio ético común, que podría interpretarse como lo hace la OMS: el disfrute del nivel de salud más alto alcanzable es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Tanto la propuesta de la OMS como el *Marco de Madrid* son fruto de discusiones entre expertos. Necesitan pasar un test de legitimación de los ciudadanos en general. Precisamente, la receptividad hacia la sociedad, variable que la OMS describe exhaustivamente en dominios que afectan a los individuos: autonomía, capacidad de elección, transparencia en la comunicación con los pacientes, confidencialidad, dignidad, atención rápida, calidad de las infraestructuras y acceso a la atención familiar y comunitaria, parece reflejar adecuadamente la importancia creciente del paciente en las decisiones que le afectan en relación con su salud.

Este problema no es nuevo en el área de salud. Los esfuerzos de más de 30 años de obtener medidas de preferencias sobre estados de salud para construir los QALYs (AVACs) como numerario de salud para medir la efectividad de las tecnologías sanitarias han venido siendo complementados con la incorporación, primero, de aspectos de equidad, y más tarde, de aspectos procedimentales que preocupan a los ciudadanos cuando precisan utilizar el sistema sanitario.

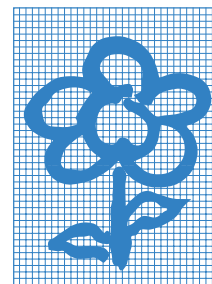
Queda mucho camino por recorrer hasta conseguir un marco generalmente aceptado de evaluación de las políticas de salud. Como se ha puesto de manifiesto por sus mentores, el *Marco de Madrid* no pretende ser un patrón oro, sino más bien, una referencia de valores en evolución. El objetivo es contar con una herramienta robusta y práctica de creciente aplicabilidad internacional de evaluación de valores en las actuaciones públicas sobre la salud.

<sup>1</sup> World Health Organisation, Regional Office for Europe (2005). The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. Regional Committee for Europe, Fifty-fifth session, Bucharest, Romania, 12 – 15 September. Document EUR/RC55/8.

<sup>2</sup> Cabasés JM, E Castellón y P Fernández Cano, eds. (2005). El Marco de Madrid: Una propuesta de valores en las actuaciones públicas sobre la salud. Merck, Sharp & Dohme de España y Fundación Abril Martorell. Exlibris ediciones S.L.

## XXVI JORNADAS AES. TOLEDO, 23 AL 26 DE MAYO DE 2006

### Producción de servicios sanitarios: ¿más es mejor?



#### PRESENTACIÓN

El año 2005 ha visto resurgir el eterno debate de la financiación y el gasto sanitarios, que ha culminado con unos acuerdos entre Administración Central y Gobiernos Autonómicos derivados de la II Conferencia de Presidentes. Una de las demandas más frecuentes a lo largo de todo el proceso de discusión por parte de muchos de los agentes protagonistas, incluso a pesar de las diferencias ideológicas existentes entre ellos, ha sido la reclamación de un mayor volumen de gasto sanitario público (y, lógicamente, de la financiación correspondiente). La comparación con nuestros socios europeos se ha utilizado también recurrentemente para señalar nuestra desventaja comparativa y argumentar la necesidad de invertir más recursos públicos en el Sistema Nacional de Salud. Esta reclamación se sustenta, al menos parcialmente, en la creencia de que un aumento de recursos (en buena parte canalizada a ampliar la oferta de servicios) se ha de traducir en un aumento en el nivel de salud de la población. El lema de las XXVI Jornadas de Economía de la Salud "**Producción de servicios sanitarios: ¿más es mejor?**" entronca directamente con esta cuestión: ¿hasta qué punto los recursos invertidos en aumentar la producción de servicios sanitarios permiten lograr mejores resultados en la salud?. ¿Hasta qué punto se emplean los conceptos de efectividad y eficiencia como criterios clave en los procesos de toma de decisiones?. Parece inevitable plantearse éstas y otras cuestiones en un momento en el que vuelve a dispararse la preocupación por la sostenibilidad de nuestro modelo sanitario.

En este contexto parece adecuado reflexionar, por ejemplo, sobre cómo deben diseñarse los incentivos a los profesionales sanitarios para que sean capaces de orientar los recursos de que disponen a crear más y mejor salud. O sobre cuáles son los cambios organizativos que propician una producción más racional. Las nuevas tecnologías también pueden contribuir, además de a aumentar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, a que se produzcan cambios organizativos orientados a optimizar los inputs. Por otra parte, la evaluación económica de tecnologías sanitarias se plantea como una herramienta imprescindible para mejorar la toma de decisiones y controlar la tasa de crecimiento del gasto sanitario. A

todas estas cuestiones se dedicará un espacio específico en las Jornadas, que también contará con otras mesas de ponencias relacionadas con el lema central, tales como la atención primaria de salud y su papel en la racionalización del sistema, la influencia de la inmigración en el panorama sanitario, los posibles efectos de la futura Ley del Medicamento o las utilidades y limitaciones del case-mix como herramienta metodológica.

Pese a que en esta edición se ha optado por destacar unas cuantas líneas de discusión para organizar las mesas de ponencias descritas, como cada año las Jornadas de Economía de la Salud están abiertas a la presentación de todo tipo de trabajos relacionados con la disciplina.

#### COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:** Álvaro Hidalgo

**Vocales:** Olga Solas, Rafael Díaz Regañón, Agustín García Rico, Raquel López Reneo y Miguel Ángel García Sánchez.

#### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente:** Rosa Urbanos.

**Vocales:** Vicente Ortún, Jaime Pinilla, Alexandrina Stoyanova, Juan Oliva, Manuel García Goñi, Álvaro Hidalgo

#### SECRETARÍA TÉCNICA

VIAJES EL CORTE INGLES

Dpto. de Congresos

C/ Princesa, 47 - 4ª planta

28008 - Madrid

Tfno: 91 204 26 00 - Fax: 91 559 74 11

E-mail: dccimad6@viajeseci.es

#### SEDE DE LAS JORNADAS

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad de Castilla-La Mancha

Cobertizo de San Pedro Mártir, s/n

45071 Toledo

925 26 57 41

Fax: 925 26 88 01

## ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

El día 24 de mayo por la noche se organizarán dos actividades alternativas para aprovechar el marco de la ciudad de Toledo, sede de esta edición de las jornadas. La primera de ellas será una visita guiada nocturna por las calles de Toledo, en la que se podrán descubrir rincones e historias que han permanecido a través del tiempo en la ciudad imperial. La otra actividad será un concierto de música sefardí en la Iglesia de San Pedro Mártir, sede del propio congreso. El día 25 de mayo tendrá lugar la cena de gala de las jornadas.

## PÁGINA WEB

[www.aes.es](http://www.aes.es)

## FECHAS IMPORTANTES

**28 de febrero de 2006:** Fecha límite de envío de resúmenes de comunicaciones

**21 de abril de 2006:** Fecha límite de inscripción con descuento

**8 de mayo de 2006:** Fecha límite para el envío del texto completo de las ponencias y comunicaciones aceptadas

**16 de mayo de 2006:** Fecha límite de inscripción

## TALLER FUNDACIÓN BBVA

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, el 23 de mayo tendrá lugar el taller **“Diseño de experimentos de elección discreta en salud”**. El objetivo del presente taller es ofrecer a los participantes una visión general de los modelos teóricos y técnicas econométricas más utilizadas en este tipo de experimentos. La implementación de experimentos de Elección Discreta se ha convertido en una técnica habitual en la estimación de las utilidades asignadas por los consumidores a los distintos atributos que conforman un producto. Las etapas requeridas en el desarrollo de este instrumento incluyen el diseño, la puesta en marcha del experimento, la especificación y estimación del modelo econométrico y la evaluación de los resultados finales. Han confirmado su presencia como ponentes: Mandy Ryan (HERU, Universidad de Aberdeen), Carmelo León (ULPGC) y Jorge Araña (ULPGC).

## TALLERES ADICIONALES

La Red IRySS celebrará un taller, coordinado por Enrique Bernal, con el objetivo de debatir en un foro constituido por profesionales sanitarios, gestores e investigadores en “Servicios de Salud”, algunas de las experiencias y resultados de investigación obtenidos por la **red de investigación IRySS** durante sus tres años de funcionamiento. El taller se organizará en 4 áreas de debate, agrupadas en mesas de 45 minutos más 15 de debate

abierto, en las que participará un ponente (investigador de la red) y dos replicantes (clientes –clínicos, gestores) de la investigación realizada. Las áreas de debate seleccionadas son: *Variabilidad de la Práctica Clínica; Necesidad, Equidad y Priorización; Adecuación de la utilización de procedimientos quirúrgicos y Resultados de salud: la perspectiva de la calidad de vida.*

## PONENTES

Entre otros, está prevista la participación como ponentes de: Vicente Ortún, Pedro Serrano, Anna García-Altés, Berta Rivera, Francesc Cots, Enrique Bernal, Xavier Castells, Txema Quintana y Jordi Alonso.

## BECAS-PREMIOS

### **Bolsas de viaje para asistencia a las Jornadas de Toledo 2006**

La Asociación convoca 5 bolsas de 600 €, que se transferirán directamente a la organización de las Jornadas para cubrir costes de inscripción y alojamiento, para aquellos socios menores de 36 años que presenten una comunicación a las XXVI Jornadas AES.

Asimismo, AES convocará bolsas de 1.000 € para personas de procedencia latinoamericana que presenten una comunicación a las XXVI Jornadas.

### **XV Convocatoria Becas AES de Investigación en Economía de la Salud**

Financiadas por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A., durante las Jornadas de Economía de la Salud se hará público el fallo de las Becas de AES de Economía de la Salud para proyectos de investigación, dotadas con 12.000 euros.

### **Premios a Comunicaciones científicas**

Financiado por AES, se otorgarán 3 premios (mejor comunicación oral, mejor comunicación gráfica y mejor comunicación de tema local) a las mejores comunicaciones a juicio del Jurado establecido al efecto.

### **Premio al mejor artículo de Economía de la Salud 2005**

AES convoca el premio al mejor artículo de Economía de la Salud 2005, cuyo objetivo es reconocer la excelencia en la investigación en la Economía de la Salud. Podrán concurrir a la concesión de este premio autores españoles o residentes en países de habla hispana de artículos publicados durante 2005 en revistas con proceso de revisión por pares (peer review), cuya temática sea de Economía de la Salud. El premio estará dotado con la cantidad de 3.000 Euros.

El plazo para presentar artículos candidatos al premio (publicados en 2005) finaliza el 31 de marzo de 2006. Las bases y el formulario de solicitud están disponibles en [www.aes.es](http://www.aes.es)

# LA SALUD SIN FRONTERAS, LA SANIDAD SIN BARRERAS: ESPAS, 1 a 5 de Noviembre de 2005



Del día 1 al día 5 de noviembre de 2005 se celebró en el **Auditorio Alfredo Kraus de Las Palmas de Gran Canaria** el Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria ESPAS CANARIAS 2005, **organizado** por la Sociedad Canaria de Salud Pública, con la **colaboración** de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias y del Servicio Canario de la Salud, bajo un lema, fuertemente integrador: «**La salud sin fronteras, la sanidad sin barreras**».

Acudieron 720 personas, convocadas por las siguientes organizaciones: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), Sociedad Española de Epidemiología (SEE), Sociedad Canaria de Salud Pública (SCSP), International Association of Health Policy (IAHP), Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), Asociación Madrileña de Administración Sanitaria (AMAS), **Asociación de Economía de la Salud (AES)**, Red de Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS), Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS), Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AyUETS), Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST), Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball (SCSMT), Red Española de Atención Primaria (REAP), Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears (SSPCB), HIPATIA, Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA) y Cátedra UNITWIN-UNESCO de Sistemas Locales de Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Otras **Instituciones** participantes: Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, el Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud, la Subdirección de Planificación Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, la Dirección General de Recursos Humanos y la Dirección General de Drogodependencias del Ministerio de Sanidad y Consumo, la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y el Instituto de Investigación de Enfermedades

Raras (IIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS), la Fundación Gaspar Casal, el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES), el Instituto Municipal d'Investigació Mèdica de Barcelona (IMIM).

Se han presentado 663 comunicaciones, distribuidas de la siguiente forma:

- **XXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología.** Lema: «Epidemiología en acción: de la investigación a las políticas sociales». Se presentaron 505 comunicaciones de las que 455 fueron admitidas por 50 evaluadores, y se distribuyeron en 25 áreas temáticas (167 comunicaciones orales en 18 sesiones, y 286 posters) y dos mesas espontáneas, con 3 comunicaciones cada una.
- **XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.** Lema: «La sanidad sin barreras». 81 comunicaciones orales, en 8 mesas y 25 posters
- **1ª Jornada Científica de la Red IRYSS** que acudía al ESPAS con el lema: «La investigación en resultados y servicios de salud en España», se presentaron 72 comunicaciones de las que 16 fueron orales distribuidas en 4 mesas temáticas y 56 en cartel distribuidas en otras 4 mesas temáticas.
- **Jornada Técnica de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria** que acudía al ESPAS con el lema: «Los desafíos de la equidad y la excelencia: Integrando personas y recursos», se presentaron 18 comunicaciones todas ellas en formato oral distribuidas en 2 sesiones.
- **Jornada de Salud Laboral 2005**, organizada conjuntamente por la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo y la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, que acudía al ESPAS con el

lema: «Salud Pública y Salud Laboral, un reencuentro necesario», se presentaron 12 comunicaciones, todas ellas presentadas en formato oral distribuidas en 2 sesiones.

Mención aparte merecen dos eventos por lo que tienen de integrador de todos los salubristas de España:

- Presentación del **Informe SESPAS 2006**: «Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado».
- Debate de **Gaceta Sanitaria**: «To open access or not to open access?: Posiciones y perspectivas del acceso libre a las publicaciones científicas».

En el ESPAS CANARIAS 2005 se han presentado **80 ponencias** entre las que cabe destacar la presentada por el Prof. Ronald Labonte de la Universidad de Saskatchewan de Canadá con el tema: «La salud sin fronteras: salud y reformas sanitarias en África», la presentada por el Prof. Joan Subirats Humet de la Universidad Autónoma de Barcelona, con el tema: «El impacto público de los resultados en salud pública: alianzas y complicidades», la presentada por el Prof. Sir Michael Rawlins, presidente del National Institute for Clinical Excellence (NICE) con el tema: «Can the NICE model be applied on a European basis?», y las presentadas por los profesores Peter Fisher, presidente de la National Health Service Consultant's Association Británico y Hans Ulrich Deppe de la Universidad Alemana de Frankfurt, con el tema: «La salud sin fronteras: el derecho a la salud de los ciudadanos europeos».

Se han entregado 23 **becas** (15 de SEE, 5 de Red IRYSS Y 3 de Salud Laboral) y 7 **premios** (4 de SEE, 2 de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias y el Premio SESPAS «Patxi Catalá» de la Escuela Andaluza de Salud Pública).

Un total de 29 personas, miembros de los **Comités Científicos** de las Sociedades que traían sus Jornadas, Reuniones o Congresos, (6 de la SEE, 5 de SESPAS, 9 de la Red IRYSS, 4 de AMAS y 5 de la Jornada de Salud Laboral), dieron forma y organizaron los contenidos del apretado y ambicioso programa científico.

El Comité Organizador en colaboración con los Comités Científicos y la Secretaria Técnica han desarrollado una **página web** del ESPAS CANARIAS 2005 ([www.espas.info](http://www.espas.info)), provista de una novedosa **aplicación informática** de gestión de las comunicaciones científicas, a través de la cual se han mantenido en permanente contacto y coordinación a: autores, comités científicos, evaluadores externos, organizadores, comités editoriales (Gaceta Sanitaria) e impresores (DOYMA). Esta aplicación informática se pone a disposición de SESPAS

y de todas aquellas Sociedades participantes en ESPAS que lo soliciten.

El ESPAS se inició con la **Conferencia Inaugural Ernest Lluch** que con el título: «Globalización, pobreza y salud», impartió el Prof. Dr. Paulo Marchiori Buss, presidente de la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil y miembro del Consejo Ejecutivo de la OMS, y finalizó con la **Conferencia de Clausura** que con el título: «Epidemiology and Health Policy» impartió el Prof. Dr. Moisés Szklo de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health de EEUU y la **Declaración de Canarias: «La salud sin fronteras, la sanidad sin barreras»**, que tuvo por relator a Oscar García Aboín, vicepresidente del Comité Organizador del ESPAS.

El ESPAS CANARIAS 2005 contó para el solemne **Acto de Inauguración** con la Vicepresidenta del Gobierno de Canarias y Consejera de Sanidad, M<sup>a</sup> del Mar Julios Reyes, la Alcaldesa de la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, Josefa Luzardo Romano y la Ministra de Sanidad, Elena Salgado Méndez, que intervino a través de un extenso mensaje grabado en formato digital y proyectado sobre una gran pantalla, además de la presidenta del Comité Organizador, M<sup>a</sup> Dolores Fiuza Pérez y el presidente de SESPAS José Ramón Repullo Labrador. En este importante acto, la Salud Pública Española rindió homenaje póstumo a dos de los mas grandes científicos de esta disciplina del saber que ha dado el siglo XX, Alan Harold Williams y Sir Richard Doll.

Al solemne **Acto de Clausura** asistieron: José Martínez Olmos, Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Directora General de Programas Asistenciales del Gobierno de Canarias, Hilda Sánchez Janáriz, el presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, Ildefonso Hernández Aguado, además de los ya mencionados presidentes de SESPAS y del Comité Organizador del ESPAS.

Se ha editado un **DVD** con las ponencias mas relevantes, y las apariciones en televisión relacionadas con el Encuentro. También se han grabado en **video** la Mesa de África y las conferencias de Paulo Buss y de Ronald Labonte.

Se ha publicado un número extraordinario de **GACETA SANITARIA** (volumen 19 - noviembre 2005), con más de 250 páginas, con las comunicaciones y la **DECLARACIÓN DE CANARIAS: «Salud sin fronteras, sanidad sin barreras»**, como expresión del compromiso social de todos los profesionales de la salud pública y la administración sanitaria de España.

El comité organizador

[www.sociedadcanariadesaludpublica.com](http://www.sociedadcanariadesaludpublica.com)

# “MOVILIDAD HUMANA”: JORNADA TÉCNICA AES EN EL ENCUENTRO ESPAS, 3 de Noviembre de 2005

Coordina: **Beatriz González López-Valcárcel**

Dentro del Encuentro ESPAS celebrado en Gran Canaria del 1 al 5 de noviembre de 2005, AES organizó una Jornada Técnica sobre el análisis económico de los fenómenos de movilidad humana en un entorno de economía globalizada.

El interés y actualidad del tema son evidentes. La Jornada propició el análisis y debate de dos fenómenos relacionados con la dinámica demográfica y sus consecuencias sobre la salud y la atención sanitaria. Estos dos fenómenos son los movimientos de pacientes y los movimientos de profesionales. La importancia numérica del primero está aumentando exponencialmente, debido a la “inmigración económica” y al desplazamiento internacional y nacional de ciudadanos europeos y españoles para ser atendidos fuera de su área de residencia.

La Jornada se estructuró en dos Mesas, la primera sobre **“Migraciones, profesionales sanitarios y salud”**, y la segunda acerca de **“Desplazamientos de pacientes: problemas para la salud y para las finanzas”**

## **Inmigrantes “económicos”. Salud, dinero y choques culturales**

La primera ponencia, de corte antropológico, se ha centrado en las barreras culturales que limitan la efectividad del encuentro entre pacientes y profesionales, en un contexto de movilidad de ambos grupos. Además de las barreras lingüísticas, hay enormes diferencias culturales en la visión de la salud y del papel del sistema de salud que condicionan la efectividad de los tratamientos y la confianza entre las partes que debe dominar las relaciones entre médicos y pacientes. Cómo articular eficientemente un sistema de atención sanitaria multicultural es un problema relativamente nuevo para España que ineludiblemente

hay que abordar. El ponente, **William Christian**, es un antropólogo de prestigio mundial que aportará su propia visión, ajena a la Economía, del fenómeno de la inmigración de los pacientes, de la movilidad de los profesionales y de sus consecuencias.

Los datos del padrón de población de España de enero de 2005 rebasan todas las predicciones demográficas. España tiene ya más del 8% de población extranjera, en su mayoría son trabajadores o buscan trabajo. El porcentaje era del 6,5% hace apenas un par de años. Estos inmigrantes “económicos” que llegan atraídos por la ilusión del Bienestar europeo tienen un perfil demográfico y de salud diferenciado del de la población española, y su utilización de servicios sanitarios es asimismo distinta. Aunque hay algunos estudios descriptivos de esta población desde la perspectiva epidemiológica y de salud pública, poco se conoce sobre su utilización de recursos y apenas nada sobre la eficiencia y la equidad de las prestaciones a esta población, comparada con la población española. ¿Cuál es el tamaño de la población de inmigrantes “económicos” en España, su perfil demográfico y de salud, las perspectivas de evolución en el futuro? ¿Qué derechos tienen a la asistencia sanitaria, y cómo se materializan? ¿Qué diferencias hay entre CCAA en la organización y la prestación de esta asistencia? ¿Qué coste adicional representa para los Servicios Regionales de Salud? ¿Cuál es el criterio de equidad prevalente en la sociedad española en relación a los derechos asistenciales de estos inmigrantes? ¿Qué propuestas de mejora se pueden proponer para favorecer la eficiencia y la equidad de las prestaciones a esta población? La ponencia de **Berta Rivera** abordó algunas de estas cuestiones.

La movilidad internacional de los profesionales sanitarios no es un fenómeno nuevo, pero su relevancia va en aumento. Con la ampliación de la UE a 25

países se ha ampliado también tamaño del mercado internacional de profesionales. La movilidad internacional de profesionales es un problema pero también una solución. La ponencia de **Beatriz González López-Valcárcel** sitúa el problema en su dimensión actual; ¿Cuál es el alcance de los movimientos migratorios de profesionales dentro de Europa y desde el exterior hacia Europa? ¿Cuál es el pronóstico de su evolución futura? ¿Es más un problema o una solución? ¿Responde a una política de externalizar la formación, por parte de los países atractores, o bien a la falta de planificación? ¿Qué ventajas e inconvenientes tiene para la eficiencia de los mercados de profesionales? La segunda parte de la ponencia se ha referido a España. Los mercados de médicos y de enfermeros presentan en nuestro país desequilibrios tangibles que generan tensiones difíciles de resolver. La falta de planificación es una de las causas, aunque no la única, de este problema. La ponencia revisó la evidencia disponible sobre demografía médica y de enfermería en España, y analizó las consecuencias de los desequilibrios sobre los movimientos migratorios entre CCAA y hacia España, desde otros países (fundamentalmente, de Latinoamérica). La ponencia pronostica -con argumentos fácticos- el agravamiento progresivo del déficit de médicos en España para los próximos años.

### **El marco regulador**

¿A quién compete la responsabilidad del aseguramiento público en un sistema sanitario como el español altamente descentralizado? El SNS se ha fragmentado en 17 Servicios Regionales, pero el derecho de aseguramiento sanitario es de ámbito estatal ¿Cuál es el alcance de la dimensión europea en el derecho de atención sanitaria transfronteriza? Estas y otras cuestiones sobre el marco regulador se abordaron en la primera ponencia de esta sesión, a cargo de **Francisco Villar**, catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de La Laguna.

### **Asistencia sanitaria a ciudadanos europeos, desplazamientos de pacientes y fondos de cohesión**

Otro tipo de movilidad de pacientes es la de los ciudadanos europeos que se desplazan a España y

desde España, por períodos cortos o bien porque han fijado una segunda residencia estacional. A nadie se le escapa que el sistema actual de reembolsos por la asistencia sanitaria a estos pacientes es muy deficiente. Hay problemas de gestión de los pagos bilaterales entre países, y hay problemas relacionados con el alcance de la cobertura (fenómeno del “free rider” internacional, el ciudadano que hace turismo sanitario para recibir prestaciones cubiertas en España pero no en su país de origen). En la Jornada se ha debatido hasta qué punto este fenómeno de la movilidad intraeuropea es un problema económico, y qué soluciones se pueden proponer para mejorar la macrogestión de la movilidad ciudadana en Europa. Temas relacionados son el proyecto de tarjeta sanitaria europea, los sistemas de información de base electrónica, y los cambios en el actual “fondo de cohesión”, en el que se incluyen pagos a las CCAA por prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros. Por otra parte, el fondo de cohesión, regulado por la LOFCA también se refiere a los flujos de fondos por asistencia sanitaria a pacientes desplazados entre CCAA españolas, aunque su filosofía es más amplia, pues pretende garantizar la igualdad básica de ciertos mínimos para todos los ciudadanos españoles independientemente de su región de residencia. La movilidad de pacientes dentro de España es el núcleo central de varios temas relacionados: la equidad territorial y su concreción práctica; el alcance de la póliza de aseguramiento público en España; los centros de referencia nacional y programas de ámbito estatal (trasplantes); ganadores y perdedores con la actual regulación del fondo de cohesión para pacientes desplazados entre CCAA. **Conrado Domínguez Trujillo**, del Servicio Canario de Salud, analiza estos temas en la segunda ponencia de esta mesa.

¿Cuál es el alcance de la movilidad humana de pacientes para ser atendidos fuera de su área de salud o fuera de su Comunidad Autónoma? Es ésta una cuestión empírica con repercusión en la eficiencia y en la equidad del sistema, a la que **Salvador Peiró** y los demás investigadores de la red IRYSS están contribuyendo de forma significativa. Salvador Peiró aportó evidencia al tema y luces al debate con datos recientes de desplazamientos de pacientes, para diferentes procesos hospitalarios, en la Comunidad Valenciana.



# EL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y SUS IMPLICACIONES ECONÓMICAS: EL CASO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA, MÉXICO

Jaime López Delgadillo

Tesis Doctoral defendida el 20 de junio de 2005 en el Departamento de Análisis Económico de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, dirigida por el Dr. José María Labeaga Azcona y que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail: ldj3342@ucea.udg.mx



## Introducción

México ha experimentado un cambio manifiesto en su patrón epidemiológico, por lo que hoy las principales causas de muerte están ocasionadas por enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, por lesiones, o problemas de carácter metabólico, cuando en el pasado prevalecían las enfermedades infecciosas, las gastrointestinales, o las referentes a neumonía. Estas nuevas causas de mortalidad se presentan

bajo determinadas características, presencia en personas adultas, enfermedades más prolongadas, y la presencia de mayores complicaciones, como es el caso de la diabetes.

La atención sanitaria en México se puede estratificar en dos grandes grupos sociales: el primero con población que tiene derecho a los servicios de salud, el segundo lo constituyen las personas que asisten a instituciones públicas o privadas, sin que el Estado mexicano tenga la obligación de otorgarles los servicios de salud.

Para el año 2000, las estadísticas del Instituto nacional de Estadística geográfica e Informática (INEGI) reportaban una población asegurada de 58,6 millones, y la población abierta (población que recibe asistencia médica sin obligatoriedad por parte del Estado mexicano y por tanto debe buscar alguna institución pública que tenga disponibilidad de los servicios) estaba constituida de 42,8 millones de personas, de las cuales aproximadamente 2 millones se atendían mediante servicios privados.

A partir de la década de los sesenta, la presencia de la diabetes mellitus llamó la atención de las autoridades responsables de la salud pública. Hoy se considera un problema de salud pública, dada la incidencia y prevalencia existente en nuestro país. La diabetes representa un problema de salud de diferentes aristas, por la incapacidad actual de curación, por las complicaciones que conlleva y por las repercusiones emocionales, sociales y productivas que implica.

La Diabetes Mellitus afecta en diferentes proporciones a los habitantes de los diferentes países del mundo. Los estudios estimaban en más de 158 millones la población mundial afectada por esta enfermedad en el año 2000 (4,2 tasa de prevalencia en personas mayores de 20 años). En México, en este mismo año, se estimaba en casi 5,8 millones de personas con 10,5 de tasa de prevalencia.

## Análisis económico del estado de salud de pacientes con diabetes tipo 2

El análisis económico del tratamiento se realizó mediante un modelo econométrico lineal y otro probabilístico Probit. Las

principales variables incluidas en ambos modelos fueron las siguientes:

Variable Dependiente: Índice del estado de salud de los pacientes

Variables Independientes: Costo, Costo (al cuadrado), Nivel de dieta, Nivel de ejercicio, Nivel uso medicación, Medicación alterna, Participación en grupos de apoyo, Género, Edad, Educación básica, Estado Civil, Actividad productiva, Años con tratamiento,

Tanto el modelo lineal como el Probit, aceptados estadísticamente, presentan fuertes evidencias para considerar los factores incluidos como determinantes del estado de salud de los pacientes, en el tratamiento de la Diabetes Mellitus 2.

De las variables explicativas expuestas en el modelo lineal, las variables que el modelo econométrico aceptó, con un 95% o más de confiabilidad, fueron: Costo, Ejercicio, Años de tratamiento y Actividad productiva; las aceptadas entre 90% y 94% de confiabilidad fueron: Costo<sup>2</sup>, Alcohol, Edad y Educación básica.

Con base en el modelo lineal, la predicción de un paciente promedio de la Zona Metropolitana de Guadalajara (Z.M.G) es que gastando más de 22 dólares estadounidenses, con 51 años de vida, 4,5 años de tratamiento y con el resto de las variables en contra del estado de salud, presentará una diabetes con severas complicaciones que lo llevarán a hospitalización hasta tres veces al año.

De las variables explicativas expuestas en el modelo Probit fueron aceptadas las mismas variables del modelo lineal con excepción de Alcohol la cual fue sustituida por Medicación.

La predicción de un paciente de diabetes tipo 2 promedio de la Z.M.G, con base en el modelo Probit, es de un 62,8% de probabilidad de que no presente complicaciones severas. Esta predicción se reduce a un 29,6% si el costo se eleva por arriba de los 44 dólares estadounidenses y si las demás variables funcionan en contra de la salud. A su vez, la probabilidad se aumenta hasta un 87,5% si el costo se reduce a 14 dólares estadounidenses por paciente y el resto de las variables funciona a favor de la salud.

Como conclusión general se tiene que la salud de un paciente de diabetes tipo 2 de la Z.M.G depende de la atención médica, representada por el costo, pero también de los estilos de vida y de las condiciones personales de cada paciente. Por tanto, las políticas particulares de las unidades de atención como del propio sistema de salud deben encaminar sus esfuerzos a contrarrestar los factores negativos presentes en los pacientes y estimular actitudes a favor del control de esta enfermedad, a fin de reducir los riesgos de complicaciones en los pacientes.

# COSTES SANITARIOS Y NO SANITARIOS: ENSAYOS APLICADOS AL CASO ESPAÑOL

Juan Oliva Moreno

*Tesis Doctoral defendida el 23 de septiembre de 2005 en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico I de la Universidad Complutense de Madrid, dirigida por el Dr. Félix Lobo Aleu y que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail: juan.oliva@uc3m.es*



Una asignación de recursos no puede ser óptima desde la perspectiva social si no tiene en cuenta todos los costes y efectos relacionados con la misma. La idea fundamental sobre la que versa la tesis es reflejar el impacto económico que tienen las enfermedades sobre sociedades e individuos, más allá del gasto sanitario. Existen elementos que pueden ser difíciles de identificar, medir y valorar, si bien contemplar los efectos de las enfermedades sin tenerlos en cuenta supone una grave infravaloración de sus efectos.

La tesis se estructura en cuatro capítulos. El primer capítulo está dedicado a estudiar el **coste directo sanitario de una enfermedad** con un impacto enorme pero cuyos efectos son bastante desconocidos por la población general: la **Diabetes Mellitus (DM)**. Dada la complejidad de la enfermedad y de las complicaciones relacionadas con ésta, no se estima el gasto sanitario de la Diabetes Mellitus sino el gasto sanitario de los pacientes que padecen Diabetes. Para ello, se trabajó con dos grandes bases de datos: los datos de facturación de recetas del SNS y, de manera restringida, con el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios. Finalmente, en otras partidas, fue necesaria una revisión exhaustiva de la literatura española sobre el tema para encontrar en fuentes secundarias la información necesaria para la realización del estudio de costes.

La principal conclusión de este capítulo es que el tratamiento y la prevención de la diabetes y sus complicaciones suponen una fuerte inversión de recursos sanitarios por parte del Sistema Nacional de Salud. La distribución alcanzada de las partidas de gasto coincide con la de estudios internacionales recientes, indicando que, por una parte, desde el punto de vista metodológico, se identifican y recogen cada vez en mayor medida la utilización de recursos empleados en prevención y tratamiento de enfermedades crónicas relacionadas con la DM y, en segundo lugar, desde el punto de vista clínico, la evolución de la asistencia sanitaria a pacientes diabéticos, donde se está realizando importantes esfuerzos en la atención integral al paciente, lo cual repercute en el campo de la prevención de las complicaciones crónicas vasculares.

El segundo capítulo se centra en el cálculo de aquellos **costes que no son propiamente sanitarios** de una de las enfermedades que más muertes causan en España: las **enfermedades isquémicas del corazón**. Basándonos en un modelo teórico de capital humano adaptado a la salud, se construye un modelo de simulación para el cálculo de la pérdida de productividad laboral ocasionada por la mortalidad prematura y la morbilidad causada por este grupo de enfermedades cardiovasculares (también se estima los costes aplicando la metodología de los costes de fricción). Adicionalmente, se realiza una estimación de los costes de los cuidados informales relacionados con estas enfermedades.

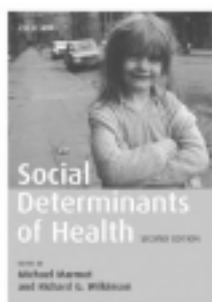
Para la realización de este estudio se recurrió a varias fuentes estadísticas: en primer lugar, estadísticas generales, tales como el Registro de Defunciones y Causas de Muerte y la Encuesta de Deficiencias, Discapacidades y Estado de Salud. Sin embargo, una parte importante del trabajo se sustenta en dos bases de datos de difícil acceso para los investigadores: datos primarios de la Dirección General de Aseguramiento y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y del Servicio Canario de Salud.

Los resultados reflejan la importancia de los costes no sanitarios de este grupo de enfermedades, superando ampliamente al gasto sanitario.

En el tercer capítulo se analiza la **participación laboral** de un grupo de personas con una enfermedad crónica y sin cura actual, el VIH/SIDA. Debido a la falta de datos y estudios realizados sobre este tema, fue necesario realizar un trabajo de campo. Ello supuso plantear un estudio de carácter observacional y multicéntrico con el fin de recoger información necesaria para el análisis. Se consiguió la participación de más de 240 personas portadoras del VIH. El perfil de los pacientes de la muestra utilizada en nuestro trabajo es muy similar, con matizaciones, al perfil de los pacientes de nuevo diagnóstico que recoge la Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/SIDA.

El objetivo principal del trabajo consiste en identificar aquellas variables relevantes a la hora de explicar la participación laboral de personas portadoras del VIH. Para ello se especifica un modelo probit de participación laboral y un modelo complementario donde se estudia las transiciones laborales de los participantes. Un resultado interesante es que el cuadro clínico de partida en el momento del diagnóstico (índices de carga viral, niveles de defensa) no determina la evolución laboral y clínica de la persona. En cambio, el nivel de estudios, el nivel actual de defensas, el estadio de la enfermedad y la calidad de vida autopercibida por la persona son variables explicativas claramente significativas.

Tras realizar tres ensayos sobre el coste de la enfermedad, aplicando diferentes abordajes y metodologías, en el capítulo cuatro se propone la realización de evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias como el siguiente paso en una línea de trabajo sobre el estudio económico de una enfermedad, planteando la cuestión de cuánto es razonable pagar por conseguir un efecto marginal positivo sobre la salud. Pese a señalarse las limitaciones de los estudios de coste de la enfermedad y de los estudios de evaluación económica, se defiende su utilidad. Por ello, para finalizar el capítulo se identifica un conjunto de programas sanitarios e intervenciones que presentan una buena relación entre gasto sanitario y el efecto sobre la salud de las personas que padecen alguna de las tres enfermedades estudiadas previamente: Diabetes Mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y VIH/SIDA.



## Social Determinants of Health

Editorial: Oxford University Press  
Editores: Michael Marmot y Richard Wilkinson

Octubre 2005

376 páginas

Se trata de la segunda edición de un título cuya primera edición ya había sido valorada muy positivamente. Repasa los factores sociales y económicos que más influyen sobre la salud pública en las sociedades modernas

destacando el tabaquismo, la salud en el trabajo, el transporte, los hábitos alimenticios, la pobreza, la exclusión social y las minorías. En esta segunda edición incorpora además como novedad, nuevos capítulos relacionados con la salud y el origen étnico, los hábitos sexuales, los mayores y la vivienda.

El libro se basa en el punto de vista de entender la salud, no solamente como el resultado del comportamiento individual o la exposición a los riesgos, sino como definida por los estilos de vida así como factores sociales y económicos. Así, desde esta perspectiva, los accidentes de tráfico (y sus efectos sobre la salud) no serían solamente el resultado de decisiones individuales sino del sistema de transporte de una determinada sociedad. Incluye además una nueva dimensión como es la importancia del entorno social o psico-social para la salud y se centra en el caso de determinados trabajos (como los «de oficina») no expuestos tanto a factores de riesgo físicos pero sí de tipo psicológico o social.



## Integración asistencial: Fundamentos, experiencias y vías de avance

Editorial Masson

2005

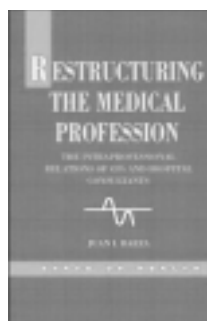
248 páginas

En este nuevo título de la colección Economía de la Salud se aborda la integración asistencial considerando el papel fundamental que juega en la gestión sanitaria. La obra surge de reflexiones teóricas y experiencias prácticas y su objetivo es poner de relevancia la

importancia de la coordinación e integración asistencial para conseguir una mayor calidad de los servicios sanitarios.

Organizada en ocho capítulos, la obra plantea el contraste entre gestión de casos y gestión de enfermedades en el marco de la integración clínica. Su aportación permite dilucidar pros y contras de las opciones que conviene tomar, clarificar el lenguaje y dar perspectiva para la decisión. Se muestra el marco de análisis económico sobre el que se sustenta la integración asistencial y se revisa el estado de la cuestión en una perspectiva europea. Además se presentan aquellas áreas que hay que cuidar especialmente a efectos de diseño organizativo. Se explican dos experiencias relativas a la integración asistencial en Cataluña, la perspectiva del Servei Català de la Salut y su proyecto de compra de base poblacional y el caso de Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà, que presenta interés en la medida que es una realidad trabajada desde hace años. Por último se revisan las

aportaciones recientes e implicaciones en dos cuestiones clave en la integración asistencial: el ajuste de riesgos y sistema de información.



## Restructuring the Medical Profession: The Intraprofessional Relations of GPs and Hospital Consultants

Juan Baeza

Editorial: Open University Press

Noviembre de 2005

224 páginas

El texto, centrado en el sistema sanitario británico, aborda cuestiones importantes como la relación entre los médicos de atención primaria y especialistas, el efecto de las políticas públicas

en su actuación, y también el de los profesionales médicos sobre la toma de decisiones en el Reino Unido.

Parte del reconocimiento de la importancia del papel que juegan los médicos de atención primaria en el sistema sanitario británico (al igual que en otros sistemas similares) y su influencia sobre el desarrollo y la implementación de las políticas sanitarias. Reconoce así mismo que la principal división en la profesión médica recae entre los médicos de atención primaria y los especialistas.

Se revisan con detalle las políticas públicas implementadas en el Reino Unido en los últimos 25 años y basado en el análisis de case studies, se aporta evidencia empírica sobre el efecto de tales políticas sobre el NHS y la profesión médica. Estos incluyen las reformas del NHS en 1991 así como el impacto de las reformas posteriores en las relaciones intraprofesionales entre los mencionados colectivos médicos. Se presta especial atención a las transformaciones introducidas en atención primaria, entre las que destaca la introducción de la competencia interna y el papel de los médicos como fundholders. El autor concluye que la relación entre médicos de atención primaria y especialistas está adoptando un carácter más gerencial y cierra el texto reflexionando sobre las perspectivas de futuro de la atención primaria.

Aunque se centra en la experiencia del NHS, puede ser de interés a todos aquellos profesionales y personas relacionadas con la toma de decisiones en la atención sanitaria.



## AIDS Epidemic Update, December 2005

Editor: Organización Mundial de la Salud  
Diciembre 2005

90 páginas

Se trata de una actualización de las estimaciones globales y regionales sobre la situación del SIDA y su impacto. Se repasan las cifras y estadísticas más recientes de diferentes países al mismo tiempo que se discuten las tendencias de la enfermedad en el mundo. Junto a

la UNAIDS y expertos en la materia de todo el mundo, la OMS repasa y actualiza las estimaciones a medida que existe información disponible apoyándose en los adelantos existentes en los métodos de estimación.

# BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

## CONVOCATORIA AES 2006

La investigación en economía de la salud tiene un importante papel en la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, así como en otros ámbitos relacionados con la salud. Conscientes de esta importancia, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD**, junto con **QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER**, que propuso y ha financiado estas ayudas desde su inicio, vienen convocando desde 1990 las **BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD** cuyos objetivos esenciales son:

- Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en áreas relevantes de la salud o los servicios sanitarios, que tengan una alta calidad metodológica, y en los que alguna de las diversas orientaciones y disciplinas de la economía de la salud tengan un papel preponderante.

- Apoyar la formación de investigadores noveles o jóvenes en economía de la salud, favoreciendo su incorporación a proyectos a desarrollar en equipos de investigación consolidados.

- Estimular la cooperación entre diversas disciplinas favoreciendo el abordaje multidisciplinario de la investigación en economía de la salud.

Por todo ello, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD** convoca las **BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD - 2006** para proyectos de Investigación en Economía de la Salud, creadas a propuesta y financiadas por **Química Farmacéutica BAYER S.A.** y cuya concesión se realizará de acuerdo a las siguientes bases:

1.- Se concederá una **Beca de Investigación en Economía de la Salud** a un proyecto de investigación en Economía de la Salud, original e inédito.

2.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal sea español o desarrolle su actividad profesional en España. El Tribunal considerará especialmente los trabajos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años.

3.- El desarrollo del Proyecto debe realizarse necesariamente en España.

4.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos Proyectos iniciados o en curso siempre que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención de entidades públicas o privadas. No se podrán presentar Proyectos que opten a otros premios o becas de investigación similares, nacionales o extranjeros.

5.- Para concursar se enviará original y cuatro copias de la Memoria del Proyecto de investigación a la secretaría de AES (C/ Sardenya 229-237, 6º, 4º, 08013 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina el **20 de Abril de 2006**.

6.- La Memoria del Proyecto de investigación se remitirá en cualquiera de los formatos utilizados usualmente por las agencias oficiales de financiación de la investigación en España (CICYT, FIS...), debiendo constar los apartados siguientes:

6.1. Solicitud de la beca, donde conste el nombre y apellidos del solicitante (investigador principal) y del resto de los investigadores, centro de trabajo y dirección de contacto y, en su caso, el papel a desempeñar por el/los investigadores noveles incluidos en el proyecto.

6.2. Antecedentes sobre el tema del Proyecto de investigación, o interés científico y práctico del mismo.

6.3. Hipótesis y objetivos generales y específicos de la investigación.

6.4. Material y Métodos. Incluyendo fases de desarrollo y tiempo de duración estimado, que no debe ser superior a 18 meses. A Juicio del Tribunal, se podrá ampliar la duración hasta un máximo de 6 meses más.

6.5. Limitaciones previstas.

6.6. Análisis de la viabilidad del proyecto de Investigación, detallando los medios necesarios para su realización y justificando la disponibilidad de los mismos.

6.7. Currícula de todos los investigadores participantes, con especial referencia a la experiencia y publicaciones sobre el tema del Proyecto de Investigación, preferiblemente en cualquiera de los formatos oficiales de las agencias de financiación de la investigación.

6.8. Presupuesto detallado.

7.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** tienen una dotación de 12.000,00 €, entregándose en tres fases: 3.600,00 € en el momento de su concesión, 3.600,00 € transcurridos 6 meses de la iniciación del Proyecto de Investigación, tras la preceptiva autorización de los Miembros del Tribunal del informe de evolución de dicho Proyecto, y una última entrega de 4.800,00 € al ser aprobado por el Tribunal el trabajo terminado en su redacción definitiva. El trabajo irá acompañado de un resumen no superior a 1.000 palabras que se publicará en el Boletín y/o en la página Web de AES

8.- El Tribunal estará formado por 3 miembros de AES, nombrados por la Junta directiva y 1 Representante de Bayer, que actuará como Secretario, sin voto.

9.- El proceso que se seguirá por el Tribunal para la adjudicación de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud**, será el siguiente:

9.1 El Secretario de la AES entregará oportunamente a cada uno de los Miembros del Tribunal, copia de todos los Proyectos recibidos, a fin de su completa información antes de la reunión deliberadora.

9.2 En fecha que oportunamente fijará el secretario de AES, el Tribunal se reunirá en los locales de la AES o en la sede las Jornadas de Economía de la Salud, en Barcelona, para reunión deliberatoria y de adjudicación de la Beca, la cual se realizará por votación secreta. En caso de que alguno de los Miembros del Tribunal no pudiese, por fuerza mayor, asistir a la reunión, enviará al Secretario de AES, que le representará, informe escrito de su valoración así como de su voto.

10.- Los investigadores que hayan ganado alguna de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** en ediciones anteriores, podrán optar a la convocatoria actual siempre y cuando hayan entregado la redacción definitiva del trabajo ganador.

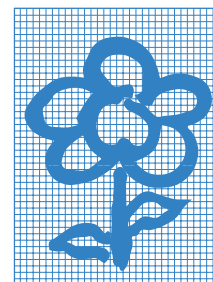
11.- La concesión de una Beca no presupone el pago de los importes pendientes cuando el investigador incumpla alguna de las Bases a Juicio del Tribunal.

12.- La concesión de la **Beca de Investigación en Economía de la Salud** se hará pública en las **XXVI Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en Toledo, del 23 al 26 de Mayo de 2006**.

13.- Las decisiones del Tribunal son inapelables. Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** podrán declararse desiertas si a juicio del Tribunal calificador se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. En este caso, su importe se dedicará a otro tipo de ayudas, de común acuerdo entre AES y Bayer.

14.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** son una ayuda no condicionada y su concesión no implica ninguna cesión de derechos de autor ni establece ningún tipo de condicionante para la publicación de los trabajos por los autores en las revistas o editoriales que consideren de interés, aunque las publicaciones deberán hacer constar –en la forma que sea habitual en las correspondientes publicaciones- la recepción de la Beca.

# PRIMERA EDICIÓN DEL PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO DE ECONOMÍA DE LA SALUD 2005



**CONVOCA: AES**

## **1. Objetivo del premio**

Reconocer la excelencia en el campo de la Economía de la Salud. Se adjudicará al autor o autores del artículo publicado en 2005 que el jurado reconozca como el mejor en Economía de la Salud.

## **2. Requisitos que deben reunir los Candidatos**

Podrán concurrir a la concesión de este premio autores españoles o residentes en países de habla hispana de artículos publicados durante 2005 en revistas con proceso de revisión por pares (peer review), cuya temática sea de Economía de la Salud.

## **3. Cuantía del premio**

El premio estará dotado con la cantidad de 3.000 Euros.

## **4. Jurado**

El Jurado estará formado por 5 miembros, incluyendo un Presidente y un Secretario. El Presidente de AES actuará como Presidente del Jurado. El Vicepresidente Primero de AES formará asimismo parte del Jurado. El resto de miembros del Jurado será elegido por la Junta Directiva de AES, que basará su decisión en la trayectoria profesional y de investigación en el campo de la Economía de la Salud de los propuestos y en su interés en participar activamente en la revisión de los artículos.

## **5. Selección de artículos y revisión**

1. Presentación de candidatos y selección de artículos. Los miembros del Jurado, editores de revistas y en general los miembros de AES, así como los propios autores de artículos, podrán solicitar que se tengan en consideración artículos publicados en el año 2005. Las solicitudes de presentación al premio, para ser tomadas en consideración, se acompañarán de cinco copias del artículo. Sólo se podrán presentar artículos publicados en revistas científicas con revisión por pares.

2. Proceso de revisión. El Presidente agrupará todas las copias de los artículos propuestos y los enviará a los restantes miembros del jurado para que los valoren de acuerdo con criterios formales. Los miembros del Jurado tendrán un plazo establecido para informar de su valoración. Aquellos miembros que tengan un conflicto de intereses no procederán a la evaluación. En el caso de que fuera el Presidente, el Secretario asumirá sus funciones. Una vez recibidas las evaluaciones, el Presidente informará a los miembros. Si hay un claro ganador, éste será el seleccionado para el premio. De no ser así, se procederá a votación, previo debate en reunión de presencia física.

3. El premio podrá ser declarado desierto o repartirse *ex aequo* entre dos artículos.

## **6. Fallo del Jurado**

El fallo del Jurado se hará público en las XXVI Jornadas de Economía de la Salud, que se celebrarán en Toledo del 23 al 26 de mayo de 2006.

## **7. Documentación a presentar por los solicitantes**

Los interesados deberán presentar la siguiente documentación:

- 1º. 5 copias del artículo.
- 2º. Solicitud de presentación al premio.
- 3º. Copia del D.N.I.

La presentación de la solicitud determina la aceptación de todas las bases por las que se rige la presente convocatoria.

## **8. Lugar y plazo para la presentación de solicitudes**

La documentación deberá remitirse a la Secretaría de AES, ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, C/ Sardenya 229-237, 6º 4ª, 08013 BARCELONA.

El plazo para presentar artículos candidatos al premio (publicados en 2005) finaliza el 31 de marzo de 2006.

## ACOMPAÑADOS EN EL OJO DEL HURACÁN

Pep Fusté

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Empezaremos con la tradición: los fallos del mercado. Estaba con mi familia en Nueva Orleans (NO) cuando se confirmó que nos visitaría el huracán Katrina, nuestra estancia se veía alterada por lo que parecía únicamente una amenaza meteorológica, pero de gran magnitud. En la zona los huracanes son frecuentes, se ve en los preparativos y la calma de la gente, en las maderas que usan para proteger los escaparates suelen haber inscripciones de los últimos a los que han hecho frente, pero nunca el ojo había pasado por la ciudad. Debíamos evacuar!. Cuando lo intentamos, por primera vez, nuestra compañía aérea había cancelado los vuelos. Llegamos al aeropuerto a las 7 AM, 24 horas antes de que empezaran a notarse los primeros efectos meteorológicos y cuando otras compañías estaban volando sin problemas. El mostrador de UNITED no tenía cola pero más increíble fue la respuesta que nos dieron: hemos cancelado los vuelos, vuelvan "after the storm". No había coches para alquilar, sólo había enormes colas silenciosas en las compañías que volaban y no había otro medio de transporte para salir. El hombre que nos acompañó al aeropuerto –nuestro agente en NO- nos había comentado que había reservado para él y su familia un hotel para una semana en Houston y que se iba inmediatamente (al cabo de 3 meses no sé si habrá podido rehacer su vida en NO, ni como conseguirá pagar la factura del hotel). Cogimos al vuelo un taxi que llegaba -en la parada de taxis no había alma alguna- y

volvimos al hotel en busca de sitio seguro. Nos habían dicho que era un buen lugar para pasar el huracán, en estos casos acogían a los propios familiares de la dirección y de los empleados y nunca habían tenido problemas. El plan no estaba exento de incertidumbre pero la alternativa daba confianza, una vez fracasado el tratamiento de elección.

Horas antes del paso del huracán: información televisiva continuada, colorida y espectacular bajo el titular *preparing the hurricane*, tensión y una cierta curiosidad –yo soy geógrafo entre otras cosas de mi vida privada, que era menos pública que ahora, después de conocer a Katrina. Horas después: calma.

Días después: desesperación, una vez vimos que nuestra idea de "esto es América" era simple y equivocada; no volvió la luz ni el agua al día siguiente, ni volvieron los partidos de béisbol a todas horas en la televisión ni llegaba información aunque fuera en blanco y negro. Empiezan las primeras preocupaciones buscando como evacuar, sin que nuestra elección pudiera materializarse por nuestros medios, y aparecen las primeras e inevitables reflexiones. Si había mucha gente que no había podido evacuar ¿por qué tanta insistencia de *mandatory evacuation*? Quizás muchos ciudadanos no habían podido buscarse crédito en 24 horas para irse a un hotel a 300 millas. Si los individuos no podían "buscarse la vida" por sí mismos

(¿es lo que llamamos riesgo catstrófico?) esperaríamos la iniciativa colectiva (¿un Estado democrático?). Si hay unos que han tenido capacidad para irse pero muchos otros no (aparte de nuestra situación, anecdótica en términos relativos) ¿qué va a ser de las personas que no tienen capacidad relativa para resolver su situación después de la catástrofe? Empezaron a venirme a la mente las observaciones de Amartya Sen sobre las capacidades relativas, las hambrunas y los países que se salen mejor de ellas, aunque no sean los más ricos. De repente, algunas de las cosas importantes, para mí, de la economía de la salud estaban presentes. Nuestros anclajes teóricos no resolvían nada pero ayudaban a entender; me acompañaban como parte del capital que compartimos. En mi caso, Sen me lo "presentó" uno de nuestros colegas (los que sabéis quién es quién en AES, seguro que adivinaréis de quién hablo).

A menudo los mercados, con todas sus virtudes, no funcionan bien en una crisis. De hecho, con frecuencia el mecanismo del mercado se incorpora repugnantemente en las emergencias. El mercado no respondió a la necesidad de evacuación enviando enormes convoyes de autobuses para sacar a la gente; en algunos lugares, respondió triplicando el precio de los hoteles en áreas vecinas, lo cual, si bien refleja el marcado cambio en la oferta y la demanda, se califica de extorsión en los precios. Semejante comportamiento

resulta tan odioso porque aporta poco beneficio de reparto y supone un enorme coste distributivo, porque quienes disponen de recursos se aprovechan de quienes carecen de ellos. Este párrafo -plagiado a voluntad- también es de alguien célebre, fue publicado en *El País* (18/9/2005) y lo sintetiza todo, de forma mucho mejor de lo que yo podría explicar sobre la crisis del Katrina, desde la perspectiva del análisis económico.

Aunque cuando Laura Cabiedes, en combinación con Oriol Solà-Morales, me propuso relatar mi experiencia en NO me dijo “unas 1.400 palabras” (y ya llevo la mitad), dejadme ir un poco para atrás en el tiempo, para dejar claro que esto no va de anti-nada. Algunos estadounidenses con los que nos agrupamos nos preguntaban qué pensaríamos de lo que estábamos viendo y cuando se enteraban de donde éramos solían decir “ya sabe que no somos bien vistos en vuestro país”. Nosotros intentábamos convencerles que no era así, que conocíamos muchas personas que habían estado y admiraban Estados Unidos, que nos gustan muchas cosas de ese lugar, que seguimos su música, que son referencia importante en nuestro conocimiento y que si era el destino de nuestro viaje sería por algo. Antes del huracán habíamos estado en *The Preservation Hall*, uno de los locales más auténticos de NO (recomendable totalmente, aunque no ha abierto de nuevo y sus músicos estén por el mundo), con una banda estable de jazz, de gente que toca con alegría. Veníamos encantados de Nueva York, habíamos viajado en coche hacia el Norte y bajado a Washington antes de volver a NO.

Viendo las fotos del viaje, la sensación sigue siendo estupenda

y me viene el recuerdo de la experiencia de conducir a la americana y la percepción de la diferencia entre la vida americana y la nuestra, todo mucho más automático, como si la inteligencia acumulada y aplicada a las máquinas te permitiera desprenderte de todo lo que no quisieras hacer voluntariamente. El problema -la fragilidad- surge cuando algo falla, cuando se va la electricidad y no hay cadena en el WC para tirar y aunque eches toda el agua guardada en la bañera no hay forma de que los WC “evacúen”. Nuestro problema de evacuación tenía una doble vertiente, no podíamos irnos pero tampoco podían eliminarse los restos de las 600 personas que pasamos los cuatro días siguientes al huracán en el hotel.

No se podía evacuar y tampoco podían llegar suministros, tuvimos que dejar el hotel y empezar un peregrinaje en grupo por las calles de la ciudad. Preguntábamos cómo salir, buscábamos unos buses -la palabra más deseada que no existían, intentábamos llegar a la otra orilla del Mississipi y no nos detenía ni la tormenta tropical que nos cayó encima ni las masas de individuos perceptiblemente amenazantes que nos cruzábamos, sino los disparos de la policía en mitad del puente que la misma policía nos había recomendado cruzar. Después de dormir en la calle, al día siguiente nos sacaron en un camión, más o menos escondidas de la Guardia Nacional, para llevarnos a un campo de evacuación, donde junto a unas 5.000 personas esperábamos buses -en 6 horas salieron 6- pero allí pudimos volver a contactar con las personas (familiares, amigos y compañeros) e instituciones (Generalitat, Embajada y medios de comunicación) que estaban trabajando para sacarnos. El “opera-

tivo” finalmente salió bien, a la noche estábamos en Baton Rouge y nos llevaron a Houston, donde un consulado extraordinariamente eficiente nos ayudó a recuperarnos y poder volver cuanto antes. A partir de ese momento empezó otra historia más conocida: explicar y reflexionar en voz alta a través de los medios, agradecer el papel de nuestras instituciones, de las cuales nos sentimos orgullosos, y el esfuerzo de las personas que nos ayudaron. También hemos comprobado que hay mucha más gente de la que hubiéramos podido imaginar que se preocupó por nosotros, personas que en algún momento u otro nos han dado muestras de afecto (entre ellas gente de AES, como Rosa, Bea, Laura, Quique, Ricard ... para poner un ejemplo no exhaustivo de las bienvenidas más explícitas). *We'll never forget it!* como decían los ciudadanos de NO con los que compartimos el Katrina.

Que la prevención no es sólo información, que hay que focalizar la actuaciones en grupos de riesgo, que la mortalidad es una medida de bienestar más sensible que la riqueza de un país, que el mercado tiene fallos, que deberíamos apostar por sumar esfuerzos de solidaridad especialmente ante riesgos catastróficos o que no todo es posible, pero siempre hay mejores alternativas para ganar en eficiencia, son cosas sabidas que no habría que repetir, pero tampoco habría que olvidar. Por lo demás, seguiremos viajando, volveremos a dejarnos tentar por “América”, seguiremos pensando que el mercado no es bueno ni malo sino que lo importante es que funcione bien y seguiremos atentos la evolución de la esperanza de vida de Louisiana, deseando que no empeore sino que llegue a alcanzar la de otras zonas de países de menos recursos económicos.

## EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES, CELEBRADA EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA EL DÍA 3 DE NOVIEMBRE DE 2005

1. Rosa Urbanos y Álvaro Hidalgo, presidentes respectivamente del Comité Científico y Organizador de las **XXVI Jornadas de Economía de la Salud**, que se celebrarán en Toledo del 23 al 26 de mayo de 2006, informan a la Junta Directiva sobre el planteamiento inicial del programa científico, incluyendo el Taller patrocinado por la Fundación BBVA, la conferencia inaugural y las distintas mesas de ponencias que se han propuesto hasta el momento. Asimismo se revisa la lista de patrocinadores de las Jornadas, y se resumen las gestiones que ha realizado el Comité Organizador tanto en lo que se refiere a la reserva de la sede de celebración de las Jornadas como en lo relativo al programa de actos sociales previsto. Se informa a la Junta de que las XXVI Jornadas se celebrarán en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de Toledo, que cuenta con unas instalaciones perfectamente adaptadas a las necesidades del encuentro. Se discuten asimismo las posibilidades de mejorar, tanto el proceso de **selección de la mejor comunicación oral**, como de facilitar el éxito del **"job market"** que tuvo lugar por vez primera durante las XXV Jornadas AES en Barcelona. Finalmente, la Junta sugiere al Comité Científico la posibilidad de organizar alguna sesión del tipo **"meet the expert"**, en la que un experto resuma de forma breve los grandes temas en los que esté interesado y a continuación se dé la palabra al público para formular preguntas, comentarios, etc., con el fin de favorecer una mayor interacción entre el ponente y la audiencia.

2. La Junta Directiva acuerda convocar 4 **bolsas de viaje**, dotadas con 600 euros cada una, para asistir al 6º

**Congreso Europeo de Economía de la Salud**, que se celebrará en Budapest del 6 al 9 de julio de 2006. Podrán acceder a una bolsa todos los socios de AES al corriente de pago, menores de 36 años, con una antigüedad mínima de un año en el momento de la presentación de la solicitud. Las bolsas quedan vinculadas a la aceptación de comunicaciones. La Junta designa como miembros del tribunal que evaluará las solicitudes para las bolsas de viaje a Enrique Bernal, Josep Fusté y Rosa Urbanos.

3. David Casado resume las **novedades de la página web**, y destaca algunas dificultades técnicas en la actualización de contenidos de la misma. La Junta Directiva encarga a Álvaro Hidalgo que, una vez finalicen las XXVI Jornadas de Economía de la Salud, colabore con David Casado en su papel de webmaster. Se discute la necesidad de actualizar el listado de correos electrónicos de los socios a través de distintos medios. La Junta también sugiere, como forma de dinamizar los contenidos de la página web, que se incorpore a la misma un resumen de la Jornada Técnica sobre movilidad humana que se ha celebrado en el marco del Congreso SESPAS, junto con las presentaciones de los diferentes ponentes. Asimismo, la Junta acuerda incentivar a los socios a que cuelguen de la página web de AES algunos trabajos originales, en forma de "working papers".

4. Finalmente, la Junta acuerda elaborar algunas propuestas, a presentar en la próxima Asamblea, que puedan integrarse en un plan a 2 o 3 años vista y que tengan por objetivo **potenciar el valor de los productos que AES ofrece** a sus socios.

### NOMBRAMIENTOS:

Enhorabuena a los socios Vicente Ortún y Jaume Puig, nombrados Director y co-Director respectivamente del CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut), Universidad Pompeu Fabra.

### ENHORABUENA:

El proyecto científico Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, coordinado por Enrique Bernal, socio de AES y moderador de Econsalud, recibe uno de los Premios de Diario Médico a las Mejores Ideas de 2005.

### FORMACIÓN:

- Master de Economía Industrial- Curso de Especialización en el Sector Farmacéutico (Universidad Carlos III de Madrid): <http://varuna.uc3m.es/user/index.htm>
- Experto en Dirección de Organizaciones Sanitarias (Universidad Carlos III de Madrid): <http://www.uc3m.es/uc3m/gral/TC/ESMA/ESMA27/esma27.htm>

*Los trabajos aparecidos en este boletín están escritos por especialistas. Las opiniones expuestas por sus autores no son necesariamente las de AES.*

**ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD**  
Sardenya, 229 6º 4ª • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA  
**HORARIO:** Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7