

### en este número

	pág.
EDITORIAL .....	1
JORNADAS AES .....	3
– XXVII Jornadas AES - A Coruña, 6 a 8 de junio de 2007	
TEMAS .....	5
– Aplicación de los modelos de duración al análisis de la transición de la buena a la no- buena salud entre los adultos españoles	
– Las autoridades advierten que la economía puede beneficiar su salud	
TESIS .....	9
– La ética del índice de concentración: propuesta de medición de la aversión a la desigualdad socioeconómica en salud y aplicación empírica para la ciudad de Barcelona	
– Evaluación económica de la cirugía de aneurismas de aorta abdominal en el C.H.U. Juan Canalejo	
LIBROS .....	11
VARIOS .....	12
– Becas de Investigación en Economía de la Salud	
– Segunda Edición del Premio al Mejor Artículo de Economía de la Salud 2006	
CON ACUSE DE RECIBO .....	14
– De contratos y convenios	
NOTICIAS DE AES .....	16

## editorial

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

# INMIGRACIÓN Y SALUD: NUEVAS DEMANDAS DE ATENCIÓN SANITARIA

**Berta Rivera**

(Escuela Gallega de Administración Sanitaria)



La evolución más reciente en la estructura de la población española se caracteriza por la presencia de dos fenómenos demográficos de innegables consecuencias para la red nacional de asistencia sociosanitaria: el progresivo incremento en el número de inmigrantes y el aumento del peso relativo de personas mayores en la estructura etaria de la población.

Estos fenómenos demográficos repercuten de manera significativa en la capacidad que tienen los sistemas de salud de asimilar incrementos cuantitativos y cualitativos en la demanda de servicios sanitarios. La incertidumbre que envuelven las cifras de extranjeros, su heterogeneidad, la existencia de evidentes disparidades geográficas en su concentración, su carácter es-

tacional y el impacto que ejerce este colectivo sobre la oferta de recursos sanitarios, requieren un abordaje integral de las demandas y prioridades de la población inmigrante. La capacidad de asignación y planificación de recursos asistenciales del sistema dependerá, en último término, de la flexibilidad que tenga su estructura a la hora de ajustar recursos de atención a la salud y nuevas demandas de la población.

La necesidad de estudios y análisis rigurosos de esta realidad, basados en datos fiables y contrastables es evidente. Sin embargo, son importantes las limitaciones frente a una falta clara de encuestas o registros que tengan en cuenta a este colectivo. La inexistencia de encuestas de salud de carácter dinámico que nos permitan obtener un panel consistente de individuos identificable a lo largo del tiempo, que ya de por sí es un hecho grave respecto a la población nacional, se agudiza en el caso de la población inmigrante. En la actualidad, no existe ninguna encuesta específica y representativa geográficamente, y los pocos datos que pueden obtenerse, por ejemplo, a partir de encuestas como la ENSE (Encuesta Nacional de Salud) son de población extranjera (no siempre coincidente con la población inmigrante), que representa un porcentaje muy reducido del total de población encuestada. Este hecho imposibilita la realización de inferencia al respecto, quedando reducido el análisis a una visión descriptiva de las variables tratadas.<sup>1</sup> Por ello, las conclusiones y valoraciones emitidas o recopiladas por la literatura, se basan en estudios puntuales realizados en determinados centros o áreas sanitarias o a colectivos específicos.

El estado de salud de la población inmigrante se encuentra fuertemente conectado al propio proceso migratorio, y sobre él influyen diferentes factores de tipo biológico,

<sup>1</sup> Cabe destacar la dificultad existente en el caso de inmigrantes ilegales, cuyo recelo ante la posibilidad de ser identificados limita bastante los estudios o encuestas en las que están dispuestos a participar.

**AES-Secretaría**  
Suport Servicios – Calvet 30-entr.2º  
08021 Barcelona  
Teléfono 93 201 75 71  
Fax 93 201 97 89  
Correo electrónico:  
[aes@suportserveis.com](mailto:aes@suportserveis.com) y  
[secretaria@aes.es](mailto:secretaria@aes.es)

**HORARIO:**  
De 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.

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:

**Berta Rivera, Rosa Vidal, Marisol Rodríguez, Jaime Pinilla, Ángel López, Xavier Metzger, José Luis Sampedro y Oriol de Solà-Morales.**

ambiental, social, económico y cultural. Al contrario de lo que en un primer momento cabría pensar, las enfermedades propias de sus países de origen afectan en menor grado a su nivel de salud y al de la población de acogida.<sup>2</sup> En este sentido, las enfermedades más frecuentes entre el colectivo inmigrante son, las adquiridas dentro la propia comunidad receptora, dado que la mayor vulnerabilidad y propensión a padecer problemas de salud se evidencia una vez establecido el inmigrante en el país de destino.

En una primera etapa del proceso migratorio habrá también que considerar como uno de los factores determinantes del estado de salud todas aquellas consecuencias intrínsecas al propio proceso migratorio, como son el agotamiento físico y emocional, estrés, depresiones, malas condiciones de la vivienda, condiciones de trabajo, etc (Jansà y García, 2004).<sup>3</sup> En una segunda etapa del proceso migratorio los factores que inducen a que sean más vulnerables a los problemas de salud se vinculan principalmente con deficiencias sociales y económicas (situación social, laboral y económica precaria), así como con limitaciones en el acceso a los servicios de salud en el país de destino.

De todos los factores enunciados anteriormente, la existencia de deficiencias socioeconómicas y barreras selectivas al acceso y utilización de los servicios de salud, son los que ejercen una mayor influencia sobre el estado de salud. Éstas pueden derivarse de la propia estructura del servicio (actitud del personal sanitario, entramado administrativo y redes paralelas de atención), o ser intrínsecas a la población inmigrante (idioma, situación administrativa, cuestiones sociolaborales, culturales y religiosas). Ya no es extraña la figura del “mediador cultural”, que va más allá de un mero traductor, y trata de minimizar las consecuencias negativas derivadas de las diferencias culturales, especialmente fuertes en determinadas nacionalidades y, en ocasiones, auténticas barreras entre el enfermo y el profesional sanitario. Otros factores, como el tipo de dolencia atendida, o el tiempo de permanencia en el país de acogida, condicionarán diferencias en los patrones de utilización de los servicios sanitarios.

La evidencia empírica internacional demuestra que los niveles de salud de la población inmigrante acaban convergiendo en el tiempo con los niveles de salud de la población autóctona. Este fenómeno es conocido en la literatura como “Healthy Immigrant Effect”. Los factores que inducen este efecto se vinculan principalmente con la existencia de una inmigración selectiva, con el grado de acceso a los cuidados de la salud, la incorporación de rentas y el grado de asimilación cultural al país de destino (McDonald y Kennedy, 2004).<sup>4</sup>

El origen de los flujos de inmigrantes y su estructura demográfica constituyen importantes determinantes de desigualdades en el nivel de salud y diferencias en sus patrones de morbilidad. El conjunto de extranjeros empadronados

en nuestro país presenta cierta tendencia a concentrarse geográficamente y, en función de su procedencia, se aprecia la existencia de diferentes modelos migratorios de orden autonómico y local.<sup>5</sup> Si establecemos una tipología general de la población inmigrante, la mayoría son inmigrantes económicos, es decir que acuden a España en busca de un empleo al que no han podido acceder en su país de origen. En general, su perfil responde al de una persona joven y con un buen nivel de salud que trae a su familia en cuanto consigue establecerse.

Los principales aspectos diferenciales entre la población inmigrante y los residentes nacionales vienen marcados por su edad y por su mayor tasa de fertilidad. En este sentido, los motivos de consulta y hospitalización más frecuentes se relacionan con necesidades de la población joven. Las demandas más frecuentes son la atención ginecoobstétrica, la pediátrica y la medicina general. Así, por ejemplo, mientras dos terceras partes de las altas de inmigrantes tienen que ver con materno-infantil, para la población autóctona esta especialidad no representa más del 20%. Los traumatismos y lesiones también son una causa importante de hospitalización, llegando a ser la primera causa en los varones.

La red sanitaria pública es la más utilizada y la entrada en el dispositivo sanitario público se realiza fundamentalmente a través del servicio de urgencias, siendo el origen de la mayoría de los ingresos posteriores. Se detectan diferencias en la proporción de utilización de recursos entre hospitalización, consulta externa y urgencias, probablemente debidas al tipo de dolencia atendida, precariedad laboral y situación de ilegalidad y diferencias de comportamiento, hábitos o estilos de vida (Cots et al, 2002).<sup>6</sup> Por lo que respecta al gasto sanitario los estudios realizados parecen evidenciar un menor consumo de recursos por alta hospitalaria de la población inmigrante.

A modo de conclusión, el estudio de la relación existente entre salud de la población inmigrante y necesidades de atención sanitaria presenta un elevado grado de complejidad. Al margen de las variables comentadas en líneas anteriores, la trayectoria vital anterior al proceso migratorio, o el impacto de segundas generaciones de inmigrantes (nacidas ya en el país de destino y, por lo tanto, población nacional) sobre los recursos, son aspectos que por su significación deben de ser incluidos en futuros análisis. Al mismo tiempo, es necesario enfocar el estudio de esta relación desde un punto de vista dinámico, mediante la utilización de datos de tipo longitudinal que recojan variaciones en las trayectorias de salud de la población inmigrante y en los patrones de demanda de atención sanitaria. El desarrollo de este tipo de análisis se hace necesario para poder identificar los grupos de inmigrantes que mayor presión ejercen sobre los recursos del sistema y para poder establecer una correcta ordenación de prioridades preventivas y asistenciales.

<sup>2</sup> Según Vall et al (2001), entre un 5% y un 10% de patologías que presentan los inmigrantes son propias de su región de procedencia. Vall, O. et al (2001). “La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes”. *Pediatría Integral* 6(1), pp: 42-50.

<sup>3</sup> Jansà, J. y García P. (2004). “Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos”. *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl), pp: 207-213.

<sup>4</sup> McDonald, J. y Kennedy, S (2004). “Insights into the ‘Healthy Immigrant Effect’: Health Status and Health Service Use of Immigrants to Canada”. *Social Science and Medicine* 59(8), pp: 1613-1627.

<sup>5</sup> La incidencia de la inmigración es muy diferente en las Comunidades Autónomas, creando focos de concentración y recepción neta de inmigración fundamentalmente en Cataluña y Madrid, siguiéndoles en importancia la Comunidad Valenciana, Andalucía, los dos archipiélagos y Murcia. Del total de extranjeros empadronados a 1 de Enero de ese año los más numerosos son los nacionales de Latinoamérica, los cuales representan el 38,8% del total.

<sup>6</sup> Cots, F. et al (2002), “Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante de Barcelona”, *Gaceta Sanitaria* 16, pp: 376-84.

## XXVII JORNADAS AES

### A CORUÑA, 6-8 DE JUNIO DE 2007

# EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD

#### PRESENTACIÓN

La ética democrática y sus valores de transparencia, la rendición de cuentas (*accountability*), y la gestión eficiente y profesional de lo público, constituyen los elementos fundamentales que definen al concepto de buen gobierno (*governance*). También en sanidad, y también en el SNS español, el buen gobierno es necesario a todos sus niveles: para el conjunto del sistema, los Servicios de Salud de las CCAA, las instituciones y centros y en la práctica clínica. Así pues, difícilmente se puede encontrar otro tema con mayor potencial de transformación de la realidad sanitaria de nuestro país que el buen gobierno. Sin embargo, dada su importancia, no deja de ser sorprendente el poco peso que este tema ha tenido y tiene en el discurso sanitario español. El gran potencial del “buen gobierno” como lema de las Jornadas estriba en que afecta en cascada a toda la sanidad, lo que permitirá una gran riqueza de aportaciones por parte de profesionales e investigadores de muy distintos ámbitos: economía de las organizaciones, gestores, clínicos, políticos, etc.

Un tema como el Buen Gobierno de la Sanidad contribuye a dar a las Jornadas 2007 una gran relevancia, profesional, académica y política, porque en buena medida la respuesta a muchos retos de la sanidad está en los conceptos del buen gobierno. Tanto en sus aspectos macro como sistema sanitario, como en los temas de gobierno corporativo de instituciones y centros, pero –sobre todo– en el gobierno clínico, que es el que en definitiva determina la calidad y la eficiencia de conjunto. Por ello animamos a todos a presentar (y proponer) aportaciones para Conferencias, Mesas de Ponencias, Mesas de Jóvenes Investigadores, Mesas de Comunicaciones Orales, y sesiones tipo Póster en todos estos sub-temas de las Jornadas:

1. Perspectiva general desde la economía de *governance*-buen gobierno aplicado a la sanidad.
2. El buen gobierno clínico.
3. El buen gobierno corporativo de instituciones y centros sanitarios.

4. El Sistema Nacional de Salud y su buen gobierno.
5. El buen gobierno de la sanidad privada.

Aunque el “buen gobierno” sea la línea conductora de las mesas de ponencias, como cada año, las Jornadas de Economía de la Salud están abiertas a la presentación de todo tipo de trabajos relacionados con la disciplina.

#### MESAS DE PONENCIAS

Están previstas las siguientes mesas de ponencias:

- (1) *Economía y Buen Gobierno en sanidad.*
- (2) *Perspectiva clínica sobre el buen gobierno asistencial.*
- (3) *La organización de los Servicios Médicos y su buen gobierno.*
- (4) *Regulación y buen gobierno de la profesión médica.*
- (5) *Los Servicios Autonómicos de Salud: diseño organizativo y gobierno.*
- (6) *Hospitales Públicos: retos de su buen gobierno.*
- (7) *El Sistema Nacional de Salud y su buen gobierno.*
- (8) *La Financiación del SNS.*
- (9) *El buen gobierno en la sanidad privada.*

#### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente:** José Manuel Freire

**Vocales:** Luis Currais, Matilde Machado, Jesús Caramés, Paula González, Juan Rafael Vargas, Pedro Tamayo Rodríguez, David Cantarero, Angel López y Soledad Márquez.

#### COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:** Berta Rivera

**Vocales:** Luis Currais, Germán González Pazó, Berta Uriel Latorre, Paolo Rungo, Bruno Casal.

## SECRETARÍA TÉCNICA

Orzán Congres  
Avda. Primo de Rivera 11 2º izda.  
15006 A Coruña  
TF: 981 900 700 FX: 981 152 747  
orzancongres@orzancongres.com  
www.orzancongres.com

## SEDE DE LAS JORNADAS

La sede de las jornadas será la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales ([www.economicas.udc.es](http://www.economicas.udc.es)) de la Universidad de A Coruña, situada en el Campus de Elviña.

## ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

El día 6 por la noche tendrá lugar una recepción de bienvenida a la ciudad a los participantes en las Jornadas y el día 7 la habitual cena de gala. Se celebrará en un pazo tradicional gallego.

## PÁGINA WEB

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

## FECHAS IMPORTANTES

**28 de Febrero de 2007 (nuevo plazo):** Fecha límite de envío de resúmenes de comunicaciones.

**30 de abril de 2007:** Fecha límite para el envío del texto completo de las ponencias y comunicaciones aceptadas.

**6 de Mayo de 2007:** Fecha límite de inscripción con cuota reducida.

## PRECIOS DE INSCRIPCIÓN

Las Jornadas del 2007 introducen en los precios de inscripción una cuota reducida para nuevos socios de AES y siguen manteniendo la cuota diferencial para estudiantes.

Tipos	Antes del 6 de mayo	A partir del 7 de mayo
Socios AES	325	375
No socios	400	450
Nuevo Socio	350	400
Estudiante Socio AES	100	150
Estudiante No Socio	150	200
Estudiante Nuevo Socio	120	170

## BECAS- PREMIOS

### Bolsas de viaje para asistencia a las Jornadas de A Coruña 2007

La Asociación convocará 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 XXVII Jornadas AES.

Asimismo, AES convocará 5 bolsas de 1.000 € para personas de procedencia latinoamericana que presenten una comunicación a las XXVII Jornadas.

### XVI 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 (véase la página 12 en este número).

### Premios a Comunicaciones científicas

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

### Premio al mejor artículo de economía de la Salud 2006

AES convoca el premio al mejor artículo de Economía de la Salud 2006, cuyo objetivo es reconocer la excelencia en la investigación en 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 2006 en revistas con proceso de revisión por pares (*peer review*), cuya temática sea de Economía de la Salud. El premio está dotado con la cantidad de 3.000 Euros. El plazo para presentar artículos candidatos al premio (publicados en 2006) finaliza el 14 de abril de 2007. Las bases y el formulario están disponibles en [www.aes.es](http://www.aes.es). El fallo del Jurado se hará público en las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, que se celebrarán en La Coruña del 6 al 8 de junio de 2007 (véase la página 13 en este número).

# APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE DURACIÓN AL ANÁLISIS DE LA TRANSICIÓN DE LA BUENA A LA NO-BUENA SALUD ENTRE LOS ADULTOS ESPAÑOLES\*

Rosa Vidal<sup>1,3</sup>, Marisol Rodríguez<sup>1,3</sup>, Jaime Pinilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dep. Política Econòmica i Estructura Econòmica Mundial, Universitat de Barcelona; [rosa.vidal@ub.edu](mailto:rosa.vidal@ub.edu)

<sup>2</sup> Universidad de las Palmas de Gran Canaria

<sup>3</sup> CREB, Centre de Recerca en Economia del Benestar

Estar siempre en buena salud. Este podría ser el deseo de cualquier persona sin importar su edad, su sexo, su renta, su nivel de estudios o su lugar de residencia. Sabemos, casi con absoluta certeza, que este deseo difícilmente se va a cumplir para la mayoría de la población, pero, ¿cómo se comporta la buena salud, es decir, cuánto dura ésta y qué variables le afectan? La falta de respuestas a estas preguntas constituyó la principal fuente de motivación para nuestro trabajo.

El punto de partida es que hay diferencias en la cantidad de tiempo de buena salud que los individuos disfrutan, y que esas diferencias están asociadas al nivel de renta y al grado de inversión que realizan en la propia salud. De ahí que el marco teórico de referencia sea, por un lado, el modelo de demanda/inversión en salud de Grossman y, por el otro, la literatura en torno a las desigualdades socioeconómicas en salud. Grossman parte del hecho de que nuestro estado de salud se deteriora a medida que pasa el tiempo, pero ese deterioro se puede ralentizar si nosotros mismos invertimos en nuestra salud, por lo que los individuos pueden, en principio, alargar la duración de la buena salud. Para ello demandan servicios sanitarios y utilizan todos los demás inputs a su alcance: nutrición, descanso, ejercicio, servicios sanitarios, condiciones medioambientales, renta, educación, estilos de vida, etc. Una de las variables clave en su modelo es, precisamente, la educación, fundamentalmente porque el nivel educativo influye en la capacidad o habilidad de los individuos para combinar de la manera más productiva (de salud) posible el resto de inputs. Por otro lado, la amplia corriente de literatura que estudia las desigualdades socioeconómicas en salud muestra la existencia de desigualdades significativas en salud autopercibida y utilización de servicios sanitarios a favor de los grupos de renta más ricos en la mayoría de países de la Unión Europea.

A partir de esta evidencia previa, en nuestro estudio queremos observar si la duración de la buena salud varía dependiendo del quintil de renta en el que cada

individuo está situado y cómo afectan la educación y otras variables personales del individuo. En definitiva, nuestros objetivos se pueden resumir en tres. Primero, explorar la duración de la buena salud y la transición a la no-buena salud en la población española mayor de 40 años. En segundo lugar, identificar las principales variables que intervienen en esta duración. Y por último, detectar diferencias en la duración de la buena salud por quintiles de renta.

Nuestro trabajo utiliza los modelos de duración como instrumento metodológico. Los modelos de duración estudian el tiempo transcurrido hasta que un cierto acontecimiento de interés (fallo) ocurre. Para nosotros, dicho tiempo es el tiempo en buena salud, el cual a su vez vendrá determinado por el fallo, definido como haber declarado tener regular, mala salud o muy mala salud en el momento  $t$  habiendo declarado buena o muy buena salud en el periodo  $t-1$ . Estudiamos, de este modo, la transición de la buena a la no-buena salud, donde la probabilidad de ocurrencia está condicionada por el tiempo ya transcurrido.

Los datos que utilizamos provienen del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). La muestra está formada por los 2.129 individuos mayores de 40 años que cumplen dos requisitos: uno, tenemos información sobre cuál es su estado de salud general para las ocho oleadas de las que consta el panel (desde 1994 hasta 2001); y dos, declaran tener buena salud en la primera oleada (1994). De este modo, evitamos el problema de censura por la izquierda, es decir, el hecho que algunos de los individuos hubiesen fallado ya antes de empezar a observarlos sin saber exactamente cuándo.

La variable dependiente es el número de años, dentro de los ocho observados, que el individuo se mantiene en buena salud. Definimos como “buena salud” las respuestas “muy buena” y “buena” a la pregunta de la encuesta sobre cuál es el estado de salud del individuo, y agrupamos como “no-buena” las respuestas “regular”,

\* Trabajo de tesina para la obtención del DEA (Diploma de Estudios Avanzados) correspondiente a los estudios de doctorado en la Universidad de Barcelona, dirigido por Marisol Rodríguez y Jaime Pinilla.

“mala” y “muy mala”. Utilizamos como variables explicativas el quintil de renta (5 *dummies* correspondientes a los 5 quintiles), el sexo, la edad (formando grupos de 5 años de edad que se corresponden cada uno de ellos con una *dummy*), el nivel educativo (*dummies* correspondientes a las categorías sin estudios primarios finalizados, estudios primarios, secundarios y universitarios), el tipo de ocupación (con las categorías de trabajo cualificado, no cualificado y no activo), el padecimiento de alguna enfermedad crónica, la utilización de servicios sanitarios (visitas al médico general, al especialista y hospitalización) y el nivel de felicidad (en el trabajo, el hogar, el dinero y el tiempo libre) declarado.

Consideramos dos modelos de duración diferentes. En el primero, estudiamos únicamente la primera vez que se produce el fallo, es decir, la primera transición de la buena a la no-buena salud, mientras que en el segundo permitimos múltiples fallos. Después de fallar una vez, los individuos pueden recuperarse, haciendo justamente la transición contraria a la que queremos explicar y pueden, pasado un tiempo, volver a fallar. En el terreno econométrico, estimamos nuestros modelos, tanto las especificaciones paramétricas como semi paramétricas, por máxima verosimilitud y ajustamos de forma robusta la matriz de varianzas y covarianzas teniendo en cuenta la heterogeneidad entre individuos y los múltiples fallos. Posteriormente utilizamos diferentes tests. En primer lugar, los gráficos de los residuos acumulados de Cox-Snell para evaluar el ajuste general de la regresión, y en segundo lugar, los residuos de Schoenfeld y el test global de Grambsch and Therneau para comprobar la no proporcionalidad de la razón de fallo con respecto a cada una de las variables explicativas incluidas en el modelo de Cox.

En cuanto a los resultados, nos centraremos en comentar el modelo semi paramétrico de Cox. Estos resultados se presentan en forma de hazard ratios (razones de fallo). Un hazard ratio mayor que 1 implica menor probabilidad de mantenerse en buena salud (mayor probabilidad de fallo), mientras que valores menores que 1 implican mayor probabilidad de supervivencia en buena salud.

En general, para el modelo de primer fallo obtenemos los resultados esperados a priori. Las variables que más intervienen en esta duración son la renta, la educación y sufrir una enfermedad crónica. De esta forma, vemos que la renta importa y que los individuos que pertenecen a los dos quintiles más ricos sobreviven más tiempo en buena salud (tienen una tasa de fallo alrededor de un 20% menor que los que pertenecen al quintil más pobre). Por otro lado, un nivel de educación más elevado no sólo implica una supervivencia más larga en buena salud (los universitarios tienen una tasa de fallo de aproximadamente la mitad de la de los que no han acabado los estudios primarios),

sino que su efecto es superior al efecto de la renta. Una posible explicación a este resultado es que la educación es una variable definida individualmente, mientras que la variable renta la definimos usando la renta equivalente del hogar. Además, igual que consideraba Grossman, los años de escolarización finalizados es el determinante más importante del stock de capital salud. El sufrir una enfermedad crónica, como era de esperar, implica una tasa de fallo aproximadamente 3 veces mayor respecto a los individuos libres de enfermedad. Por último, las *dummies* de edad presentan *hazard ratios* mayores que 1, lo que implica menor probabilidad de supervivencia en buena salud a medida que envejecemos, lo que estaría directamente relacionado con la sabida depreciación del estado de salud.

Íntimamente ligada a la depreciación de la salud, aparece la inversión en salud. De aquí, una posible explicación para la aplicación del modelo de múltiples fallos. Después de fallar, un individuo puede recuperar la buena salud porque ha invertido en salud (aunque no tiene porqué ser, evidentemente, el único motivo). Los resultados del modelo de múltiples fallos van en la línea de los obtenidos anteriormente, aunque las tasas de fallo son ligeramente menores que antes. Los más ricos, los más educados y los más cualificados ven afectada positivamente la duración de la buena salud, mientras que la edad y el sufrir una enfermedad crónica afectan negativamente esta duración.

En el ámbito de las políticas públicas, se podrían derivar algunas implicaciones del estudio. Hemos visto que manteniendo todas las variables constantes y variando el quintil de renta al que el individuo pertenece, los más ricos sobreviven más tiempo en buena salud. No obstante, no sólo la renta importa, sino también la educación muestra resultados significativos y representativos, esto es, los más educados sobreviven más en buena salud. De esta manera, reducir las desigualdades de renta e, incluso más, invertir en educación deberían ser prioridades para aproximar la duración de la buena salud de los diferentes grupos socioeconómicos.

De todos modos, sería posible profundizar más en acciones de política sanitaria si en el análisis pudiéramos incluir variables relacionadas con los hábitos de consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimenticios y realización de ejercicio físico (datos de los que no disponemos en el PHOGUE). Aunque a priori suponemos que fumar, tomar alcohol, no seguir una dieta saludable y no realizar ejercicio físico influyen negativamente en la duración de la buena salud, sería posible cuantificar cuán negativamente influyen y cómo afectan a cada uno de los diferentes quintiles de renta. En un futuro, la investigación irá en la línea de intentar refinar la explicación de las diferentes duraciones de la buena salud.

# LAS AUTORIDADES ADVIERTEN QUE LA ECONOMÍA PUEDE BENEFICIAR SU SALUD

Ángel López Nicolás

Departamento de Economía (Universidad Politécnica de Cartagena) y CRES (Universidad Pompeu Fabra)

## Tabaquismo y economía pública: las claves

¿Debe el sector público aprobar leyes que fomentan la prevención del tabaquismo? Sobre este tema hay opiniones de todo tipo. El espectro abarca el sí rotundo de las organizaciones de profesionales de la salud hasta la no menos firme negativa de algunos economistas. Típicamente los economistas no darán el visto bueno a la intervención si no se convencen de que existe un fallo de mercado lo suficientemente grave como para compensar la “pérdida de libertad” que supone el restringir el consumo en lugares públicos, prohibir la publicidad, subir los impuestos etc.

En el ámbito del tabaco existe la posibilidad de “fallo de mercado” por dos motivos principales: la falta de información sobre las propiedades nocivas del producto para el consumidor (costes internos ocultos) y el daño que el acto de fumar genera a otros individuos (costes externos). Si el consumidor paga conscientemente tanto el coste total interno (conociéndolo y aceptándolo) como el externo, un economista tenderá a argumentar que no hay motivos para que el sector público interfiera en lo que, a sus ojos, es un consumo como cualquier otro.

La información sobre los efectos nocivos del tabaco tiene características de bien público. Por ello se justifica que el sector público financie y promueva la diseminación de tal información. Las leyes que obligan a incluir mensajes sanitarios en las cajetillas es una actuación que se puede justificar desde este punto de vista. En cuanto a los costes externos, en principio bastaría con cuantificarlos de manera correcta y a continuación hacer que el fumador los soportase mediante impuestos.

El argumento de la “libertad amenazada” viene a decir en grandes líneas que a) los costes externos

están suficientemente cubiertos por los impuestos que soporta el tabaco y, por si esto fuese poco, el flujo neto favorable a los sistemas de pensiones de reparto originado por las muertes prematuras de los fumadores, y b) existe suficiente información acerca de los efectos nocivos del tabaco como para convencernos de que el que fuma acepta conscientemente el coste interno en términos de futuras enfermedades. El modelo económico de adicción racional de Becker y Murphy apoya implícitamente este último punto al postular que los fumadores devienen adictos anticipando plenamente las consecuencias que ello les puede deparar en el futuro.<sup>1</sup>

## ¿Hay algo más que la economía pueda aportar al debate?

Desde luego que sí. El estudio más solvente que conozco acerca de los costes del tabaquismo estima que un fumador americano típico de 24 años genera un coste externo (neto de impuestos sobre el tabaco que consume) de 6.200 \$ (a precios de 2000) a lo largo de su vida.<sup>2</sup> Este estudio no considera como coste externo el daño causado por tabaquismo a los miembros de la propia familia (23.406 \$). Por otra parte, por falta de información, no considera los costes por tabaquismo pasivo extramuros del hogar. Por tanto, se considere o no el daño a los miembros de su familia un coste social, el estudio indica que los impuestos en EEUU son demasiado bajos, y la adición de los efectos del tabaquismo pasivo en individuos ajenos a su familia no haría sino aumentar el balance deudor.

Sin embargo, el dato que más me llama la atención en este estudio es el coste interno que el fumador provoca a sí mismo, que asciende a 141.179 \$. ¿Es el valor monetario de la satisfacción que provoca fumar a lo largo de la vida igual o superior a este coste?

<sup>1</sup> Becker, G., y K. Murphy (1988): “A Theory of Rational Addiction”, *Journal of Political Economy*, Vol. 96, pp. 675-700.

<sup>2</sup> Sloan F.A., Ostermann, J., Conover, C., Taylor Jr., D.H. y G. Picote (2004): *The Price of Smoking*. The MIT Press.

Seguramente para algunos fumadores lo es, pero también cabe pensar que en no pocos casos el inicio del consumo y la posterior adicción han sobrevenido sin que el consumidor tuviese mucha idea del coste esperado de su decisión. Los profesionales de la salud -que tienen información de primera mano proveniente de sus pacientes- en general albergan pocas dudas acerca de la importancia de esta forma de fallo de la soberanía del consumidor. Gruber y Köszegi -economistas- han defendido que incluso siendo los fumadores conscientes de los efectos futuros de su consumo no actúan con consistencia temporal (es decir, sus acciones previstas para el futuro no se realizan llegada la fecha prevista).<sup>3</sup> En concreto muchos fumadores desean dejar de fumar en el futuro, pero llegado el momento no lo hacen (las numerosas resoluciones de año nuevo fallidas vendrían a refrendar este punto). Cualquiera que sea el motivo por el que se produce el fallo de soberanía del consumidor (desconocimiento del coste interno o comportamiento no plenamente racional ante el mismo), su existencia justifica la intervención del sector público por la vía de intentar evitar el consumo hasta la adultez (se supone que entonces el consumidor será soberano) y, sobre todo, por la vía impuestos, para acercar el coste total (costes internos ante los que no se actúa racionalmente y externos) al precio de venta. Así, Gruber y Köszegi muestran que, incluso sin alejarse demasiado del paradigma del “adicto feliz” implicado por el modelo de adicción racional, existe justificación para la intervención pública, en concreto aumentar los impuestos más allá del pago de los costes externos y prohibir las ventas a menores.

Pero, ¿y si la adicción racional -ante la cual el sector público no debe intervenir para proteger al con-

sumidor- y sus variantes -que justifican la intervención en los términos que acabamos de describir- no son una descripción adecuada (o, al menos, completa) de la realidad? El modelo de adicción racional, más allá de la elegancia matemática de su desarrollo y el prestigio del Premio Nobel Gary Becker, se sustenta en evidencia empírica poco robusta. Otros economistas han comprobado que la estrategia empírica usada por Becker y Murphy para contrastar su modelo llevaría a clasificar la leche como un bien adictivo.<sup>4</sup> Y recientemente se ha demostrado que un modelo donde el tabaquismo es considerado una enfermedad infecciosa genera predicciones “observacionalmente equivalentes” a las del modelo de adicción racional.<sup>5</sup> Es decir, los patrones de consumo que se detectan empíricamente son necesarios, pero no suficientes, para aceptar la hipótesis de adicción racional. La consecuencia para la política pública es clara: si aceptamos que el consumo de tabaco por parte de padres, abuelos, amigos, profesores, ídolos pop etc. favorece que los jóvenes “se contagien” y empiecen a fumar, la subida de los impuestos pasa a tener una justificación similar a la subvención de las vacunas y la prohibición de la publicidad pasa a ser una forma más de prevenir la infección.

Que cada uno saque las conclusiones que más le convengan. Para bien o para mal, las leyes no siempre se basan en razones económicas y, cuando las usan, no siempre son éstas las de más peso. En cualquier caso, si alguien está interesado en justificar económicamente la Ley de Prevención del Tabaquismo que entró en vigor este año, y los cambios en la fiscalidad que desde las asociaciones médicas se vienen demandando desde hace tiempo, la “ciencia lúgubre” puede echar una mano.

<sup>3</sup> Gruber, J., y B. Köszegi (2001): “Is Addiction “Rational”? Theory and Evidence”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 116, pp. 1261-1303.

<sup>4</sup> Auld, C., y Grootendorst (2004): “An Empirical Analysis of Milk Addiction”, *Journal of Health Economics* Vol. 23 pp. 1117-1133.

<sup>5</sup> Alamar, B. y S.A. Glantz (2006): “Modelling Addictive Consumption as an Infectious Disease”, *Contributions to Economic Policy and Analysis*, Vol 5, Issue 1, Article 7.



# LA ÉTICA DEL ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN: PROPUESTA DE MEDICIÓN DE LA AVERSIÓN A LA DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN SALUD Y APLICACIÓN EMPÍRICA PARA LA CIUDAD DE BARCELONA

Xavier Metzger

*Tesis Doctoral defendida en el Departamento de Política Económica y Estructura Económica Mundial de la Universidad de Barcelona, el 24 de Abril de 2005. Dirigida por la Dra. Marisol Rodríguez Martínez, obtuvo la calificación "Cum Laude" por unanimidad. E-mail: metzgerx@tresnet.com*



Las herramientas que la economía de la salud ha utilizado para dilucidar si una situación de salud es o no justa (o inequitativa) se han tomado principalmente de la filosofía (teorías de justicia distributiva), y de la rama de la economía que estudia la distribución y redistribución de la renta, con las dificultades de translación que ello comporta. La importancia de la situación de esta frontera radica en que aquellas situaciones de salud (entendidas en el caso de la tesis como situaciones de mortalidad, morbilidad y acceso a recursos sanitarios) que sean consideradas como injustas deberían ser objeto de las acciones públicas por parte de los organismos

encargados de velar por la salud de las poblaciones.

Adam Wagstaff, en base a los análisis de Shlomo Yitzhaki, ha señalado que una de las herramientas más utilizadas en la medición de las desigualdades sociales en salud, el Índice de Concentración estándar, derivado de la Curva de Lorenz, presenta una visión concreta y no verificada de cómo debe valorarse la salud de los individuos más aventajados (en renta, educación, etc.) en relación con la salud de los menos aventajados a la hora de medir la desigualdad socioeconómica en salud. Más concretamente, el Índice de Concentración estándar contiene un valor del parámetro de aversión a la desigualdad  $v=2$ , lo que indica que la salud del individuo menos aventajado se valora como 2, descendiendo de forma progresiva hasta un valor de 0 para la salud del individuo más aventajado. El valor  $v=1$  indica que la salud de todos los individuos es ponderada de forma igual, caso que supone la indiferencia a la desigualdad socioeconómica.

La tesis ha considerado que las preferencias individuales sobre cómo valorar situaciones de salud se ven afectadas por dos elementos: el nivel socioeconómico de los individuos, y qué individuos son los que presentan un mayor riesgo de salud, si los más ricos o los más pobres, así como el grado en que sufren este riesgo de salud.

Sobre esta base, se fijó como primer objetivo de la tesis crear una metodología que permitiera aflorar las preferencias de los individuos de una población en esta materia, representadas por el parámetro de aversión a la desigualdad en salud propuesto por Yitzhaki, de características muy similares al de Atkinson. En segundo lugar se fijó como objetivo el verificar si los individuos son estadísticamente aversos a la desigualdad en salud y si está estadísticamente justificado el uso del Índice de Concentración estándar en la medición de desigualdades sociales en salud, bajo cinco escenarios distintos de riesgo de salud para los individuos de una población.

Se efectuó una lectura de los esquemas propuestos por Yitzhaki como juegos de suma 1 (correspondientes a los pesos entre los diferentes individuos de una población cuando son ordenados por su condición socioeconómica), interpretándose dichos esquemas como la "importancia relativa" que una sociedad puede otorgar a unos grupos poblacionales respecto de otros, o, en otras palabras, en qué medida debe realizarse una discriminación positiva de unos grupos frente a otros.

La metodología propuesta presenta como características el no utilizar números muy pequeños o muy grandes para comparar las situaciones (como hacían otras metodologías ensayadas hasta el momento presente), y el ser fácilmente comprensible hasta el punto

de poder ser contestada por la práctica totalidad de los miembros de una sociedad.

Los resultados de la implementación de la encuesta (Barcelona, 2004), han mostrado que la aversión a la desigualdad socioeconómica depende de ambos criterios: en primer lugar, de quién tiene peor salud, ya que los individuos son sensibles al incremento del riesgo de salud para cualquier grupo de población. En segundo lugar, se observa que en cuanto más pobres son quienes presentan el riesgo de salud, más está dispuesta la población encuestada a discriminar positivamente a favor de dichos individuos en lo que se refiere a recursos de salud.

En todos los escenarios de riesgo de salud propuestos la población se ha mostrado como aversa a la desigualdad socioeconómica en salud, siendo ésta no constante en relación con los incrementos del riesgo de salud, tanto cuando lo padecen los más ricos como cuando lo hacen los más pobres.

En lo referido a la validación de la utilización del Índice de Concentración estándar para su uso en la medición de desigualdades en salud, éste ha sido rechazado en cuatro de los cinco escenarios. Solamente en el escenario en que el tercio más rico de la población presenta el doble de riesgo de salud que el resto de la población, la aversión a la desigualdad socioeconómica en salud es estadísticamente similar al valor  $v=2$  implícito en el Índice de Concentración estándar ampliamente utilizado. En el resto de los casos la aversión objeto del estudio presenta valores más altos.

Ello indica que el valor  $v=2$  corresponde a situaciones de salud donde el tercio más rico de la población presenta un riesgo de salud aproximadamente un 90% más elevado. Se ha considerado que ello no representa a la mayoría de las distribuciones de salud de las poblaciones y se ha recomendado utilizar el Índice de Concentración extendido para la medición de desigualdades en salud con un valor de  $v=3$  (en lugar del  $v=2$ ), dado que ello significaría utilizar como referencia situaciones de salud en las que el tercio más pobre de la población presenta, aproximadamente, un riesgo de salud un 20% más alto que el resto de la población.

Las variables que han aparecido asociadas a la aversión a la desigualdad en el estudio, han sido el nivel de estudios y el tercil de renta de autoclasificación (que lo son en los cinco escenarios propuestos), con menor relevancia la edad y el lugar de residencia (en tres de ellos), el estado de salud (en dos de ellos), mientras que no lo han sido en ninguno de los escenarios el sexo, la renta por cápita o la ideología.

La tesis ha mostrado asimismo que existen dos elementos fundamentales que habitualmente no se tienen en cuenta a la hora de valorar los resultados de un análisis de desigualdades mediante el Índice de Concentración, y que pueden ser de suma importancia: la agregación de los datos y el parámetro de aversión a la desigualdad socioeconómica. Se ha demostrado en las simulaciones y en la aplicación a datos reales, que ambos elementos pueden modificar de forma sustancial el resultado de la medición.

Finalmente, la tesis ha pretendido ahondar en la reflexión del peligro que supone la utilización de fórmulas matemáticas sin el necesario conocimiento de las posiciones ideológicas que defienden, y cuyo conocimiento debe ayudar a los individuos a tomar decisiones acerca de qué situaciones de salud deben considerarse como situaciones de salud inequitativas, y por tanto objetivo de las políticas públicas de salud encaminadas a crear sociedades más justas.

# EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA CIRUGÍA DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL EN EL C.H.U. JUAN CANALEJO

José Luis Sampredo Morandeira

Tesina correspondiente al Máster en Alta Dirección Sanitaria organizado por la Universidad de A Coruña, defendida el 14 de diciembre de 2006, dirigida por la Dra. Beatriz González López-Valcárcel. E-mail: jsammor@canalejo.org



## Introducción:

La implicación de los facultativos en la gestión de los centros sanitarios es cada vez mayor. La creciente demanda por parte de las autoridades sanitarias y de los gestores de los centros de una justificación objetiva a la introducción de nuevas tecnologías, nuevos materiales o nuevas técnicas quirúrgicas se encuentra probablemente detrás de esta nueva actitud.

## Objetivos:

Surge en este contexto la necesidad de llevar a cabo el trabajo que nos ocupa, que trata de establecer cuál de las distintas formas de abordar un problema sanitario es la más adecuada desde el punto de vista clínico y económico. Se realiza un análisis coste-efectividad, comparando la cirugía abierta (CA) con el tratamiento endovascular (TEV) para la reparación de los aneurismas de aorta abdominal, desde la perspectiva del centro hospitalario y para un horizonte temporal de un año.

## Metodología:

Se trata de un estudio retrospectivo no aleatorio comparando pacientes sometidos a TEV, y pacientes sometidos a CA, intervenidos en el servicio de angiología y cirugía vascular del CHU Juan Canalejo entre los años 1999 y 2005. La muestra final consistió en 77 pacientes sometidos a CA y 30 a TEV.

La medida de efectividad elegida fue el "éxito clínico" definido como: 1) anclaje de prótesis adecuado con despliegue correcto; 2) Ausencia de fugas periprotésicas o hacia el aneurisma; 3) sistema permeable con ausencia de desplazamiento; 4) ausencia de conversión quirúrgica y 5) ausencia de reingresos (30 días posteriores a la IQ).

Los cálculos de costes se estructuraron en los siguientes apartados: a) estancia (hospitalización, reanimación/UCI); b) prótesis; c) intervención quirúrgica y d) pruebas funcionales.

## Resultados:

El análisis de sensibilidad univariante de los resultados del estudio frente a la variación de las estimaciones realizadas señala una mayor variación en el coste-efectividad con el número de éxitos clínicos y el coste de la prótesis endovascular. Los resultados son mucho menos sensibles a la duración de la estancia tanto de hospitalización como en la unidad de reanimación.

A pesar de que los resultados obtenidos son coincidentes con otros ya publicados, tanto estudios de diseño aleatorio como no aleatorio, hay ciertas limitaciones que hacen que los resultados no puedan ser extrapolados ni generalizados a la ligera.

- Escaso número pacientes.
- No se trata de un ensayo aleatorio controlado (hay un potencial sesgo en la selección de los pacientes).
- Efectividad clínica de un único centro para el análisis económico, refleja la experiencia y práctica clínica de nuestro hospital.
- Un año de seguimiento. En todo caso favorable a la TEV, con lo cual los resultados finales no variarían (TEV requiere un seguimiento intensivo a lo largo de toda la vida, tasas de reintervención mayores a L/P...).

## Conclusiones:

Teniendo en cuenta las limitaciones expuestas, se podría concluir que a nivel de nuestro centro el TEV no es superior a la CA en términos de coste-efectividad y por tanto no debería de aplicarse de manera rutinaria. Habrá que esperar a la incorporación de nuevos pacientes en nuestro estudio hasta obtener una muestra suficientemente grande, y a la revisión en el largo plazo de los pacientes ya intervenidos. Hay que valorar los datos a más largo plazo procedentes de ensayos clínicos aleatorios que están en marcha y que nos darán más luz sobre las posibilidades del TEV. Si la calidad de vida, las tasas de complicaciones y supervivencia mejoran después del TEV, y si los costes derivados de la endoprótesis disminuyen la relación coste-efectividad podría tornarse a favor de la cirugía endovascular.



## Human Development Report 2006

Beyond Scarcity: Power, Poverty and Global Water Crisis  
United Nations Development Program

Editorial: Palgrave Macmillan  
Fecha publicación: Noviembre 2006  
388 Páginas

El informe sobre el desarrollo humano (Human Development Report) que desde 1990 el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (United Nations Development Program) encarga a un grupo de expertos, se centra este año en la escasez de agua a nivel mundial. El informe rechaza la tesis de que el problema del agua se deba a su escasez y defiende que el origen del problema reside en la pobreza, el poder y las desigualdades. La obra se compone de seis capítulos en los que describe las desigualdades en el acceso al agua de los más pobres, el enorme impacto tiene la falta de agua que sobre la salud, así como la cuestión de la agricultura y la gestión del agua "transfonteriza". Se trata de una cuestión de gran interés por la tremenda importancia de la cuestión desde el punto de vista de la salud pública, especialmente en los países y regiones menos desarrollados.

## Pharmaceutical Economics and Policy Segunda edición

Fecha publicación: 30 November 2006  
Autor: Stuart O. Schweitzer  
Editorial: Oxford University Press  
352 páginas

Desde un punto de vista económico, el libro analiza la industria farmacéutica, describiendo sus objetivos y las distintas prioridades a las que debe dar respuesta, tratando de presentar el papel que la industria desarrolla y su importancia para la sanidad y la atención sanitaria de los países. Esta segunda edición en la que se han reescrito y actualizado los capítulos de la primera, se trata ofrecer un visión exhaustiva y equilibrada de un amplio abanico de cuestiones relacionadas con la industria y las políticas farmacéuticas en Estados Unidos pero también a nivel mundial. El libro incluye también seis nuevos capítulos, centrados en el nuevo papel de la FDA, la industria de la biotecnología, los genéricos, los medicamentos alternativos y el papel de Medicare. Además de éstos, aborda cuestiones como la investigación y el desarrollo en la industria, la demanda de medicamentos, los precios y su regulación, el mercado mundial de medicamentos, la intervención y regulación en los mercados y la evaluación de nuevos medicamentos. En general, un texto interesante por el amplio espectro de temas que toca y su aproximación global del mercado y la industria farmacéutica.



## Situación de la epidemia de sida

Diciembre de 2006  
Editorial: Organización Mundial de la Salud  
Publicación del ONUSIDA  
86 páginas

La Situación de la epidemia de SIDA informa anualmente de la evolución de la epidemia. La edición correspondiente a 2006, acompañada de mapas y resúmenes regionales, proporciona las estimaciones más recientes del alcance de la epidemia y de la mortalidad que causa y examina las nuevas tendencias en su evolución.



## Trends in EU Health Care Systems

Autor: Gooijer, Win de  
Año 2006  
Editorial: Springer  
504 páginas

El texto se centra en un tema de gran interés como es el estudio y reflexión sobre el futuro de los sistemas de salud en la UE. El autor analiza las situaciones de desigualdad y el creciente número de personas que no cuentan con seguro médico en Europa. Entre los aspectos analizados, destacan la controversia entre expansión o reformas de los sistemas, cuestiones legales y éticas a las que se están enfrentando las políticas públicas y las previsiones de la evolución futura de la atención sanitaria en Europa, discutiendo qué cambios serán necesarios y cuáles será posible llevar a cabo.



## Gestión diaria del hospital

Autor: Asenjo Sebastián, Miguel Ángel  
Editorial: Díaz de Santos  
Tercera edición (2006)  
637 páginas

Se trata de la 3ª edición de una obra especialmente dirigida a los profesionales de la organización y gestión de servicios de salud hospitalarios, ya que proporciona fundamentos prácticos para comprender los parámetros y metodología de la gestión sanitaria. Su estructura es la misma que la de ediciones previas en la que avanza desde aspectos generales a concretos. Así, aborda cuestiones que van desde el derecho y la salud a las responsabilidades de los profesionales, la gestión hospitalaria y contratación de recursos, la estrategia y plan de empresa, el marketing, la gestión de recursos humanos y sistemas de incentivos, la gestión de los diferentes servicios, la organización médica y de enfermería, la información, la ética, la calidad asistencial, la logística o las urgencias, para finalizar con una visión actual y el planteamiento de perspectivas de futuro. Está especialmente dirigido a gestores de hospitales, docentes e investigadores en salud pública, estudiantes o cualquier persona con interés en la gestión de los servicios sanitarios.

# BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD CONVOCATORIA AES 2007

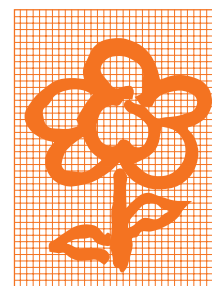
La investigación en economía de la salud tiene un importante papel en la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, así como en otros ámbitos relacionados con la salud. Conscientes de esta importancia, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD**, junto con **QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER**, que propuso 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 - 2007** 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/ Calvet, 30, 08021 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina el **4 de Mayo de 2007**.
- 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 €, entregándose en tres fases: 3.600 € en el momento de su concesión, 3.600 € 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 € 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.- El investigador principal que haya ganado alguna de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** en ediciones anteriores, no podrá optar a la convocatoria actual como investigador principal.
- 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 **XXVII Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en A Coruña del 6 al 8 de Junio de 2007**.
- 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.
- 15.- Una vez finalizado el proyecto premiado, los resultados serán presentados en las Jornadas anuales de Economía de la Salud.

# SEGUNDA EDICIÓN DEL PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO DE ECONOMÍA DE LA SALUD 2006



**Convocatoria de la Asociación de Economía de la Salud con el Patrocinio del Instituto de Estudios Fiscales**

## 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 2006 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 2006 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 serán elegidos 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 2006. 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 XXVII Jornadas de Economía de la Salud, que se celebrarán en La Coruña del 6 al 8 de junio de 2007.

## 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/ Calvet, 30, 08021 BARCELONA.

El plazo para presentar artículos candidatos al premio (publicados en 2006) finaliza el 14 de abril de 2007.

A través de esta sección, desde el Boletín pretendemos crear un espacio de participación activa de los lectores. El equipo editorial tratará de canalizar reseñas sobre temas, estancias en centros extranjeros, notas sobre investigaciones, “réplicas” a textos ya publicados y cualquier otro tipo de aportación o experiencia que contribuya a mejorar sus contenidos. Las aportaciones a esta sección se pueden dirigir al coordinador: Oriol de Solà-Morales (osola@ohsjd.es), bajo el título “Con acuse de recibo”.

## DE CONTRATOS Y CONVENIOS

Oriol de Solà-Morales

Dice el diccionario de la Real Academia Española que convenio es “ajuste, convención o contrato”, mientras que contrato es “pacto o convenio entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas”. La segunda expresión recuerda una obligatoriedad, un cierto grado de presión, mientras que la primera hace más referencia a una actitud voluntaria. Además de esta noción imperativa del uno respecto del otro, el estudio etimológico<sup>1</sup> de los términos nos indica diferencias sutiles pero suficientes, puesto que contrato (del latín *contractus*) nos remite a traer y convenio (de *convenir*) a venir, es decir, a actitudes radicalmente distintas, una activa (lo que no tiene movimiento propio hay que traerlo) y otra pasiva. Históricamente la segunda es del S. V con el significado de “arrastrar”, mientras que la primera no aparece hasta el S. XIII significando “juntarse o ir a un mismo lugar”. Administrativamente, parece que la obligatoriedad del concepto contrato aconsejó la creación (aunque parecidos no tienen el mismo origen etimológico) de otro concepto que permitiera una relación menos vinculante.

La AES firmó hace ya unos años tres convenios con sendas organizaciones de Economía de la Salud: APES (Associação Portuguesa de Economia da Saúde), AES-Argentina (Asociación de Economía de Salud de Argentina) y ABrES (Associação Brasileira de Economia da Saúde). Entre

otras muchas cosas, el pacto quinto de dicho convenio establece que las dos asociaciones convenidas

*“... publicaran regularmente en sus boletines las noticias de la otra Asociación (actos, publicaciones, convocatorias, etc). Con este fin ambas instituciones se comprometen a enviar regularmente a la redacción del boletín de la otra asociación las noticias de interés para mantener puntualmente informados a todos los asociados”.*

Los acuerdos fueron rubricados en 2003<sup>2</sup>, tienen una vigencia trienal, y se renuevan automáticamente salvo que alguna de las partes quiera actualizar y/o modificar algún punto del convenio. Los convenios son bastante genéricos y esencialmente vienen a equiparar los derechos de los asociados en las cuatro asociaciones, especialmente en lo referente a cuotas de inscripción a congresos y presencia de representantes de la asociación en los congresos organizados por sus contrapartes. También pretende desarrollar el ámbito de cooperación científica, y aunque propone modelos de coordinación, estos son lo suficientemente abiertos para poder ser adaptados en cada momento a las circunstancias.

Pretendíamos ahora hacer una valoración de esos convenios y dar cumplimiento en esta sección de dicho acuerdo. Puestos en contacto con las distintas asociaciones para

que nos mandasen material para dar cumplimiento al encargo que habíamos recibido, tenemos que reconocer que la respuesta fue escasa (¿igual no insistimos suficientemente o los plazos fueron demasiado cortos?). Creímos entonces que podríamos encontrar información suficiente en las webs de las asociaciones, y aunque hay información, el resultado no ha sido tampoco lo que hubiéramos querido encontrar.

De la web de APES (<http://www.apes.pt>) se pueden extraer algunos datos: en primer lugar, es una web recientemente rediseñada, ambiciosa, aunque algunas de las áreas están todavía en construcción. En segundo lugar que es bastante dinámica, aunque la cadencia de los Boletines es discontinua, y finalmente que las menciones a AES (España), AES (Argentina) o ABrES no ocupan un lugar destacado si bien es cierto que se hace en sus boletines alguna referencia a nuestras actividades pero sin un trato diferenciado a la de otras asociaciones. La información referente a la 9ª Conferencia Nacional de Economía de la Salud (Noviembre 2005) y del 1º taller APES (Septiembre 2006) dedicado a la Economía y Políticas Sanitarias queda limitada al programa, pero viendo las publicaciones las líneas de investigación no distan mucho de las que podemos seguir aquí.

En el caso de la AES (Argentina) (<http://www.aes.org.ar/web/index.php>) la presencia de las otras tres

<sup>1</sup> RAMIREZ HERNANDEZ, Rebeca. Consideraciones etimológicas sobre los términos contrato y convenio. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.*, 2001, vol.9, no.2, p.111-113.

<sup>2</sup> Existe un primer convenio de 1998 con APES

asociaciones es muy visible en toda la web, y se incluyen en ella los boletines de AES (España). Está muy actualizada la zona reservada a Noticias y Artículos, en la que se añaden informaciones bastante dispares y funcionaría como un tablón de anuncios. Sin embargo sí que queda claro que la web viene recogiendo de una forma u otra la actividad de la APES, AES (España) y ABrES, con la que ha co-organizado el II Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe (Octubre 2006). El tema del congreso, en la que participaron Vicente Ortún, Beatriz González López-Valcárcel Joan Rovira y Joao Pereira (Presidente de APES), era "Desarrollo Económico y Salud", y planteaba distintas mesas y ponencias en relación al binomio desarrollo y salud. Lamentablemente el acceso a la información está en una zona restringida sólo para socios (no ha sido posible el acceso), y la zona destinada a la Biblioteca Virtual ha sido "tomada" por *spammers*.

Finalmente la web de ABrES (<http://www.abres.cict.fiocruz.br>) no contiene mucha información, aunque se ve una intención de mantenerla al día al menos en algunos aspectos.

¿Y nosotros? ¿Qué tal lo estamos haciendo? Pues la foto que se podría obtener de la web tampoco es mucho mejor en lo referente a la voluntad de colaborar con estas tres asociaciones, ya que no ocupan en nuestra web tampoco ningún lugar destacado y las publicaciones de nuestros colegas brasileños, argentinos o portugueses no aparecen por ningún sitio. Aunque sí que hay información rica y actualizada de la actividad de la asociación y un calendario muy actualizado de actividades, las referencias a dicho convenio de colaboración en nuestro Boletín es también escasa: apenas un resumen del Ier congreso de Economía y Salud de América Latina y el Caribe (Mayo 2005) y la publicación de los resultados de una tesis en Enero de 2004.

Una vez realizado esta pequeña (y superficial) investigación, me vienen a la cabeza algunas reflexiones:

Primera: Parece que los convenios están funcionando especialmente a nivel de los intercambios de profesionales entre asociaciones y de la presencia de los unos en las reuniones científicas de los otros y viceversa. Aunque podría pensarse que los intercambios son una expresión insuficiente del convenio, debemos resaltar que la presencia continuada de compañeros de otras asociaciones en nuestras reuniones no sólo es muy meritoria por lo que comporta a nivel económico su desplazamiento, sino que también es muy enriquecedora para ambos, mantiene vínculos personales entre los integrantes de unas y otras asociaciones y obliga a salir a cada uno de su rutina para relacionarse en ámbitos nuevos, aún a riesgo de que esos nuevos círculos se conviertan también en "rutinarios".

Segunda: Que se está aprovechando el marco que se planteaba para "... *el desarrollo conjunto de actividades de difusión, investigación o docencia...*" (pacto primero). Si bien es cierto que se limita casi exclusivamente a las actividades de difusión, no es menos cierto que es el punto necesario para que el resto se desarrolle. Hay que decir también que AES (España) es probablemente -y es tan sólo una opinión subjetiva y quizás sesgada- menos generosa con las otras asociaciones que ellas con nosotros, y que la mayor actividad científica de nuestra asociación quizás nos distraiga de nuestros compromisos. No es menos cierto que AES (España) viene tangencialmente dando cumplimiento a este pacto en forma de bolsas de viaje para compañeros latinoamericanos, aún cuando eso supera el ámbito geográfico de los convenios.

Y tercera: Que otros están aprovechando mejor que nosotros el com-

promiso de "... *elaborar programas específicos de colaboración para la organización de eventos conjuntos o programas específicos de trabajo...*" (pacto sexto). El exponente más claro es la colaboración entre AES (Argentina) y ABrES, que salvando distancias idiomáticas (por otro lado no determinantes) son capaces de organizar conjuntamente reuniones científicas de forma conjunta. De nuevo aquí creo que es importante hacer una reflexión sobre si AES (España) está desplegando suficientemente ese punto, si tenemos en consideración las necesidades, demandas o inquietudes de los otros cuando preparamos los programas de las reuniones científicas.

En cualquier caso, creo que, a pesar de la aparente incomunicación, sí existen canales de comunicación entre las cuatro asociaciones, que eso enriquece a todos y que el balance es en líneas generales positivo. Si bien se trata de un convenio y no de un contrato, existe entre las asociaciones algo más que una voluntad pasiva. Aún habiendo algunos puntos susceptibles de mejora, no es para nada desdeñable la labor que se ha hecho hasta el momento, y que se trata de una herramienta suficientemente versátil para dar cabida a distintos ritmos de trabajo, a distintas mentalidades, cosa que un contrato más vinculante pero a la vez más rígido no permitiría. La virtud de las relaciones informales entre iguales es que convierten convenios en algo más sólido que algunos contratos; que la relación sea a nivel institucional, personal o más simplemente de las páginas web, depende única y exclusivamente de las personas que en un determinado momento tienen la posibilidad y disponibilidad de dedicarse a ello.

El contrato sigue siendo, de momento, innecesario. Aunque debamos periódicamente obligarnos -como ahora- a repasar que los mínimos son realmente cumplidos por ambas partes.

## EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD CELEBRADA EN A CORUÑA EL DÍA 17 DE NOVIEMBRE DE 2006

1. Pere Ibern sugiere que se retome la realización de una **Jornada Técnica** previa a las Jornadas anuales (cuya última edición tuvo lugar en Madrid en el año 2003). Asimismo, señala la conveniencia de que AES realice reuniones conjuntas con otras sociedades científicas (como ya ocurrió el año pasado). Rosa Urbanos sugiere aunar ambas propuestas y que las próximas Jornadas Técnicas se organicen en colaboración con otra sociedad.

2. La Junta discute la necesidad de que AES promueva la **creación de una revista de economía de la salud** en español, dado el vacío existente en el mercado editorial. Por otro lado, y dado el volumen de socios con el que actualmente cuenta AES (alrededor de 725), se sugiere la posibilidad de que se formen secciones dentro de la Asociación en torno a temas específicos, que cuenten con un responsable, rindan cuentas a la Junta Directiva y contribuyan a los comités científicos de las Jornadas AES. Dichas secciones (o grupos de trabajo) contarían además con un espacio en la web que trataría de facilitar la difusión de las reuniones científicas o seminarios específicos.

3. Pere Ibern informa de la **posibilidad de editar un nuevo monográfico de Economía de la Salud** que se publicaría en Gaceta Sanitaria. Asimismo, informa de la necesidad de abrir una nueva convocatoria de bolsas de viaje para el próximo congreso de la IHEA.

4. Pep Fusté informa de la **posibilidad de que AES se transforme en una asociación de utilidad pública**. La Junta acuerda encargar a Pep Fusté el estudio de los trámites necesarios para dicha transformación, así como el análisis de la repercusión que sobre las cuotas de los socios podría tener la exención del IVA.

5. En cumplimiento de un acuerdo de la Asamblea, la **Junta aprueba la reducción del importe de las cuotas correspondientes a estudiantes y jubilados**, que finalmente se fija en un 30%.

6. Recientemente un grupo de investigadores de Chile ha hecho la petición formal de formar parte de AES y han solicitado que se reconozca una **Sección de Chile dentro de AES**. La Junta aprueba dicha iniciativa y plantea su potenciación en el marco de la línea de integración de intereses en AES mediante la creación de secciones, propuesta tratada en el punto 2.

7. Con el objetivo de mejorar la información sobre las actividades de AES en los medios, se plantea la **propuesta de con-**

**tratar un gabinete de prensa**. Se aprueba la propuesta, acotada inicialmente a las **jornadas de A Coruña**.

8. Se plantea la necesidad futura de reorientar el contenido del **boletín**, hacia un órgano básicamente de comunicación interna con los socios y en un formato únicamente digital.

9. Se debate la propuesta de explorar las posibilidades de captación de fondos para ayudas a la **formación en el extranjero en economía de la salud**.

10. En relación con la **Beca patrocinada por Bayer**, la Junta encarga a Ignacio Abásolo la revisión de las bases para conseguir una mayor precisión en los criterios de adjudicación. Asimismo, se comenta que Bayer pide una mayor difusión de los trabajos realizados, una vez acabado el proyecto de investigación. Se acuerda que los resultados de cada proyecto sean presentados en las jornadas anuales de Economía de la Salud, en un espacio específico.

11. Con respecto al **documento de posición** referido a la **formación de pregrado de los médicos en Economía de la Salud**, el Presidente informa de su aparición, y señala la conveniencia de que AES continúe reclamando la necesidad de incluir en los estudios de pregrado de Medicina ciertos contenidos de nuestra disciplina.

12. Teniendo en cuenta que los estatutos requieren una revisión en sus contenidos para adaptarlos al momento actual (por ejemplo respecto a las limitaciones de presupuesto de AES) y que distintas iniciativas en marcha, como la solicitud de declaración de utilidad pública o la constitución de secciones pueden hacer necesaria su renovación, la Junta acuerda plantear a la próxima Asamblea la **necesidad de renovación de los Estatutos**.

13. **Renovación de la web** de AES. David Casado informa de que se ha encargado la renovación de la web de AES a la empresa JavaJan, siendo el propósito fundamental de dicha renovación la mejora del diseño y una organización de contenidos más funcional.

14. Sobre el **próximo Congreso SESPAS** que se celebrará el 2007 en Barcelona, Enrique Bernal informa de que AES participará organizando una mesa con el título "Reduciendo la brecha entre la investigación y las decisiones de la política sanitaria".

### POSIBILIDAD DE SOLICITAR O CONSULTAR EL LIBRO TITULADO *Estudis d'economia de la salut*

La Dirección de Planificación y Evaluación del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha publicado un libro con el título de *Estudis d'economia de la salut*, que recopila los estudios encargados a economistas de la salud para apoyar los Planes Directores de: cáncer, aparato circulatorio, salud mental, sociosanitario e inmigración.

El libro ha sido publicado en papel en catalán y se puede solicitar un ejemplar a Diana Altabella, [daltabella@catsalut.net](mailto:daltabella@catsalut.net), Direcció General de Planificació i Avaluació. Asimismo, se dispone de versiones en catalán, en español y resumen en inglés (formato pdf) en la página Web del Departament de Salut; <http://www.gencat/salut/estudiseconomiasalut>

### MASTER DE ECONOMÍA DE LA SALUD

**V Edición del Master de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias** (Universidad de Granada y Escuela Andaluza de Salud Pública). El plazo de inscripción para quienes no son profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz del finaliza el 20 de febrero de 2007. La documentación completa está disponible en <http://www.easp.es>

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**  
Suport Servicios • Calvet 30-entr.2ª • 08021 Barcelona • Teléfono 93 201 75 71  
• Fax 93 201 97 89 • e-mail: [aes@suportserveis.com](mailto:aes@suportserveis.com) y [secretaria@aes.es](mailto:secretaria@aes.es)  
**HORARIO:** Lunes a Viernes: de 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.