

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 21 ENERO 2008 n° **61**

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
LIBROS.....	2
JORNADAS AES.....	4
– XXVIII Jornadas AES- Salamanca, 28 a 30 de mayo de 2008	
TEMAS	6
– Participación de los pacientes en el coste y desigualdad social en la utilización de los servicios sanitarios. – Co-morbilidad.	
TESIS	10
– Avances metodológicos en la implantación de sistemas de costes para mejorar la gestión hospitalaria en el marco de la nueva gestión pública en España. – La descentralización y su impacto sobre la salud y la equidad en salud: algunas consideraciones teóricas y aplicaciones al caso de Canadá.	
VARIOS.....	12
– Becas de Investigación en Economía de la Salud. – Tercera Edición del Premio al Mejor Artículo en Economía de la Salud 2007.	
CON ACUSE DE RECIBO	14
– Más allá del acceso público al conocimiento científico.	
NOTICIAS DE AES.....	16

editorial

Sección coordinada por Juan Oliva
(Juan.OlivaMoreno@uclm.es)

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y ECONOMÍA

Félix Lobo

*Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Carlos III de Madrid
Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición*



El significado del término “seguridad alimentaria” ha cambiado con el tiempo. Después de la Segunda Guerra Mundial fue acuñado por la FAO significando la ausencia de hambrunas en los países subdesarrollados que comprometieran, por sus devastadores efectos, su estabilidad económica, política y social. Hoy, y como consecuencia de algunas graves crisis vividas a finales de los años noventa del pasado siglo, el concepto pertenece al campo de la salud pública. Expresa el objetivo de que los alimentos no generen riesgos que puedan causar enfermedades ni otros daños a las personas, ni en el corto ni en el largo plazo (política de protección de la salud frente a riesgos físicos, químicos, biológicos y nutricionales). También, en una versión más amplia en pleno desarrollo en la actualidad, que la alimentación responda a unas pautas nutricionales saludables en el marco de unas condiciones y hábitos de vida que las favorezcan (política de promoción de la salud).

Para los economistas la seguridad alimentaria es, en primer lugar, un bien público. En efecto, en principio cumple las condiciones clásicas: no cabe excluir a agentes determinados de su disfrute y el coste marginal de incluir a un agente más bajo su protección tiende a cero. Por ello es un bien que el mercado no tiene incentivos para producir, como ocurre con la Defensa o con la Justicia; lo tiene que producir el Estado, y en estas cuestiones yo creo que tiene que ser un Estado fuerte, con un dispositivo inspector, sancionador, informativo, etc. bien sólido (recuerdo que los funcionarios de salud pública de los Estados Unidos van de uniforme en las grandes ocasiones). No es, sin embargo, un bien público tan puro como los dos mencionados. Las empresas tienen incentivos de mercado a garantizar la seguridad de sus productos cuando pueden internalizar los beneficios o los costes mediante las marcas, la reputación o los modernos sistemas de trazabilidad o rastreabilidad de los productos.

Además, la seguridad alimentaria es un bien público global. Lo que aquí hagamos puede tener repercusión en los países a los que exportamos y lo que hagan los países de origen de nuestras importaciones es muy relevante para nosotros. Es especialmente trascendente la armonización europea, porque en la UE los productos circulan sin trabas. También tenemos una

AES-Secretaría
Suport Servicios – Calvet 30-entr.2ª
08021 Barcelona
Teléfono 93 201 75 71
Fax 93 201 97 89
Correo electrónico:
aes@suportserveis.com y
secretaria@aes.es

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

Editora del boletín:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Juan Oliva, Salvador Peiró, Jaime Pinilla y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:
Félix Lobo, Enrique Regidor, Juan Gérvas, Karen Moreno, Dolores Jiménez e Ignasi Labastida.

responsabilidad respecto de los países en vías de desarrollo para no imponerles barreras técnicas al comercio y para cooperar con ellos, y aquí estoy pensando muy especialmente en los países latinoamericanos.

En tercer lugar, quiero subrayar la idea de confianza en el sistema de seguridad alimentaria. Esta confianza es un componente de lo que hoy se llama "capital social". Es decir, el conjunto de instituciones apropiadas y de elementos culturales que nos hacen esperar que la conducta de los demás respetará las reglas del juego social, que las leyes, los contratos y las obligaciones se cumplen. Una sociedad en la que rigen estos principios tiene un gran capital que efectivamente le permite en el futuro mejores cotas de producción y de bienestar. La confianza en el sistema de seguridad alimentaria tiene valor por sí como elemento de garantía de la salud, pero tiene también importancia como garantía de crecimiento económico pues las transacciones no se verán limitadas por el temor al riesgo de intoxicación.

Hay que ser conscientes de la importancia económica que tienen los sectores a los cuales pueden afectar más los problemas de seguridad alimentaria. La contribución de la agricultura, ganadería y pesca al PIB en el año 2006 fue del 2,6%. La contribución de la industria alimentaria al PIB es el 2%, el segundo sector industrial más importante de España después de la transformación de metales, siendo la de la hostelería del 6,9% del PIB. En cuanto a cifras de empleo, en el año 2005, la agricultura, ganadería y pesca

generó 972.000 puestos de trabajo, a los que habríamos de sumar otros 467.000 puestos de la industria de la alimentación, bebida y tabaco, más 1.351.000 correspondiente a la hostelería. Si sumamos, en números redondos, y sin introducir efectos de arrastre en otros sectores como el del transporte, comercio o veterinario, el 12% del PIB y el 14% de los puestos de trabajo, pueden verse afectados por problemas de seguridad alimentaria.

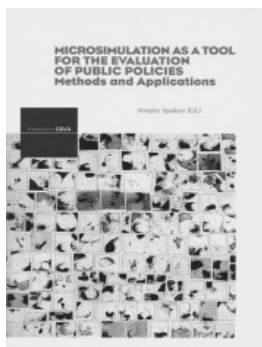
La integración económica está igualmente relacionada con la seguridad alimentaria, pues la libre circulación de mercancías exige la armonización de las reglamentaciones técnicas en este campo como en otros. Tenemos la suerte de formar parte de la Unión Europea que está desarrollando algunos principios fundamentales: la exigencia en todos los campos de un nivel elevado de protección de la salud; la obligación de consolidar la confianza de los consumidores; la idea básica de la unidad y continuidad de toda la cadena alimentaria, desde la granja hasta la mesa; la fundamentación de las decisiones en un análisis científico del riesgo y la aplicación del principio de cautela cuando sea necesario.

Para terminar, una última idea es que el sistema de seguridad alimentaria es muy importante para la equidad y la justicia distributiva. Quienes más pueden sufrir los problemas de seguridad alimentaria son los grupos sociales más desfavorecidos, pues por su bajo nivel de renta tienen que comprar los alimentos más baratos y frecuentar los establecimientos más económicos. También se ha comprobado ampliamente que hay una relación entre obesidad y pobreza.

libros

Sección a cargo de Salvador Peiró
(peiro_bor@gva.es)

La **Fundación BBVA** edita, desde hace años, una excelente y muy cuidada colección de libros. En buena parte los textos son el producto "duradero" de algunas jornadas patrocinadas por esta entidad, que parece tener un olfato especial para auspiciar actividades de alto nivel académico y con un importante componente de innovación metodológica. Sirvan de ejemplo los Talleres que la **fBBVA** patrocina en las Jornadas de la **Asociación de Economía de la Salud**. Aunque esta colección de la **fBBVA** edita libros de temas muy diversos, la economía es un argumento importante y, en los últimos años, ganan espacio las tramas relacionadas con la economía de la salud o con temas de interés para los economistas de la salud. Entre estos, y en los últimos tiempos, hay que destacar algunos de los libros que hoy se comentan.



Spadaro A, ed. Microsimulation as Tool for the Evaluation of Public Policies: Methods and Applications. Bilbao: Fundación BBVA; 2007.

Amedeo Spadaro reúne en este libro las ponencias de las Jornadas "La microsimulación como instrumento de evaluación de las políticas públicas: métodos y aplicaciones", organizado por la Fundación BBVA en noviembre de 2004. El libro, tanto en los aspectos teóricos como en las aplicaciones prácticas, se centra en las bondades de los modelos de microsimulación para identificar las mejores políticas de redistribución, entendiendo las mejores políticas como aquellas que maximizan una determinada función de bienestar social. Además del propio Spadaro el libro cuenta con textos de diversos autores, siendo especialmente interesante, por su temática, el capítulo de **Nuria Badenes** y **Ángel López Nicolás**, tanto en lo que tiene de revisión de los modelos de microsimulación en el campo de la economía de la salud (incluyendo un panorama de los trabajos en Australia, Canadá, Estados Unidos y Europa), como su aplicación al estudio concreto de los efectos de la doble cobertura aseguradora pública y privada.



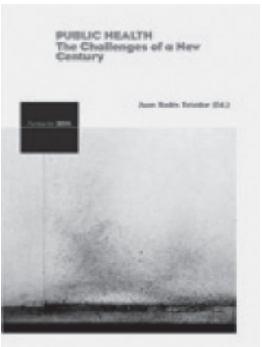
Cabasés Hita JM, ed. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao: Fundación BBVA; 2006.

Juan Manuel Cabasés, Fernando Lera, Pedro Pascual Arzo, Rosa Urbanos, David Cantarero, Carmen Molina Garrido, Jesús Salvador Gómez Sala, Roberto Montero Granados, Juan de Dios Jiménez Aguilera, José Jesús Martín, Alfonso Utrilla, José Sánchez Campillo y José Sánchez Maldonado, juntos o revueltos según capítulos, son los autores de los diversos capítulos de este libro cuyas aportaciones, en palabras de su director, “se agrupan en cinco secciones. Las dos primeras (capítulos 1 a 3) analizan el marco comparado internacional, que ofrece estimaciones de las tendencias recientes en la financiación del gasto sanitario, ejemplos de reformas en curso, modelos de estimación de variables de necesidad sanitaria y experiencias que pudieran ser relevantes para su aplicación en España. La tercera (capítulos 4 a 8) analiza y valora el modelo actual de financiación territorial sanitaria en España, vigente desde enero de 2002. La cuarta (capítulos 9 y 10) trata de dar respuesta a cómo podría haberse diseñado el modelo, a través del análisis de los métodos de estimación de necesidades sanitarias. Por último, la quinta (capítulos 11 a 14) recoge las reflexiones y las perspectivas de un futuro modelo, junto con las posibles mejoras a introducir al actual para lograr un sistema capaz de satisfacer los requisitos de suficiencia, autonomía y equidad”.



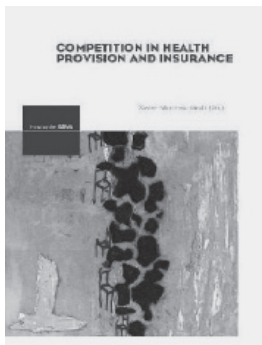
Guillén Estany M, ed. Longevidad y dependencia en España: consecuencias sociales y económicas. Bilbao: Fundación BBVA; 2006.

A propósito de este libro dirigido por la profesora **Montserrat Guillén**, comenta **Guillem López Casasnovas** en la contraportada que “se trata del primer estudio que computa el coste completo previsible de la cobertura de dependencia para cada franja de edad. Calcula probabilidades de supervivencia para cada cohorte, el estado de discapacidad asociado a la edad y la transición previsible entre estados hasta la muerte. Si a dichos estados asociamos los servicios y costes unitarios de compensar las discapacidades, podemos cuantificar el coste total”. Señala Guillem López que el método empleado “es lo más próximo que se puede encontrar con datos españoles a lo que podría ser una prima actuarial del seguro de dependencia” y que el presente estudio “ofrece una perspectiva longitudinal relevante que complementa la de otros estudios transversales más convencionales”.



Rodes Teixidor J, ed. Public Health: The Challenges of a New Century. Bilbao: Fundación BBVA; 2006.

Este libro reúne las ponencias del curso “Public Health Challenges at the Beginning of the New Century” realizado en San Sebastian en julio del 2001. El libro reúne una docena de capítulos, de extensión e interés muy desiguales, con algunos que plantean problemas actuales y otros que abordan temas más trillados o desde una perspectiva didáctica. Entre los autores españoles de los capítulos cabe citar a **José María Martín Moreno**, que aborda la *performance* de los sistemas sanitarios, **Antoni Trilla**, que trata los determinantes de la salud, **Pedro L. Alonso**, que habla de la agenda de investigación, **Manuel Carrasco**, que aborda los problemas de la ancianidad, **Josep Maria Antó** con la temática medioambiental, y **Xavier Bosch**, con “infecciones y cáncer”. Incluye un interesante, y breve, capítulo de **Nick Black** sobre identificación de prioridades para la investigación de salud.



Martínez Giralt X. Competition in health provision and insurance. Bilbao: Fundación BBVA; 2006.

Pedro Pita Barros, Begoña García Mariñoso, Izabela Jelovac, Xavier Martínez-Giralt y Pau Olivella son los autores de este interesante libro que aborda dos temas particularmente controvertidos. El primero se refiere a la regulación de los precios en los mercados farmacéuticos y, la verdad, tiene de todo: corporaciones farmacéuticas, agencias estatales, copagos, mercados internacionales e importaciones paralelas, precios de referencia y, como no, una interesante discusión sobre los costes de la I+D farmacéutica. El segundo tema, mecanismos de negociación en los mercados sanitarios, aborda las diferentes formas de interacción entre proveedores y “terceros pagadores”. Se trata de temas complejos, que esconden grandes intereses y que levantan grandes pasiones. Sorprendentemente, o quizás no tanto, su abordaje desde una perspectiva económica formal, como la empleada por los autores, es toda una novedad.

La Fundación BBVA tiene un copioso patrimonio editorial que puede consultarse en su página web (<http://w3.grupobbva.com/TLFB/TLFBindex.htm>) desde la cual puede también accederse a la interesante colección de Documentos de trabajo de la fBBVA.

XXVIII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

SALAMANCA, 28 AL 30 DE MAYO DE 2008

ECONOMÍA, COMPORTAMIENTO Y SALUD

PRESENTACIÓN

Las decisiones en el ámbito de la salud y los servicios sanitarios dependen no sólo de incentivos puramente económicos sino también de pautas y condicionantes psico-sociales y emocionales, que generan resultados difícilmente explicables bajo el paradigma tradicional. La *economía del comportamiento* intenta explicar estos fenómenos reconociendo que los humanos estamos sujetos a limitaciones cognitivas y de autocontrol que nos hacen cometer errores de forma sistemática. Si bien estas limitaciones eran ya conocidas en psicología, la economía aporta el potencial de generación de evidencia útil para las políticas públicas. El lema elegido para las XXVIII Jornadas de Economía de la Salud responde a la evidencia de que el sector de la salud se caracteriza precisamente porque la información de la que disponen los individuos es imperfecta y está asimétricamente distribuida, por la frecuente necesidad de tomar decisiones en contextos de elevada incertidumbre en un marco de gran ansiedad o urgencia y por la existencia de lapsos dilatados entre la adopción de ciertos hábitos de vida y sus efectos sobre la salud. Desde esta óptica podemos reflexionar sobre cuestiones tales como: ¿a qué se deben las variaciones en la práctica clínica y por qué no converge ésta hacia los estándares marcados por criterios de coste-efectividad?, ¿por qué hay pacientes que no siguen adecuadamente los tratamientos?, ¿por qué la demanda de servicios es insensible a la información sobre desempeño clínico de los proveedores?, ¿hemos de fiarnos de las medidas subjetivas de calidad de vida relacionada con la salud? o ¿por qué seguimos dietas desequilibradas, fumamos y no hacemos deporte aun sabiendo que estamos atentando contra nuestra salud?

El programa científico desarrollará este lema con particular énfasis en las experiencias de políticas, herramientas de gestión y modelos de organización que ayuden a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y mejorar la salud de la población. Como resulta habitual, más allá del lema, las Jornadas ofrecen la oportunidad de exponer las investigaciones recientes sobre Economía de la Salud,

Política y Gestión sanitaria. Os invitamos pues a enviar vuestras contribuciones.

SESIONES PLENARIAS Y MESAS DE PONENCIAS

Para las sesiones plenarias está previsto invitar como conferenciantes a: Jeffrey Harris (MIT), Carol Propper (Universidad de Bristol) y Julian Le Grand (LSE).

Están previstas las siguientes mesas de ponencias:

- Obesidad, comportamiento y economía
- Política farmacéutica
- El precio social del AVAC
- Evaluación económica y Salud Pública
- Financiación de proveedores sanitarios
- Medición de la salud a partir de auto-evaluaciones
- Dependencia

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Ángel López Nicolás

Vocales: José M^a Abellán Perpiñán, Teresa Bago D'Uva, Andrés Carrillo González, Juan Oliva Moreno, Jaume Puig Junoy, M^a José Rabanaque Hernández, José Ignacio Sánchez Macías y Marcos Vera Hernández.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Fernando Rodríguez López

Vocales: Juan Carlos Alonso Punter, José M^a Elena Izquierdo, Juan Carlos Gamazo Chillón, Carlos Polanco Sánchez y José Ignacio Sánchez Macías.

SECRETARÍA TÉCNICA

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

Secretaría AES

Calvet, 30

08021 Barcelona

Tel.: 932017571 - Fax: 932019789

E-mail: aes2008@aes.es

www.aes.es/jornadas

SEDE DE LAS JORNADAS

Hospedería Fonseca

C/ Fonseca, 2
37002 Salamanca

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

El miércoles, 28 de mayo por la tarde tendrá lugar una recepción de bienvenida a la ciudad a los participantes en las Jornadas. El jueves se celebrará la habitual cena de las jornadas, en esta ocasión en el Palacio Figueroa (Casino de Salamanca).

PÁGINA WEB

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

FECHAS IMPORTANTES

31 de Enero de 2008: Fecha límite para la presentación de comunicaciones.

10 de Abril de 2008: Fecha límite para inscripción a precio reducido.

15 de Mayo de 2008: Fecha límite para formalizar la inscripción.

PRECIOS DE INSCRIPCIÓN

Tipos	Hasta el 10 de abril 2008	Después del 10 de abril 2008
Socios AES y nuevos socios	340€	390€
No socios	415€	465€
Estudiantes socios AES y nuevos socios	110€	160€
Estudiantes no socios	160€	210€

BECAS Y PREMIOS

Bolsas de viaje para asistencia a las Jornadas de Salamanca

AES 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 XXVIII Jornadas de Economía de la Salud. Asimismo,

AES convocará 5 bolsas de 1.000€ para personas de procedencia latinoamericana que presenten una comunicación a las XXVIII Jornadas. Las bases están disponibles en www.aes.es.

Premios a Comunicaciones científicas

Se otorgarán 2 premios (mejor comunicación oral y mejor póster) a las mejores comunicaciones a juicio del Jurado establecido al efecto.

XVII 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€. La fecha límite de recepción de proyectos es el 30 de abril de 2008.

Premio al mejor artículo de economía de la salud 2007

AES convoca el Premio al mejor artículo de economía de la salud 2007, 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 2007 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€. El plazo para presentar artículos candidatos al premio finaliza el 4 de abril de 2008. Las bases y el formulario están disponibles en www.aes.es. El fallo del Jurado se hará público en las XXVIII Jornadas de Economía de la Salud.

TALLER FUNDACIÓN BBVA

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, el día 27 de mayo tendrá lugar el taller "**Técnicas para la evaluación de impacto en Economía de la Salud**". El objetivo del taller es revisar las técnicas más comunes que se utilizan en la evaluación cuantitativa de impacto de políticas públicas utilizando ejemplos relevantes para la economía de la salud. Está prevista la participación como ponentes del taller de Samuel Berlinski, University College London and Institute For Fiscal Studies y Marcos Vera, University College London and Institute For Fiscal Studies.

PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL COSTE Y DESIGUALDAD SOCIAL EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS¹

Enrique Regidor

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid*

Diversas investigaciones han mostrado que la utilización de los servicios sanitarios disminuye cuando los pacientes participan en el coste de los mismos a través de una carga financiera cada vez que los utilizan. El Rand Health Insurance Experiment²-clásico estudio de referencia en este asunto- mostró que la participación en el coste por parte de los pacientes reduce la utilización de un amplio rango de servicios sanitarios. Otros estudios han confirmado ese efecto en las visitas médicas, los ingresos hospitalarios, los servicios de urgencia, las prestaciones preventivas y las prescripciones de farmacia.

En teoría la introducción de algún tipo participación en el coste debería originar una mayor reducción en la utilización de los servicios sanitarios en los sujetos de posición socioeconómica baja que en aquellos de posición socioeconómica alta, ya que los individuos de posición socioeconómica baja tienen menores ingresos económicos. Sin embargo, las investigaciones que han evaluado esta hipótesis, aparte de ser poco numerosas, no ofrecen resultados concluyentes. Por este motivo, este estudio evaluó la relación de la posición socioeconómica con la probabilidad de visita médica y de hospitalización en tres países con cobertura pública de la asistencia sanitaria, pero con distinto sistema en cuanto a la participación de los pacientes en el coste de los servicios sanitarios.

Estos países fueron Francia, España y Alemania. En el caso de la visitas al médico, en Francia los pacientes debían abonar un 30% del importe del coste del servicio, mientras que en Alemania y en España no había ningún tipo de participación en el coste de este servicio. En el caso de la hospitalización, en Francia los pacientes debían abonar un 20% del tratamiento hospitalario y participaban también en el coste de la medicación dependiendo de la gravedad de la enfermedad; en Alemania los pacientes debían abonar 8,7 euros por día hasta un máximo de 14 días al año; y, finalmente, en España no había ningún tipo de participación en el coste de la hospitalización.

Se utilizaron los datos de encuestas de salud por entrevista realizadas alrededor del año 1990 y alrededor del año 2000 en los tres países. Se trata de encuestas rutinarias que obtienen información de una muestra representativa de la población de cada país. La información de Francia se obtuvo de las Encuestas de Salud y de Protección Social de 1990 y 2000 realizadas por Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). La información de Alemania se obtuvo de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1992 y 1998 realizadas por el Instituto Robert Koch. Y la información de España se obtuvo de de las Encuestas

Nacionales de Salud de los años 1987 y 2001 realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Debido a que el rango de edad que incluye cada muestra varía, se analizó a la población de 25 a 74 años puesto que era el grupo de edad que permitía un mayor grado de comparación entre los tres países.

El indicador de posición socioeconómica fue la clase social basada en la ocupación del sustentador principal del hogar, agrupada en cuatro categorías: I. Profesionales y directivos; II. Autónomos y trabajadores de los servicios; III. Trabajadores manuales cualificados y IV Trabajadores manuales no cualificados. Las variables relativas a la utilización de servicios sanitarios fueron la existencia de alguna visita médica y la existencia de alguna hospitalización durante un determinado tiempo anterior a la entrevista. La relación de la posición socioeconómica con la visita médica y con la hospitalización se estimó mediante la odds ratio ajustada por edad y sexo, calculada por regresión logística. La clase social que se tomó como referencia para el cálculo de las odds ratio fue la clase I de profesionales y directivos. En el análisis también se incluyó como variable independiente la percepción subjetiva del estado de salud, con el objeto de ajustar la odds ratio por alguna medida de la situación de salud de los entrevistados.

En líneas generales, después de ajustar por edad, sexo y percepción subjetiva del estado de salud, en Francia se observó que la probabilidad de visita al médico en los sujetos pertenecientes a la clase social más baja fue inferior a la de los sujetos pertenecientes a la clase social más alta, mientras que en el resto de las clases sociales la probabilidad de visita al médico presentó una magnitud intermedia entre ambas (tabla 1). Concretamente, en el segundo periodo analizado, la odds ratio en los trabajadores manuales no cualificados con respecto a los profesionales y directivos fue 0,65, es decir en los sujetos pertenecientes a la clase social de trabajadores manuales no cualificados la probabilidad de visita al médico fue un 35% inferior a la de los sujetos pertenecientes a la clase social de profesionales y directivos. En cambio, en Alemania -en ambos periodos-, y en España -en el segundo periodo- no se observaron diferencias significativas en la probabilidad de visita al médico según la clase social. Por lo que se refiere a la hospitalización, después de ajustar por edad, sexo y percepción subjetiva del estado de salud, no se observaron diferencias significativas según la clase social en ninguno de los tres países estudiados, si bien la magnitud de la odds ratio en los sujetos pertenecientes a la clase social más baja tuvo una magnitud mayor en Francia que en Alemania y que en España (tabla 1).

Unos resultados similares a los obtenidos en Francia en relación con la visita médica se observaron en otro estudio en

el que se utilizó el nivel de estudios como medida de posición socioeconómica³. Concretamente, se halló que los franceses con el nivel alto de estudios visitaban con mayor frecuencia al médico que aquellos con nivel bajo de estudios. Esa consistencia con los resultados del presente estudio, junto a los hallazgos tan diferentes en Francia, con respecto a Alemania y España, apoyan la hipótesis de que la participación en el coste de este servicio puede reducir la visitas médicas en los sujetos pertenecientes a los grupos socioeconómicos más bajos.

No obstante, también hay que tener en cuenta otras posibles explicaciones de este hallazgo y que el presente estudio no ha podido descartar. Así, por ejemplo, los resultados observados en Francia pueden deberse a la posible influencia de otro elemento disuasorio y que afectaría también en mayor proporción a los sujetos de las clases sociales más bajas. En efecto, la necesidad de abonar directamente por los pacientes el coste de la visita médica, aunque posteriormente le sea reembolsado por la Seguridad Social, supone un mayor carga, como porcentajes de sus ingresos, a la personas de posición socioeconómica más baja.

También podría plantearse, como posible explicación de los hallazgos observados en Francia, el hecho de que los médicos generales en Francia no actúen como filtro o controladores del acceso al sistema sanitario. En este sentido, la mayor frecuencia de visitas al médico en las personas de posición socioeconómica alta en ese país podría deberse a que esas personas conocen mejor cómo funciona el sistema sanitario y pueden resolver más fácilmente los problemas burocráticos relacionados con el acceso al sistema sanitario. Sin embargo, en Alemania, donde los médicos generales tampoco actúen como filtro o controladores del acceso al sistema sanitario, no se encontraron diferencias socioeconómicas en las visitas médicas.

Por otro lado, en los tres países se ha observado que las personas que visitan más al médico especialista son las personas con mayores ingresos económicos⁴. Dado que en este estudio no se diferenció la consulta al médico general de la consulta al médico especialista, no puede excluirse como posible explicación el hecho de que la razón entre el número de visitas al médico especialista y el número de visitas al médico general pudiera ser mayor en Francia que en Alemania y en España.

Por lo que se refiere a la hospitalización, los hallazgos en Francia son sorprendentes si se comparan con los hallazgos obtenidos acerca de la visita médica, ya que también existe participación en el coste de este servicio sanitario. En el presente estudio, Francia mostró una odds ratio de hospitalización elevada en la clase social baja -1,57-, pero se redujo de manera considerable al ajustar por la percepción subjetiva de la salud. Este hallazgo apoya la opinión de algunos autores según la cual estos hallazgos paradójicos en Francia podrían estar reflejando un estado de salud más degradado en las clases sociales más bajas, relacionado con un menor acceso a la consulta al médico y, en general, a los servicios ambulatorios y preventivos, como consecuencia de la participación en el coste de la asistencia sanitaria⁵.

En resumen, los resultados de este estudio sugieren que la existencia de algún tipo de participación de los pacientes en

el coste de los servicios médicos puede reducir la frecuencia de visitas médicas en mayor proporción en los sujetos de clases sociales bajas que en aquellos de clases sociales altas, mientras que su efecto en la hospitalización es menos claro.

1. Resumen del trabajo: Lostao L, Regidor E, Geyer S, Añach P. Patient cost sharing and social inequalities in access to health care in three Western European countries. *Social Science and Medicine* 2007; 65: 367-76.
2. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J et al.. Use of medical care in the RAND health insurance experiment: diagnosis and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical Care* 1996, 24, (Supl), 1-87.
3. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Economics* 2004; 13: 669-687.
4. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal* 2006; 174, 177-183.
5. Grignon M, Polton D. Inégalités d'accès et de recours aux soins. In: *Mesurer les inégalités. De la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. (pp.188-200). Paris: DREES-Collection Mire, 1999.

Tabla 1: Relación de la clase social con la probabilidad de visita médica y de hospitalización en Francia, Alemania y España, alrededor del año 2000. Odds ratio e intervalo de confianza al 95, ajustada por edad, sexo y percepción subjetiva del estado de salud.

País y clase social*	Visita médica		Hospitalización	
	Odds ratio	Intervalo de confianza	Odds ratio	Intervalo de confianza
Francia				
I	1,00		1,00	
II	0,73	(0,66-0,81)	0,95	(0,72-1,24)
III	0,79	(0,71-0,88)	1,13	(0,87-1,47)
IV	0,65	(0,55-0,76)	1,24	(0,85-1,80)
Alemania				
I	1,00		1,00	
II	0,89	(0,72-1,10)	0,89	(0,72-1,11)
III	1,02	(0,82-1,26)	0,97	(0,78-1,21)
IV	0,93	(0,75-1,16)	0,85	(0,68-1,06)
España				
I	1,00		1,00	
II	1,06	(0,95-1,19)	1,05	(0,88-1,26)
III	1,03	(0,94-1,14)	1,14	(0,99-1,32)
IV	1,08	(0,98-1,20)	1,02	(0,87-1,18)

*I profesionales y directivos.

II trabajadores autónomos y trabajadores de los servicios.

III trabajadores manuales cualificados

IV trabajadores manuales no cualificados

CO-MORBILIDAD

Juan Gérvas

Médico General

Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid)

Introducción

Los pacientes acuden a la consulta médica habitualmente con más de una razón de consulta (1,8 razones de consulta por encuentro es la media). Y el médico suele anotar más de un problema de salud atendido (1,6 es la media de problemas atendidos por encuentro) (1). Por tanto, es raro ver a un paciente por una sola razón de consulta o atenderlo por un solo problema. Médicos y pacientes aceptan implícitamente que en un encuentro hay tiempo para tratar más de una razón de consulta, más de un problema de salud. Incluso en la población, es raro que las personas tengan sólo un problema de salud. Así, en la Encuesta de Salud de Cataluña, de 1994 a 1998, se demuestra que el 17,2% de las mujeres tiene un solo trastorno crónico, que el 20,3% tiene dos, y que el 17,2% tiene tres problemas de salud crónicos (2).

Cuando se sigue durante un año a los pacientes atendidos en atención primaria, determinados problemas de salud se asocian a la probabilidad de la presencia de otros problemas de salud. Por ejemplo, el paciente fumador tiene casi 13 veces más probabilidad de ser atendido por abuso de alcohol que el paciente no fumador. En otro ejemplo, el paciente con hipotiroidismo tiene casi 24 veces más probabilidad de ser visto por una micosis dermatológica (3). A los clínicos tales asociaciones les parecen "normales", esperables, lo de todos los días, y no nos llaman la atención. Pero, siendo habituales, la co-morbilidad tiene extraordinaria importancia, y no sólo clínica. Por ejemplo, la mayor co-morbilidad aumenta la probabilidad de ser derivado al especialista (4). Sin embargo, la atención clínica está organizada y pensada para prestar servicios al paciente con un solo problema, como si la co-morbilidad no tuviera repercusión clínica ni impacto en el sistema sanitario. Incluso en los ensayos clínicos se suele ignorar por completo la co-morbilidad, y en muchos casos se considera causa excluyente en la selección de los pacientes (4).

Algunas definiciones

Generalmente, cuando se habla de co-morbilidad nos referimos a la existencia de otras enfermedades en un paciente que ya tiene una enfermedad que consideramos índice (2,5). En la práctica clínica se confunden los términos multi-morbilidad y co-morbilidad (4). Es multi-morbilidad la ocurrencia simultánea de múltiples problemas de salud en la misma persona, sin tener en cuenta ni el orden jerárquico entre ellos ni su gravedad (2,5). Puesto que en la multi-morbilidad no se considera la gravedad e importancia de los problemas, la simple adición puede no tener consecuencias, y no aumentar la probabilidad de muerte, por ejemplo (2).

Las medidas de frecuencia de co-morbilidad tienen en cuenta la adición de otros problemas de salud al considerado índice. Así, los pacientes hipertensos tienen mayor probabilidad de tener obesidad, diabetes y/o hiperlipemia. También, los pacientes fumadores tienen con más frecuencia bronquitis agudas (3). Como es de esperar, la adición de problemas de salud al problema índice suele complicar la evolución del mismo. Así, si un paciente tiene una embolia, su riesgo de morir aumenta cuando coexisten otros problemas de salud (2).

Se puede medir "el peso" de la co-morbilidad, la importancia y gravedad de los distintos problemas padecidos por un paciente, y corregir por edad y por otros indicadores. El índice más utilizado es el de Charlson, que procede de estudios de hospitales, y estima la probabilidad de morir (6,7). Hay una tendencia creciente del riesgo de morir con relación al incremento de la puntuación del índice Charlson de co-morbilidad (2). Existen otros muchos índices de co-morbilidad, algunos específicos de atención primaria, como el DUSOI (*Duke Severity of Illness*), que se puede emplear directamente durante el encuentro con el paciente o a partir de la historia clínica (8,9).

Existe una co-morbilidad "familiar", poco estudiada. Por ejemplo, si un paciente tiene problemas con el alcohol y/o con otras drogas, es de esperar que sus familiares tengan más problemas que los familiares de pacientes sin problemas con el alcohol y/o con otras drogas. Efectivamente, los familiares de estos pacientes son diagnosticados con más probabilidad de problemas como depresión, abuso de medicamentos, y traumatismos varios (10).

Algunas consecuencias

La presencia de co-morbilidad tiene impacto en la salud de los pacientes, en su proceso de atención, y en el gasto que generan. Ya he comentado que la presencia simultánea de varios problemas de salud se asocia a más consultas y a mayor probabilidad de derivación al especialista (3,4). También he comentado que a mayor co-morbilidad, mayor probabilidad de muerte, al menos en presencia de algunos problemas específicos de salud (2). Y que la presencia de determinados problemas genera co-morbilidad familiar, de forma que aumenta la morbilidad en los familiares (niños y adultos) (10). Además, la co-morbilidad afecta a la calidad de vida.

No se ha estudiado muy bien en qué forma afecta la co-morbilidad al proceso de atención. En algunos casos el médico clínico parece ignorar la co-morbilidad a la hora de la atención, y

no toma medidas apropiadas. Por ejemplo, la tasa de diagnóstico precoz de cáncer orofaríngeo es de un 36%, similar a la tasa de diagnóstico precoz de cáncer de colon, aunque ambos cánceres tienen muy distinta accesibilidad. De hecho, parece como si los clínicos no tuviéramos en cuenta que el cáncer orofaríngeo es mucho más frecuente en los pacientes fumadores y bebedores (11). Por no considerar la co-morbilidad "tabaquismo + abuso de alcohol" perdemos la oportunidad de diagnosticar precozmente un cáncer muy accesible (y muy agresivo). La co-morbilidad también puede modificar el diagnóstico del cáncer de mama, en algunos casos adelantándolo y en otros retrasándolos, según el impacto de distintos problemas (12).

La co-morbilidad conlleva más consultas, pues hay más episodios de enfermedad (3). Como es natural, ello incrementa el coste de la atención. Así, en la co-morbilidad familiar de los pacientes con abuso de alcohol y/o drogas se demuestra un aumento del coste de la atención. Se ha calculado una media de unos 400 euros más por año y familiar (10).

No sabemos bien la compleja relación que se establece entre las enfermedades que coexisten en un paciente (12). Por ejemplo, ¿hay relación causal plausible que explique por qué la depresión es más frecuente en los pacientes con hipotiroidismo? (3). Quizá la haya, pero también pueden influir otros factores no tan evidentes, como el simple consultar más, o el necesitar medicación. También se ha demostrado que la diabetes se asocia a depresión (13). ¿Por qué? ¿Por sí misma, o por ser un problema crónico? Hay hipótesis varias para explicar algunos aspectos de la co-morbilidad, pero nos falta conocimiento al respecto (12, 14). En todo caso, la prevalencia de la co-morbilidad es tal que la mayoría de los pacientes tienen más de un problema de salud (1,15).

Conclusión

Los médicos aprenden y estudian Medicina como si los pacientes nos consultaran habitualmente por una sola razón de consulta, o tuviesen solo un problema de salud. Pero en la práctica clínica lo que vemos son pacientes con varias razones de consulta y con varios problemas de salud. Esta multiplicidad de enfermedades no es inocua. Aunque sabemos poco sobre las consecuencias de la co-morbilidad, al menos está claro que modifica el proceso de la atención y hace más probable la derivación al especialista. También aumenta la probabilidad de morir, al menos para algún problema índice. La co-morbilidad familiar es una cuestión importante, tanto para tenerlo en cuenta en la atención integral a los miembros de la familia, como para valorar su impacto en el gasto. Necesitamos pensar y saber más sobre co-morbilidad. Por ello es importante tenerla en cuenta en la práctica diaria, en la investigación y en la docencia.

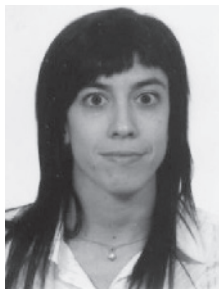
Referencias

1. Forés M, Gervas J, Bonet M, Marcos L, Tomás P, Sagués A et al. Epidemiological aspects of patient data in Spanish general practice. In Lamberts H, Wood M, Hofmans I, editors. *The International Classification of Primary Care in the European Community*. Oxford: OUP; 1993. p. 119-24.
2. Rius C, Pérez G. Medición de los trastornos crónicos en un mismo individuo como predictores de mortalidad. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):17-26.
3. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):182-91.
4. Starfield B. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med*. 2006;4:101-3.
5. Akker MVD, Buntinx F, Knottnerus JA. Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:675-9.
6. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies. Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
7. Libro J, Cuenca C, Peiró S. Comorbilidad e índice de Charlson. Aplicaciones en el CMBD. *Quaderns Salut Pública Administració Serveis Salut*, 18. Valencia: Ecola Valenciana de'Estudis per a la Salut; 2002.
8. Parkinson GR, Bridges C, Gervas J, Hofmans O, Lamberts H, Froom J et al. Classification of severity of health problems in family medicine/general practice. An international field trial. *Fam Pract*. 1996;13:303-9.
9. Groot V, Beckerman H, Lankborst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol*. 2003;221-9.
10. Ray CT, Mertens JR, Weisner C. The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Med Care*. 2007;45:116-22.
11. Mignona MD, Selene S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. *Lancet*. 2005;365:1905-6.
12. Fleming ST, Pursley HG, Newman B, Pavlov D, Chen K. Comorbidity as a predictor of stage of illness for patients with breast cancer. *Med Care*. 2005;43:132-40.
13. Hervás A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes tipo 2. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:45-52.
14. Gervas J, Santos I. A complexidade da comorbidade. *Rev Port Clín Geral*. 2007;23:181-9.
15. Fortín M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005;3:223-8.

AVANCES METODOLÓGICOS EN LA IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE COSTES PARA MEJORAR LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL MARCO DE LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA EN ESPAÑA

Karen Moreno Orduña

Tesis leída el 20 de noviembre de 2006 en el Departamento de Gestión de Empresas de la Universidad Pública de Navarra y dirigida por el catedrático D. Helio Miguel Robleda Cabezas. Calificación: sobresaliente cum laude por unanimidad. E-mail: karen.moreno@unavarra.es



Introducción

La preocupación por una adecuada gestión de los recursos sanitarios públicos ha sido una constante en los últimos años ya que el gasto sanitario ha aumentado considerablemente y ocupa cada vez un lugar más importante en los presupuestos. A pesar de que existe la necesidad de gestionar mejor este incremento del gasto, la realidad es que en la mayoría de los hospitales públicos españoles no se cuenta con un desarrollo avanzado de sistemas de contabilidad analítica que permitan obtener unos costes objetivos y fiables de los servicios prestados.

Objetivos

Los objetivos fueron analizar la estructura organizativa hospitalaria, llevar a cabo una revisión crítica de las metodologías de coste utilizadas para analizar si eran adecuadas o no para los hospitales, diseñar una metodología de costes apropiada para estas organizaciones y validar su aplicación implantándola en un servicio en dos hospitales. Posteriormente, comparar los resultados con los obtenidos a través de los sistemas tradicionales y, en último lugar, analizar las implicaciones de la utilización de esos métodos para la financiación hospitalaria.

Revisión crítica

Los sistemas de costes empleados en España hasta la fecha siguen dos pasos: repartir los costes entre los centros de tal forma que a los finalistas (especialidades médicas) se les imputen los consumos de los intermedios (laboratorio, etc.) y estructurales (dirección, etc.) que les correspondan. Hecho este reparto, se calcula el coste por paciente atendido en cada centro finalista. Un problema importante de todos ellos reside en el sistema utilizado para repartir los costes entre centros. Cada método utiliza claves de reparto diferentes no representativas de la realidad dada la alta heterogeneidad de la actividad llevada a cabo en cada servicio. Además, todas las metodologías utilizan como clave final de reparto de costes de los centros a los pacientes el sistema basado en los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Este sistema supone que cada GRD contiene pacientes con un consumo de recursos y una estancia similar. Su principal inconveniente es que su construcción se basó en información americana que no guarda relación con la realidad española. A pesar de que se han intentado construir pesos españoles, la metodología empleada para ello presenta deficiencias: uso de algoritmos americanos, información hospitalaria recopilada sin criterios comunes, retraso en su actualización, etc.

Metodología

La metodología de costes diseñada se ha denominado Process-Based-Costing (PBC) y se basa en la filosofía del sistema Activity-Based-Costing (ABC) aunque presenta matices importantes. El primer paso es analizar la estructura organizativa de los servicios. A continuación, se diseñan los procesos de atención al paciente en cada Grupo Funcional Homogéneo de cada servicio (hospitalización, cirugía mayor ambulatoria, etc.). Cada proceso se identifica con el conjunto de actividades homogéneas que pueden ser cuantificadas a través de una medida representativa de su consumo. Se describe cada proceso listando sus actividades no para calcular su coste, filosofía del

ABC, sino para conocerlo a fondo. Se asignan los recursos necesarios para llevarlos a cabo y poder calcular así su coste. Finalmente, se calcula el coste unitario por paciente teniendo en cuenta su traza o conjunto de procesos a los que ha sido sometido. El elemento clave del PBC es la colaboración de los profesionales que son los que mejor conocen los procesos de atención al paciente, los recursos necesarios para llevarlos a cabo, etc.

Aplicación empírica

El sistema PBC se aplicó en Navarra en el Servicio de Urología del Hospital Virgen del Camino de Pamplona (500 camas) y en el Hospital Reina Sofía de Tudela (150 camas). Se calculó el coste unitario de los pacientes atendidos en este servicio durante los años 2001, 2002 y 2003 analizando más de 13.000 individuos. Con el cálculo unitario por paciente se obtuvo el coste medio por tipo de intervención facilitando el manejo de la información a facultativos y gestores.

Análisis de los resultados

Se compararon los costes obtenidos entre ambos centros para analizar la conveniencia de llevar a cabo determinadas intervenciones en un hospital u otro. Se comparó el coste unitario por paciente con el calculado por cada hospital a través del sistema GRD para el caso de los pacientes hospitalizados y con las tarifas marcadas por el Servicio Navarro de Salud (SNS) para el resto de G.F.H. Las distorsiones creadas por el sistema GRD eran patentes prácticamente en todos los grupos. Los problemas radicaban en la agrupación de pacientes en un mismo GRD que habían sido sometidos a intervenciones diferentes que derivaban en consumos de recursos y estancias dispares. Los mismos resultados se obtuvieron al comparar los costes obtenidos con las tarifas del SNS.

En cuanto a la financiación, Navarra utiliza la Unidad Ponderada de Asistencia (UPA) y la estimación de la Puntuación de Intensidad Relativa (PIR) de cada servicio (producto del peso de cada GRD por su número de altas). Se comparó el coste de cada paciente con la financiación que el hospital hubiera obtenido por su tratamiento y el resultado fue que ambos hospitales no habían recibido suficientes fondos para tratar a los pacientes.

Conclusiones

A pesar de que el sistema GRD introdujo la cultura del coste y ha jugado un papel importante, se pueden mejorar los sistemas de costes hospitalarios. Si en las evaluaciones económicas, análisis coste-efectividad, coste-eficacia, etc., empleamos unidades de costes mal calculadas las decisiones que se puedan tomar estarán distorsionadas y llevarán a gestionar mal los recursos.

Con el sistema PBC se consigue: un mejor conocimiento de los componentes del coste, mejora la comparación entre hospitales a nivel económico y clínico, facilita la planificación de la financiación, etc. A pesar de estas ventajas, también existen limitaciones. La recogida de la información inicialmente supone invertir tiempo aunque posteriormente su actualización será fácil. Se necesita la colaboración y ayuda de profesionales y gestores de los servicios ya que sin ellos la metodología fracasará. En cuanto a la aplicación empírica, el PBC tan solo se ha implantado en una región y se han obviado los costes estructurales ya que suponían tan solo un 4% del total de costes en los hospitales estudiados.

LA DESCENTRALIZACIÓN Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD: ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y APLICACIONES AL CASO DE CANADÁ

Dolores Jiménez Rubio

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía y Estudios Relacionados, Universidad de York (Reino Unido) el 6 de junio de 2006. Dirigida por el Prof. Peter C. Smith, fue aprobada por el Dr. Nigel Rice (Centre for Health Economics, Universidad de York, Reino Unido), y el Prof. Juan M. Cabasés Hita (Universidad Pública de Navarra, España). Email: dolores@ugr.es



Introducción

Pese a que un gran número de países han descentralizado las competencias sanitarias a los niveles de gobierno locales, existe un escaso conocimiento a cerca del impacto de estas reformas sobre los resultados en la salud o en los servicios sanitarios. Hasta ahora, la mayor parte de la literatura se ha centrado en el estudio de los efectos de la descentralización desde una perspectiva teórica. Sin embargo, en ausencia de análisis cuantitativos sobre la magnitud del efecto de la descentralización, la evidencia sobre sus ventajas y limitaciones para los servicios de salud es insuficiente.

En el análisis económico sobre los efectos de la descentralización el sector de los servicios sanitarios tiene una especial relevancia por dos motivos. El primer motivo se refiere a la indudable influencia de los servicios sanitarios sobre el nivel de salud poblacional, un bien que al ser un componente intrínseco del bienestar individual ha sido frecuentemente categorizado como bien de mérito o bien preferente. El segundo motivo está relacionado con el hecho de que en los últimos años el sector sanitario ha liderado reformas descentralizadoras en un buen número de países, como el Reino Unido, Italia y España.

El objetivo de esta tesis es contribuir al debate económico sobre el nivel más apropiado de descentralización de los servicios sanitarios tanto desde un punto de vista teórico como empírico. Se divide en dos secciones, y cada una comprende un capítulo teórico y otro empírico. La primera sección trata sobre la descentralización y el nivel de salud poblacional, mientras que la segunda parte se centra en las consecuencias de la descentralización en términos de equidad.

La descentralización y el nivel de salud poblacional

El primer capítulo presenta una visión económica de la descentralización y explora algunos de los principales argumentos económicos que sustentan el debate sobre descentralización existente en numerosos países. Este capítulo concluye proponiendo un modelo de descentralización sanitaria adaptado de la literatura de la Hacienda Pública sobre financiación de servicios locales en sistemas políticos federales. Sobre la base de este modelo, el

segundo capítulo investiga la hipótesis de la literatura del federalismo fiscal según la cual la descentralización de responsabilidades en el ámbito sanitario podría generar mejoras en la salud de los individuos. Para ello se han usado como caso de estudio las provincias Canadienses durante el periodo 1979-1995. Las estimaciones de efectos fijos sugieren que la descentralización en Canadá está asociada con una reducción sustancial de la mortalidad infantil durante el periodo considerado.

La descentralización y la equidad en salud

La segunda parte de esta tesis explora las consecuencias de la descentralización para la equidad sanitaria. El análisis descriptivo para Canadá indica que, como sugieren la mayoría de las predicciones teóricas recogidas en el tercer capítulo, la descentralización parece estar asociada con importantes inequidades relacionadas con la renta en el acceso a los servicios sanitarios que favorecen a las provincias de mayor renta. El análisis se ha basado en una descomposición del Índice de Concentración en desigualdad inter e intra grupos (las provincias de Canadá) y el término residual desarrollado originariamente por Rao (1969). Los resultados también muestran que, tal y como sugiere la literatura teórica sobre descentralización, la inequidad intraterritorial relacionada con la renta en un estado altamente descentralizado como el Canadiense es menos pro-rica que la inequidad interterritorial. El resultado opuesto obtenido para la desigualdad en salud sugiere una limitada capacidad del sistema sanitario para influir en la salud en Canadá.

Conclusión

En conclusión, los resultados de esta tesis indican que la descentralización en Canadá parece haber tenido un impacto positivo en la salud poblacional, pero puede haber generado un aumento de la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios interprovinciales. Estos resultados corroboran las hipótesis de buena parte de la literatura del federalismo fiscal y sugieren que la estructura óptima del sistema sanitario es aquella que combina un papel importante del gobierno central en la supervisión y provisión de apropiados mecanismos de redistribución entre áreas con diferente nivel de renta, con el nivel de autonomía local que permite que los beneficios potenciales de la descentralización se cumplan.

BECAS DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD CONVOCATORIA AES 2008

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 - 2008** 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:

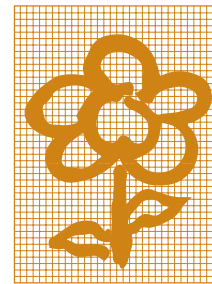
- 1.- Se concederá una **Beca de Investigación en Economía de la Salud** a un proyecto de investigación en Economía de la Salud, original e inédito.
- 2.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador 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 30 de Abril de 2008**.
- 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 **XXVIII Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en Salamanca del 28 al 30 de Mayo de 2008**.
- 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.

TERCERA EDICIÓN DEL PREMIO AL MEJOR ARTÍCULO DE ECONOMÍA DE LA SALUD 2007

Convocado por 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 2007 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 2007 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 socios de AES, así como los propios autores de artículos, podrán solicitar que se tengan en consideración artículos publicados en el año 2007. Las solicitudes de presentación al premio se enviarán en formato de archivo pdf. 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 XXVIII Jornadas de Economía de la Salud, que se celebrarán en Salamanca del 28 al 30 de mayo de 2008.

7. Documentación a presentar por los solicitantes

Los interesados deberán presentar la siguiente documentación:

- 1º. Un archivo en pdf del artículo
- 2º. Solicitud de presentación al premio.

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. secretaria@aes.es

El plazo para presentar artículos candidatos al premio (publicados en 2007) finaliza el **4 de abril de 2008**.

MÁS ALLÁ DEL ACCESO PÚBLICO AL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Ignasi Labastida*Responsable de Creative Commons España**Responsable de la Oficina de difusión del conocimiento de la Universitat de Barcelona*

Actualmente uno de los principales temas de debate entre las instituciones públicas que financian la investigación biomédica es el de plantearse hasta qué punto pueden imponer condiciones respecto a la publicación de los resultados de dicha investigación. Hasta hace poco tiempo lo único que se pedía era un cierto reconocimiento mediante una nota indicando el origen de la financiación. Pero la situación está cambiando debido a la emergencia del movimiento a favor de un acceso abierto al conocimiento científico.

Este movimiento no sólo aboga por un acceso gratuito a los textos completos de los artículos científicos que se publican en las revistas de revisión por pares sino que tiene como principal objetivo conseguir que se incluya una autorización de uso para que, por ejemplo, un texto pueda ser reproducido, distribuido, traducido y difundido libremente, siempre que se respete su integridad y se reconozca la autoría. Desde la comunidad científica siempre ha habido un apoyo a este tipo de difusión abierta pero no es hasta 2002 cuando el movimiento se refuerza a partir de tres reuniones celebradas en Budapest, Bethesda y Berlín de las que surgen las tres declaraciones que asientan las bases del acceso abierto y las vías para conseguirlo¹.

El objetivo es el acceso abierto, es decir un acceso gratuito y prácticamente sin restricciones legales, pero se plantean dos estrategias paralelas. La primera es la creación de revistas científicas que lo permitan ya que la mayoría de las publicaciones actuales utilizan la propiedad intelectual para poner barreras a un uso libre del artículo, además de limitar la difusión al canal único del acceso por suscripción. La segunda vía es la de autoarchivar los artículos propios en repositorios temáticos o institucionales ofreciendo un acceso público a cualquier persona pero manteniendo las restricciones derivadas de la propiedad intelectual, es decir, ofrecer la posibilidad de una lectura gratuita pero no de traducirlo o divulgarlo por cualquier canal.

El número de revistas en acceso abierto ha ido en aumento estos últimos años y algunas ya se han convertido

en publicaciones de referencia en determinados ámbitos, especialmente las de dos grupos, BioMed Central y Public Library of Science (PloS). Este último grupo nació en 2001 como consecuencia de una campaña para que los científicos sólo publicasen en este tipo de revistas, pero volvamos a la estrategia del autoarchivo. En esta segunda vía para llegar al acceso abierto es donde juegan un rol decisivo las instituciones que financian la investigación ya que pueden apoyarla mediante recomendaciones o requerimientos de autoarchivo. La posibilidad de imponer este tipo de condiciones no es nueva ya que desde el año 2005 existen experiencias en este sentido, lo que ha obligado a los grandes grupos editoriales que poseen las principales publicaciones científicas a cambiar las condiciones de cesión de derechos permitiendo en su mayoría la posibilidad de autoarchivo en determinadas condiciones.

Una de las iniciativas más destacadas fue la adoptada por la principal agencia financiadora en el campo de la investigación biomédica, la británica Wellcome Trust, que en octubre de 2006 decidió imponer una política activa de difusión pública de los resultados de las investigaciones financiadas. A partir de esa fecha cualquier beneficiario de sus ayudas está obligado a depositar una copia de cualquier manuscrito publicado en una revista de referencia científica en un repositorio público, es decir de acceso gratuito, en un periodo no superior a seis meses a contar desde su publicación en la revista. Esta política ha sido seguida por otras instituciones británicas y se ha extendido a otras instancias europeas llegando a la Comisión Europea que actualmente debate la posibilidad de adoptar una política similar.

El ejemplo británico también ha traspasado el océano y ha llegado a los EEUU, donde se ha generado un amplio debate en este sentido a raíz de la tramitación de una ley que imponga este tipo de requerimiento en las investigaciones financiadas por los National Institutes of Health (NIH). De hecho, estos institutos ya tienen una política de acceso público desde mayo de 2005. Pero es una política débil ya que sólo se recomienda el autoarchivo y se ha constatado que el año

pasado sólo un 4% de los proyectos financiados había depositado algún manuscrito publicado en un repositorio digital de acceso público. Este pobre resultado, unido a las iniciativas impulsadas principalmente desde el Reino Unido, ha sido lo que ha movido a los NIH a plantear un cambio de política imponiendo un requerimiento en lugar de una recomendación. Este intento de cambio ha tomado forma de proyecto de ley y se ha iniciado el debate legislativo que de momento ha superado con éxito el paso por el Congreso y por el Senado. Sin embargo ahora queda el escollo más importante, superar la posibilidad de veto de la Casa Blanca.

Todas estas iniciativas tienen un denominador común: hacer públicos los resultados de las investigaciones financiadas con fondos públicos, es decir financiadas por los contribuyentes, por todos nosotros. Parece lógico que este tipo de condiciones deban ser implementadas en cualquier tipo de ayuda. Sin embargo desde nuestro país estas políticas parecen lejanas y no se ha iniciado ningún tipo de debate en este sentido. Muchos investigadores españoles consultan los textos que se hallan en repositorios públicos y se benefician de ellos, pero no actúan de la misma manera. Nadie se lo pide o se lo exige.

Quizás ha llegado el momento de promover este tipo de políticas en nuestra comunidad científica. Los investigadores pueden conseguir una mayor difusión de sus resultados sin perder la posibilidad de publicar en revistas de prestigio ya que el autoarchivo es posterior a la publicación y además está permitido por la mayoría de revistas. Además, hay que tener en cuenta que este tipo de literatura nunca ha repercutido económicamente en los autores, ya que la cesión de derechos no se hace mediante un intercambio económico, sino que publicar es necesario para promocionar: *Publish or perish*. Pero no sólo los autores pueden beneficiarse, la sociedad en general puede acceder a un conocimiento que hasta hace poco estaba cerrado a una determinada élite. El acceso al conocimiento siempre es beneficioso. Las instituciones públicas también ganarían en transparencia al hacerse públicos los resultados de sus investigaciones y conseguirían mayor difusión y reconocimiento.

Pero la adopción de este tipo de políticas es tan solo la punta del iceberg del cambio que debe realizarse en el

proceso de publicación científica. Hasta ahora lo único que se ha hecho es ampliar la difusión de los resultados digitalizando los textos y publicándolos en la red, pero la tecnología nos ofrece muchas más posibilidades aún no explotadas. La tecnología nos permite relacionar textos con datos y por lo tanto poder acceder a una mayor cantidad de información respecto a una investigación. Podemos establecer nexos entre repositorios, bases de datos, y otras fuentes de información para realizar búsquedas especializadas. Pero estas búsquedas y las relaciones necesarias para realizarlas sólo serán posibles si el acceso es como mínimo público.

Los cambios en la publicación también obligan a realizar cambios en la evaluación, unos cambios urgentes que deberían aparecer inmediatamente ya que estos procesos se encuentran aún estancados en los modelos tradicionales que ya han sido superados. Hay que superar el criterio de valoración de la publicación respecto al artículo. Ya es posible valorar un texto sin la obligación de tener en cuenta dónde ha sido publicado porque el acceso y la cita se puede realizar por diferentes vías. En algunos campos, como por ejemplo la física de altas energías, se valoran más las citas a un determinado artículo que se halla disponible en un repositorio público que dónde ha sido publicado. El acceso público al repositorio permite que cualquiera pueda disponer del texto y pueda discutirlo sin tener que estar pendiente del acceso a una determinada publicación mediante una suscripción institucional o mediante un pago puntual.

Nos encontramos en un momento importante en la historia de la difusión del conocimiento científico y debemos decidir qué tipo de sociedad queremos. La determinación de hacer público cualquier resultado derivado de una investigación tendría que ser una decisión consecuente con la ética de cualquier investigador, pero parece ser que es necesario algún tipo de ayuda o empuje. Por lo tanto es importante desarrollar políticas para promover el acceso público y fomentar la publicación en acceso abierto allá donde sea posible. Con estas políticas y con información conseguiremos que la sociedad acceda a un conocimiento que hasta hace poco estaba encerrado.

¹ Las tres declaraciones se pueden encontrar en castellano en:
<http://www.soros.org/openaccess/esp/read.shtml>
http://ictlogy.net/articles/bethesda_es.html
<http://www.geotropico.org/Berlin-I-2.pdf>

EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES, CELEBRADA EN BARCELONA EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 2007

1. Se señala que los **cambios estatutarios aprobados en la Asamblea General del año 2007** se encuentran en trámite de registro. Asimismo, se informa de que se está preparando la documentación pertinente para solicitar la **declaración de Utilidad Pública para la AES**, una vez se registren los cambios de estatutos.
2. **Jornadas AES 2008.** La Junta acuerda que la **cuota de inscripción** en las Jornadas de Economía de la Salud sea la misma para todos los socios, incluidos los que se asocien en el mismo momento de la inscripción en las Jornadas. Asimismo, se acuerda revisar las **subvenciones de entidades públicas** susceptibles de ser solicitadas. En concreto, se acuerda solicitar al Ministerio de Sanidad y Consumo la declaración de jornada de interés sanitario y la solicitud de una ayuda; se acuerda seguir el programa de subvenciones de la Junta de Castilla y León que se hace público en el mes de enero; se acuerda solicitar ayudas al Ayuntamiento de Salamanca. Tras tratar numerosas cuestiones relativas a las Jornadas AES 2008, se establece comunicación telefónica con el presidente del Comité Organizador para comunicarle los asuntos debatidos por la Junta Directiva a lo largo de la mañana que afectaban a cuestiones organizativas de las Jornadas 2008. Tras conversar con él, se procede a hacer lo propio con el presidente del Comité Científico
3. **Jornadas AES 2009.** En relación con las Jornadas del año 2009, existe la invitación de SESPAS a efectuar una jornada conjunta (comité organizador conjunto, comité científico propio). Si ello no fuera posible, una alternativa sería la realización de una jornada técnica de economía de la salud en el marco de las jornadas de SESPAS. Se plantean diversos detalles logísticos y finalmente la Junta acuerda que deben ser aclarados antes de tomar una decisión final sobre la realización conjunta de las Jornadas de AES y SESPAS.
4. **Convenios internacionales.** Manuel García Goñi informa sobre la fluidez de la relación entre **AES y APES**. Se menciona el **convenio recién firmado con la Asociación Italiana de Economía de la Salud** y se comentan las diferencias entre la asociación española (de economía de la salud) y la italiana (de economistas de la salud).
5. Se aprueba en Junta que las **invitaciones a representantes de AES por parte de asociaciones Iberoamericanas de la salud** con motivo de sus jornadas deberán realizarse oficialmente con al menos tres meses de antelación para facilitar el compromiso de participación del representante de AES invitado.
6. **Propuesta de jornada técnica con SEE.** Se acuerda la realización de una jornada técnica AES-SEE en los primeros meses de 2008. Ricard Meneu y Laura Cabiedes serán los coordinadores por parte de AES. La jornada constaría de 2 Ponencias y 2 Mesas de debate.
7. **Documentos de posición.** Se acuerda impulsar la conclusión del segundo documento de posición de AES. Se partirá del texto ya recibido y se avanzará en su contenido. Concretamente, se debería avanzar en cómo se debería implantar la evaluación económica en el medio sanitario español y su repercusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.
8. **Se plantea como objetivo inmediato crear la revista *Economía y Salud***, cuya cabecera es propiedad de AES y establecer un contrato de cesión y edición a las organización Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud que en la actualidad coordina la revista *Gestión Clínica y Sanitaria* estableciendo unos objetivos específicos y un plazo.

Este objetivo responde a que la investigación en servicios de salud ha alcanzado un importante desarrollo que no se ve adecuadamente reflejado en las publicaciones existentes en lengua castellana. Por otra parte, las publicaciones españolas que acogen este tipo de trabajos suelen ser de amplio espectro, lo que también supone una limitación para profundizar en las implicaciones de sus resultados para la práctica. Cabe plantear la viabilidad de editar una revista que contribuya a difundir investigaciones relevantes en el sector entre una audiencia aun no suficientemente alcanzada.

Economía y Salud publicaría trabajos científicos -principalmente artículos de revisión, y ensayos- que abordasen los principales temas de la investigación en servicios de salud, economía de la salud, política sanitaria y gestión. Los artículos irían dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como a todas aquellas personas interesadas profesional o personalmente por la salud de la población.

NOMBRAMIENTOS

Enhorabuena a:

Guillermo Viñegra,

Director Territorial de Sanidad de Álava

José Luis Elexpuru,

Subdirector de Aseguramiento y Contratación de Álava

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 y secretaria@aes.es
HORARIO: Lunes a Viernes: de 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.