

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 17 MAYO 2004 n°

50

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

EDITORIAL	1
ECONSALUD HA CUMPLIDO UN AÑO	3
JORNADAS AES	4
– XXIV Jornadas AES – El Escorial, Madrid 2004	
TEMAS	6
– Es necesario aumentar la carga fiscal de los cigarrillos.	
– El Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007.	
TESIS	10
– Impacto de una intervención sobre la utilización inadecuada de la hospitalización, en los servicios de cirugía general de los Hospitales Universitarios de la provincia de Alicante.	
– Análisis del seguro privado de enfermedad en España.	
LIBROS	12
VARIOS	13
– Propuesta de acciones para la defensa de la calidad y la dignidad de la Atención Primaria. Plataforma 10 M (PT10M).	
– Convenio de colaboración entre AES y ABrES.	
PRÓXIMAS REUNIONES	16

editorial

Sección coordinada por **Laura Cabiedes**
(lcabie@uniovi.es)

Aprendiendo a domesticar los riesgos individuales y sociales¹

José Ramón Repullo Labrador



A MODO DE INTRODUCCIÓN SOBRE LOS RIESGOS

Las próximas Jornadas de AES van sobre riesgos individuales y sociales para la salud; el término tiene claras resonancias tanto en epidemiólogos (factor de riesgo) como en el corazón actuarial de los economistas. Intentemos hacer alguna digresión sobre el tema, que se aparte un poco de los lugares comunes.

La aparición de la enfermedad en el mundo antiguo era el resultado del capricho de los dioses; incluso otras personas podían con artes ocultas o malos deseos provocar el daño. A veces las historias mezclaban superchería y picaresca: en el cuadro “el cirujano” de Sanders van Hemessen (1550 – Museo de El Prado) se representa la operación para extraer la “piedra de la locura” en Holanda; como explica Aris², esta intervención se basa en la creencia de que en el cerebro de los locos había una piedra causante de su inestabilidad; algunos cirujanos farsantes, con la complicidad de un ayudante, tras practicar una incisión en la cabeza hacían aparecer una piedra que mostraban ostensiblemente a todos; la operación empezó a ser particularmente demandada a finales del Siglo XV cuando se recrudeció la actuación de La Inquisición contra la brujería: al someterse a la operación los sospechosos eran estigmatizados como locos y no como brujos y se salvaban de una muerte segura en la hoguera.

Obviamente la medicina progresa, y tras el Siglo de las Luces se adhiere fuertemente a un modelo causal de corte determinista, gracias fundamentalmente al avance en el conocimiento microbiológico (del “mal aire” vespertino como origen de las fiebres a la “malaria” o paludismo como patología infecciosa producida por el Plasmodium, transmitida por las bandadas de mosquitos anofeles que salían a la puesta de sol). De esta forma la medicina se asocia a otras ciencias físicas y naturales, en el paradigma dominante (cartesiano, positivista, mecanicista...)

Desde el Siglo XIX las leyes de probabilidad empiezan a erosionar y reemplazar al determinismo; veamos una posible historia contemporánea que rinde tributo al mundo probabilístico de los factores de riesgo, y al amplio acceso a dicha información por la población:

Pedro acaba de cumplir 50 años, y leyendo las noticias de divulgación médica de un periódico encuentra que el cáncer de próstata tiene un componente hereditario (“¡cielos, mi padre murió de esto mismo!”); espoleado por una súbita hipocondría y una extraña disuria sobrevenida, se mete en internet buscando información relevante; y encuentra cosas curiosas: que si su dieta tiene poca fibra vegetal tendrá un 18% más de probabilidad de padecerlo; que si consume muchas calorías tendrá un riesgo 3,8 veces superior que si ingiere pocas, y que esto empeora a partir de los 50 años; que los altos tienen mucho más riesgo que los bajos y que además la cosa es peor si tienes una masa ósea muy densa; otros

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

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

Editora del boletín:

Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:

Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla y Fernando San Miguel

Han colaborado en este número:

José Ramón Repullo, Beatriz González, Pere Ibern, Ángel López, Fernando Rodríguez Artalejo, Pedro Antón, José A. Ordaz y Plataforma 10 M.

hallazgos le desconciertan aún más: algo referido al número de mutaciones del gen MSR-1 y de los valores del PSA, los cuales a su vez dependen de la edad y la etnia... incluso de si eres o no chino... Desolado sigue navegando en busca de referencias... las dos últimas son sugerentes y hasta cierto punto confortables: científicos españoles defienden que el vino tinto es protector pues detiene in vitro la proliferación de células tumorales (“¡qué bien, con lo que me gusta el vino!”), y que las eyaculaciones frecuentes (“¡oh, cielos!”) también eran protectoras, pues de 30.000 estadounidenses estudiados, el grupo líder en dichas artes (media de 21 veces por mes) tenía sólo la tercera parte de cánceres que el grupo más indolente (4 a 7 veces por mes). Cansado y sin poder digerir este cúmulo de informaciones basadas en probabilidad, nuestro potencial paciente apagó el ordenador dispuesto sin duda a ensayar por su cuenta las medidas protectoras más gratificantes que le habían sido sugeridas.

NUESTRO NUEVO “UNIVERSO PROBABILÍSTICO”

De acuerdo con lo anterior, parece que hemos pasado de lo mágico a lo supersticioso, de ahí al determinismo (científico), para luego meternos a través del conocimiento estadístico en una domesticación del azar que recrea leyes sobre dicho conocimiento de corte inductivo. Buscamos en el mundo probabilístico vías para protegernos de los riesgos individuales y sociales.

Los riesgos individuales se originan o se manifiestan como un daño (o probabilidad de daño) en el individuo, aunque pueda existir en grados diversos una determinación social y del entorno (ej: infarto agudo de miocardio, parto distócico, etc.). Los riesgos sociales se manifiestan primariamente como daños colectivos, como resultado de fenómenos originados en el entorno (ej: huracán que deja devastada una región costera).

Una cosa es el origen individual o social del riesgo, y otra es la controlabilidad mayor o menor del fenómeno; en otros términos, la capacidad que en cada caso se tenga de alterar la aparición o el daño del fenómeno con comportamientos individuales o sociales de tipo consciente y deliberado. Así para un individuo es más controlable un cáncer de pulmón (abstención de tabaco) que un suicidio (escasamente prevenibles); y para una sociedad es más fácil prevenir los daños de accidentes nucleares que los de los terremotos.

La percepción del sujeto social sobre los riesgos individuales tiene que ver con la posibilidad o grados de libertad que tenga el individuo para controlar el factor de riesgo: a menos control más solidaridad y apoyo. Pero también la visión social sobre los riesgos está sesgada según su naturaleza (como se ve en la valoración de la vida humana según la disponibilidad a gastar dinero para prevenir una muerte): los riesgos invisibles e incontrolables (emisión radioactiva, accidente en avión) incitan a gastar mayor dinero en prevención que los visibles y aparentemente controlables (productos tóxicos domésticos, accidente en ciclomotor).

PERO... ¿Y CÓMO ENTENDEMOS Y MANEJAMOS ESTO DE LOS RIESGOS?

El concepto de riesgo nos introduce de lleno en un universo probabilístico, al que no estamos tan acostumbrados como podría hacernos creer el manejo conspicuo de estadísticas. Tendemos a suplantar las leyes universales del determinismo, por otras leyes estadísticas que son más superficiales, más contingentes y que se basan más en la asociación o correlación. Además intentamos modelizar fenómenos cada vez más complejos y peor definidos con estas herramientas (manejo de enfermedades crónicas). Y, a pesar de la precariedad del método, seguimos con la fantasía de racionalidad formal que debería llevarnos linealmente desde las conclusiones lógicas a la toma de decisiones.

Debemos buscar alternativas; cualquier información de riesgos debe ser la materia prima, el “input” de conocimiento que nos aporta un saber operativizable; sobre esta base deberíamos establecer según el caso, tres dimensiones de domesticación del azar y los riesgos:

El **ajuste estadístico** de riesgos, que tiene una utilidad esencialmente cognitiva y busca hacer inteligible y modelizar una realidad compleja (ej: ajustar la productividad de dos servicios por GRD o la mortalidad de dos poblaciones por el SMR).

El **ajuste operativo** (o asignativo en caso de recursos) que implicaría tomar en consideración los riesgos no evitables (al menos a corto plazo), para minimizar los efectos desfavorables de dichos riesgos: así las fórmulas asignativas (RAWP británico, o nuestra humilde fórmula de fijación del mínimo de financiación afectada para la sanidad por las autonomías -75% población, 24,5% mayores, 0,5% insularidad-), son sistemas de modular una variable (dinero asignado) en función de parámetros como edad, geografía, privación social, etc., de forma que se reduzcan los efectos de las desigualdades.

Y finalmente la **gestión de riesgos**, que supone tomar la información de los problemas de salud como punto de partida para dirigir activamente líneas de actuación para reducir los riesgos o minimizar sus efectos: las disciplinas del “risk management” han tenido un amplio desarrollo para ir desde los problemas y litigios de los servicios sanitarios, hasta acciones de mejora de la calidad y prevención de accidentes y efectos adversos. Los Planes de Salud (y las nuevas propuestas de trabajo por problemas en forma de “planes integrales” por patologías) son representativos también de este formato de respuesta proactiva a través de la gestión integrada de riesgos específicos de salud.

Domesticar los riesgos significa saber cómo manejarlos razonablemente, más que racionalmente; implica auto-limitar el exceso de modernismo racionalista que invade a la economía de la salud y a la epidemiología e incorporar habilidades modernistas para tratar problemas mal definidos y de racionalidad limitada, tal y como ya vienen haciendo políticos, científicos sociales y gestores sanitarios.³

Ante este dilema de opción entre el racionalismo de óptimos y el incrementalismo pragmático, Mechanic apostaba por una vía intermedia (hablando de un tema cercano como el de la necesidad de decisiones transparentes en el racionamiento sanitario); su propuesta de muddling through elegantly⁴ (embarrarse pero acabar saliendo de la charca elegantemente) podría ser entendida como un llamamiento a la inteligencia práctica. Es una buena idea para mejorar nuestra forma de ver, interpretar y tomar en consideración los riesgos individuales y colectivos para la salud: domesticar los riesgos es también saberlos usar en beneficio de la sostenibilidad y mejora del sistema sanitario y de la medicina futura. Sería algo así como postular una “medicina basada en la sapiencia” que viniera a permitir afrontar los viejos y nuevos problemas con una actitud proactiva y una mayor versatilidad a la hora de poner el método al servicio del problema.

¹ El título parafrasea el de este interesantísimo libro sobre teoría del conocimiento que aconsejo vivamente a los que tengan derivas filosóficas: Hacking I. La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos. Barcelona: Gedisa, 1995.

² Aris A. Medicina en la pintura. Barcelona: Lunwerg editores, 2002: 34-35.

³ Lupton D. A postmodern public health?. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 1998; 22 (1): 3-5.

⁴ Mechanic D. Muddling Through Elegantly. Finding the proper balance in rationing. Health Affairs, 1997; 16 (5); Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/16/5/83.pdf>

ECONSALUD HA CUMPLIDO UN AÑO

**Beatriz González
Pere Ibern**

A finales de 2002 se inició Econsalud, la lista de distribución de Economía de la Salud. Lo había acordado la Junta Directiva de AES a iniciativa de Pere Ibern, que fue su primer moderador.

La tecnología Econsalud: RedIRIS

Econsalud hace uso de la tecnología de la RedIRIS, que le da alojamiento y asistencia técnica. La RedIRIS es un servicio público que nació en 1988 como programa horizontal para la Interconexión de los Recursos Informáticos de las universidades y centros de investigación españoles. Actualmente pertenece a la Entidad Pública empresarial Red.es, adscrita al Ministerio de Ciencia y Tecnología. AES ha firmado un acuerdo de afiliación a la RedIRIS para la gestión de Econsalud. Somos una de las 97 listas de distribución de la RedIRIS de "Medicina" y una de las 48 listas de "Ciencias Económicas"

Objetivo: los temas

El objetivo de Econsalud es distribuir información científica relacionada con Economía de la Salud a sus afiliados. No es un foro de debate, sino más bien un dispositivo de alerta y un almacén de información con el que se puede contar para obtener información actualizada, precisa y relevante sobre eventos (seminarios, conferencias, jornadas, congresos), publicaciones de diversos tipos (informes de organismos y organizaciones internacionales; documentos de trabajo; revistas científicas); regulación y legislación; bases de datos y sitios web; y acontecimientos de especial relevancia relacionados con la Economía de la Salud. Se priman las referencias a contenidos de libre acceso en la web.

Una lista "moderada"

Econsalud es una lista "moderada", término que no significa lo contrario de "exaltada" o "excesiva", sino que hay un moderador encargado de filtrar lo que se difunde. Cualquier suscriptor puede mandar mensajes a la lista, pero el moderador decide si se publican o no. Frente a otras listas de distribución que son muy laxas en este sentido, la política de Econsalud es restrictiva. Somos conscientes de que la inflación de mensajes tiene más costes que beneficios para nuestros suscriptores. A nadie le gusta encender su ordenador y encontrar una larguísima lista de mensajes nuevos, la mayoría de ellos carentes de interés. Dado el perfil de nuestros suscriptores, desde el principio hemos decidido una política de filtros bastante *cerrojera*.

Por causa de esta conciencia de coste de oportunidad, y de nuestra voluntad de difundir información coste-efectiva para nuestros suscriptores, resulta difícil seleccionar los contenidos. Intentamos emitir los que puedan tener

interés para un número amplio de suscriptores, pero inevitablemente todos recibiremos mensajes que no nos interesan, porque somos un grupo heterogéneo de suscriptores.

Los suscriptores

A finales de marzo de 2004, Econsalud tiene 311 suscriptores. Después de unos primeros meses de crecimiento exponencial, se ha llegado a cierta estabilización de los efectivos. Muchos de nuestros suscriptores son socios de AES, pero ni están todos los que son ni son todos los que están. La gran mayoría de nuestros suscriptores radican en España, aunque hay participación de Iberoamérica. La afiliación es muy variada. Aunque predomina el perfil académico-científico (universidades y centros de investigación), hay afiliados de los Servicios de Salud de las CCAA (tenemos representación de la mayoría de las Comunidades), de compañías farmacéuticas y de seguros, empresas consultoras, hospitales públicos y privados y centros de atención primaria.

Participación de los suscriptores en la difusión de contenidos

Los suscriptores pueden aportar contenidos a Econsalud cuando tengan información útil para la lista. Hay dos formas de hacerlo, mandar un mensaje a la moderadora (actualmente bvalcarcel@dmc.ulpgc.es) o mandar un mensaje a la lista (<http://listserv.rediris.es/archives/econsalud.html>). En ambos casos, la moderadora filtrará la información. Si la juzga relevante para una parte considerable de suscriptores y de carácter objetivo (por favor, evitad juicios, opiniones, debates), la publicará en Econsalud.

Un Consejo para rentabilizar el uso de Econsalud

Recibirás entre 10 y 30 mensajes de Econsalud cada mes. Echales un vistazo rápido sobre la marcha si tienes tiempo ese día y después bórralos. No te angusties por no poder leerlo todo, además no todo te va a interesar. La página web tiene un excelente buscador que recupera para tí contenidos específicos publicados en la lista, por temas, y fechas. Para consultar en los archivos de la lista: <http://listserv.rediris.es/cgi-bin/wa?S1=econsalud&X=>

Cómo darte de alta en Econsalud

Para darte de alta en Econsalud puedes rellenar el formulario en la dirección: <http://listserv.rediris.es/cgi-bin/wa?SUBED1=econsalud&A=1>

Por favor, mándanos tus sugerencias sobre Econsalud a: bvalcarcel@dmc.ulpgc.es o pere.ibern@upf.edu

XXIV JORNADAS AES. EL ESCORIAL, MADRID (2004) RESPUESTAS INDIVIDUALES Y SOCIALES ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD

XXIV JORNADAS



El Escorial: 26, 27 y 28 mayo 2004

PROGRAMA

Miércoles, 26 de mayo

9:00 Reparto de material

Taller Fundación BBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud

La investigación en cuidados de salud en España durante la próxima década: una prospección de prioridades en investigación desde la perspectiva de los ciudadanos

Organizan: Enrique Bernal - Ricard Meneu - Jordi Alonso.
Ponente invitado: Elliot S. Fisher, MD, MPH. Centre for the Evaluative Clinical Sciences. Dartmouth Medical School.

Réplica: Enrique Bernal.

Acto inaugural XXIV Jornadas AES 2004. El Escorial, Madrid.

Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud

Vicente Ortún Rubio. Presidente AES

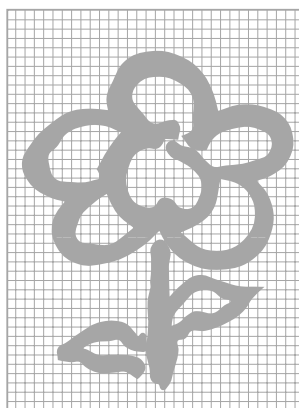
Ricard Meneu de Guillerna. Presidente del Comité Científico XXIV Jornadas AES

Rosa Urbanos Garrido. Presidenta del Comité Organizador XXIV Jornadas AES

Conferencia Inaugural

De la efectividad a la eficiencia en la prevención de enfermedades crónicas

Fernando Rodríguez Artalejo. Universidad Autónoma de Madrid



ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

Mesa de ponencias P01

Percepción de riesgos y comunicación

Ricard Meneu - Salvador Peiró - José Luis Pinto.

Moderador: Vicente Ortún.

Mesa de ponencias P02

Las perspectivas individual y social de la genómica y la proteómica en España

Julián Ruiz-Ferrán - Jesús Millán - Enrique Castellón - José Luis Jorcano.

Moderador: Juan del Llano.

Mesas de comunicaciones:

Farmacia I.

Gestión de Servicios y Centros Sanitarios I.

21:00 Recepción de bienvenida

Jueves, 27 de mayo

Conferencia

La sostenibilidad de las políticas públicas en un entorno de decisiones privadas. El caso de Medicare

Elliot Fisher. Centre for the Evaluative Clinical Sciences. Dartmouth Medical School.

Mesa de ponencias P03

Promoción de hábitos saludables (tabaco)

Jaime Pinilla - Fabiola Portillo - Ángel López - José Ramón Calvo.

Moderador: Jaime Pinilla.

Mesa de ponencias P04

Evaluación Económica de Riesgos Específicos para la Salud (Enfermedades Cardiovasculares)

Javier Mar - Anna García-Altés - Enrique Castellón - Ángela Blanco.

Moderador: Fernando Rodríguez Artalejo.

Mesa de ponencias P05

II Encuentro de Jóvenes Investigadores en Economía de la Salud

Presentación: Manuel Carrasco.

Jóvenes investigadores: Paula González (CORE-Université Catholique de Louvain) - Manuel García Goñi (UC3M) - Luis Prieto (Lilly).

Moderador: David Casado.

Mesa de ponencias P06

Medicamentos y desarrollo

Participan: Medicus Mundi, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, Farmaceuticus Mundi.

Carlos Mediano - Natalia Herce - Pablo Marco - Nora Uranga - Fernando Valdés - Lola Reneo - Lourdes Betegón.

Moderador: Xavier Serna

Mesa de Ponencias P07

Planes de Salud (orientación y evaluación económica)

Joseba Vidorreta - José María Beguiristain - Antoni Gelonch

Moderador: Juan Cabasés.

Presentación de resultados del Taller Fundación BBVA

Conferencia

Programa de la reforma de la Atención Primaria en la provincia de Córdoba (Argentina).

María Maovro. AES Argentina.

Presentación y defensa de las comunicaciones gráficas

Conductora: Silvia Ondategui

Mesas de comunicaciones:

Equidad I.

Evaluación de sistemas.

Farmacia II.

Equidad II (Conductas y preferencias).

Gestión de Servicios y Centros Sanitarios II.

Financiación sanitaria.

Farmacia III.

Atención sociosanitaria.

Recursos humanos.

18:00-20:00: Asamblea AES

Viernes, 28 de mayo

Mesa de ponencias P08

Aseguramiento y ajuste de riesgos (marco teórico y aseguramiento)

Manuel García Goñi - Marcos Vera-Hernández - Francesca Colombo - Marisol Rodríguez.

Moderador: Pere Ibern.

Mesa de ponencias P09

La evaluación socioeconómica de las nuevas prestaciones sanitarias

Álvaro Hidalgo - Juan del Llano - Juan Cabasés - Pedro Plans - Rosa López.

Moderador: Indalecio Corugedo.

Mesa de ponencias P10

Política internacional de medicamentos: la disponibilidad de medicamentos en los países subdesarrollados

Carlos Correa - Jaume Vidal - Joan Rovira - Pedro Arcos.

Moderadora: Paloma Alonso.

Mesa de ponencias P11

Política nacional de medicamentos: medidas y experiencias nacionales de uso racional y eficiencia

Paloma Acevedo - Antonio J. García Ruiz - Ana Ortega.

Moderador: Félix Lobo.

Mesa de ponencias P12

Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud: la experiencia iberoamericana

Moderadora: Paloma Alonso.

Mesas de comunicaciones:

Utilización de servicios sanitarios.

Evaluación económica: instrumentos y métodos.

Equidad III.

Gestión de Servicios y Centros Sanitarios III.

Evaluación de tecnologías: instrumentos y aplicaciones.

Conferencia de clausura

Towards High-Performing Health Systems: Main findings from the OECD Health Project

Francesca Colombo. OCDE

Entrega de premios y clausura

Cena de clausura

Secretaría científica:

Observatorio del SNS

Paseo del Prado 18-20

28071 Madrid

Tel: 91 5961599

Fax: 91 5964478

rrodriguez@msc.es

Secretaría técnica:

Agencia Laín Entralgo

Consejería de Sanidad y Consumo de la

Comunidad de Madrid

Gran Vía, 27

28013 Madrid

Tel: 91 3089489

Fax: 91 3089463

e-mail: agr33@salud.madrid.org

Página WEB: www.aes.es

ES NECESARIO AUMENTAR LA CARGA FISCAL DE LOS CIGARRILLOS

Ángel López Nicolás

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) y Dept. de Economía y Empresa
Universitat Pompeu Fabra
e-mail: angel.lopez@imsb.bcn.es

Cada vez hay más evidencia señalando la reducción del tabaquismo como una de las medidas con más réditos a medio y largo plazo en términos de estado de salud de la población. Ello explica el que la UE en bloque haya ratificado El Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (CMCT) iniciado por la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y que, en España, el Consejo Interterritorial de Salud acordase la puesta en marcha del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo (PNPCT). Estas dos iniciativas contienen recomendaciones acerca del control de la publicidad, la utilización del empaquetado para advertir de las consecuencias nocivas del consumo, la protección ante el humo ambiental y la fiscalidad de las labores del tabaco. El objetivo de estas líneas se centra en este último aspecto de las medidas preventivas, ya que evaluaremos los argumentos que, en el contexto español y desde la perspectiva de la Economía Pública, apoyan la recomendación de aumentar la carga fiscal de los cigarrillos.

Es útil recordar que la justificación de la intervención del Sector Público en el mercado de cigarrillos se sustenta en dos fallos de mercado: la información imperfecta y la existencia de costes externos. El problema de la información imperfecta se refiere a la dificultad de aceptar que todos los consumidores conocen tanto los efectos adictivos de la nicotina como la posibilidad de desarrollar enfermedades, especialmente teniendo en cuenta las tempranas edades a las que se comienza a fumar. La evidencia epidemiológica es clara en este sentido al revelar la existencia de un gran número de fumadores que declaran arrepentirse de haber comenzado el hábito. La solución "first best" pasa por las campañas de información. Sin embargo, el problema se complica debido al componente adictivo del tabaquismo. La alta preferencia por el presente, en conjunción con el efecto de la publicidad, hace que los jóvenes sean refractarios a la diseminación de información sobre las consecuencias a largo plazo del consumo. Esto no sería demasiado grave si, llegado el momento en que empiezan a valorar más el futuro y quieren dejar de fumar para evitar las enfermedades, los jóvenes pudiesen dejar el hábito de manera fácil. Pero, como es bien sabido, en esos momentos la adicción a la nicotina dificulta de manera extrema la cesación. La solución complementaria consistiría en restringir el consumo, al igual que no se autoriza el voto o la conducción, hasta la mayoría de edad

(o la edad en la que se considerase que los individuos pueden ejercer la soberanía del consumidor en su pleno significado). Pero esta medida es poco efectiva debido a que las restricciones a la venta a los jóvenes no se cumplen con rigor. Por ello, si bien afectan a todos los fumadores, y no sólo a los jóvenes, el instrumento adicional al que el sector público debe recurrir son los impuestos sobre el consumo [1]. La evidencia disponible para el caso español muestra que los incrementos impositivos de los últimos años no han desincentivado el inicio en los jóvenes [2]. Ello no sorprende teniendo en cuenta que en España el coste real de los cigarrillos sigue muy bajo. En el gráfico adjunto se aprecia que, tras ajustar por diferencias en poder adquisitivo, el precio de la marca más vendida en España está muy por debajo de la media de la UE.

En cuanto a los costes externos, se ha estimado que el coste sanitario anual de las 6 principales enfermedades relacionadas con el tabaquismo supone un 75% de la recaudación por los impuestos especiales sobre las labores del tabaco. También se estima que un tercio de las bajas laborales por enfermedad en los hombres está relacionada con el tabaquismo. A ello se han de añadir los efectos del consumo pasivo. En España un 21% de la población no fumadora es fumadora pasiva, lo que supone un 6% de los casos de cáncer de pulmón, un 4,5% de los casos de enfermedades coronarias y un 15% de los ataques cerebro-vasculares (cálculos basados en la evidencia presentada en [3,4,5]). En el aspecto dinámico, es cierto que las muertes prematuras ahorran pensiones, pero también evitan ingresos por impuestos directos e indirectos y, en cualquier caso, algo que no se puede ni debe obviar es que la sociedad está a dispuesta a pagar por evitar muertes prematuras. Si se utiliza la cifra de 30.000€ por AVAC recientemente recomendada en estas páginas [6], está claro que cualquier potencial ahorro en pensiones (netas de impuestos directos e indirectos generados por el receptor) sería superado por el valor social de los AVAC perdidos.

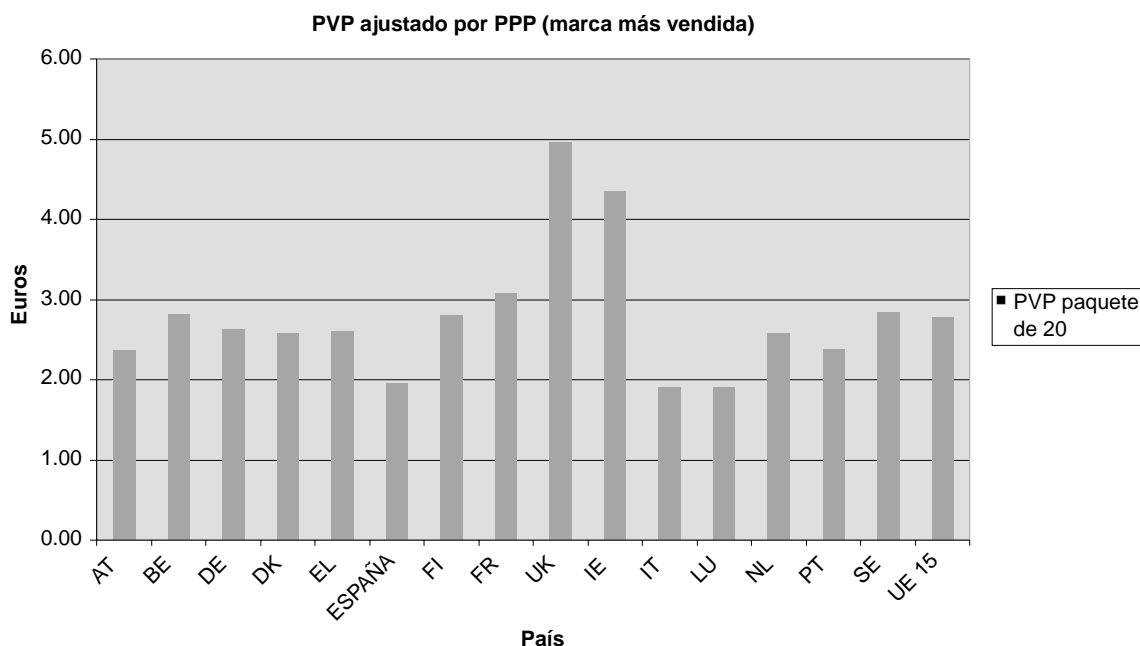
Así, las medidas fiscales destinadas a corregir la situación actual deberán perseguir dos objetivos: aumentar el precio medio y reducir la accesibilidad económica de los cigarrillos para los jóvenes. Es importante señalar que la mera aplicación de los mínimos requeridos por la legislación europea sobre armonización de tipos no alterará la

situación actual de manera significativa. El desarrollo del componente fiscal del CMCT y del PNCPT en España debe incluir medidas adicionales. En concreto, se debe optar decididamente por incrementar los tipos actuales. El ejemplo de Francia, un país donde el mercado de los cigarrillos tiene características comunes al español, puede servir de guía. Las últimas reformas fiscales del país vecino revelan una clara voluntad política de utilizar los instrumentos fiscales como herramienta de prevención del tabaquismo. Por ejemplo, un objetivo a alcanzar a medio plazo podría consistir en igualar el PVP de la marca más vendida en España, 1,95 €, con su PVP (ajustado por diferencias en poder adquisitivo) en Francia, 3,25 €.

Está por contrastar la recepción que tendría en la sociedad española un incremento acusado en los precios del tabaco. Una primera preocupación es el efecto sobre la inflación, por ello no parece una idea descabellada sustraer el tabaco del cómputo del índice de precios oficial que sirve de referencia para actualizar contratos (así se ha hecho en Francia). A fin de cuentas, lo que se pretende es encarecer este producto con relación al resto de bienes, por lo que no tendría sentido que la carga fiscal del primero arrastrase el precio de los segundos. Por otra parte, no faltará quien califique estas medidas como regresivas. Sin embargo,

aquellos que estén preocupados genuinamente por cuestiones de equidad deben saber que una parte importante de las desigualdades socioeconómicas en estado de salud y mortalidad están asociadas al consumo de tabaco. Por este motivo, en la medida que las reformas fiscales eviten la incorporación de nuevos fumadores y fomenten el cese del consumo, su efecto final será progresivo y no al revés. En cualquier caso, un grupo que requiere especial atención son los ciudadanos que ya han desarrollado un alto grado de adicción al tabaco, pues se encontrarían en el fuego cruzado entre su dependencia y unos precios más altos. Por ello, parte de la recaudación resultante de las medidas fiscales que aquí se discuten debe revertir en este colectivo mediante la financiación de tratamientos coste-efectivos para dejar de fumar.

El futuro estado de salud de la población merece un despliegue de medidas amplio y profundo en lo que atañe al control y prevención del tabaquismo. Bienvenidas sean las declaraciones de intenciones del CMCT y del PNCPT, y esperamos atentos la puesta en marcha de medidas concretas en todos sus frentes. La fiscalidad es uno de los más importantes, y, como estas líneas han tratado de transmitir, urgen aumentos en los tipos impositivos de los cigarrillos.



Referencias:

[1] Warner, K., F. Chaloupka, P. Cook, W. Manning, J. Newhouse, T. Novotny, T. Schelling and J. Townsend (1995): "Criteria for Determining an Optimal Cigarette Tax: the Economist's Perspective", *Tobacco Control*, Vol. 4, pp. 380-386.

[2] Schiaffino, A., Fernández, E., Borrell, C., Salto, E., García, M., y Borrás, J.M. (2003): "Gender and Educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992". *European Journal of Public Health*. 13:56-60.

[3] Bonita R., J. Duncan, T. Truelsen, R. Jackson and R. Beaglehole (1999): "Passive Smoking as well as

Active Smoking Increases the Risk of Acute Stroke", *Tobacco Control*, Vol. 8, pp. 156-160.

[4] Hackshaw, A.K., M. Law and N. Wald (1997): "The Accumulated Evidence on Lung Cancer and Environmental Smoke", *British Medical Journal*, Vol. 315, pp. 980-988.

[5] Law, M., K. Morris and N. Wald (1997): "Environmental Tobacco Smoke Exposure and Ischaemic Heart Disease: An Evaluation of the Evidence", *British Medical Journal*, Vol. 315, pp. 973-980.

[6] Ortún, V. (2004): "30.000 € por AVAC". Editorial. *Economía y Salud* no. 49. Año 17. Enero. Asociación de Economía de la Salud.

EL PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA 2004-2007

Fernando Rodríguez Artalejo

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad Autónoma de Madrid*

A continuación se transcriben y comentan algunos párrafos del Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI), aprobado a finales del 2003 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Se intenta destacar lo más relevante para lectores que no se dedican al control de las enfermedades cardiovasculares.

Párrafo 1. “La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Calidad y Cohesión del Sistema nacional de Salud, regula los Planes Integrales de salud como un instrumento de coordinación y calidad dirigido a actuar sobre las enfermedades o condiciones más relevantes con el objetivo de lograr un enfoque homogéneo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud”... “Una vez consensuados [los Planes] cada Comunidad Autónoma elige el modelo organizativo que más se adapta a sus peculiaridades y necesidades” (Prólogo: Página 7 del PICI en la versión editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo)

El PICI, es junto con el de control del cáncer, el primer Plan Integral desarrollado como consecuencia de la Ley 16/2003. Los Planes Integrales hacen compatibles la coordinación sanitaria dentro del Estado para lograr enfoques “homogéneos” con el ejercicio de las competencias de cada comunidad autónoma (CCAA). La coordinación sanitaria es una de las principales funciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, y para ejercerla

utiliza varios procedimientos: elaborar legislación básica, cofinanciar actividades, diálogo frecuente con las comunidades autónomas, etc. Creo que la coordinación funciona aceptablemente cuando la mayoría de los actores del proceso entiende que es más beneficioso para las administraciones y los ciudadanos un enfoque conjunto que uno por separado. Pero por ello, también es entendible que en temas concretos alguna administración desarrolle políticas no coordinadas si no ve beneficios claros de la coordinación. Incluso, la variabilidad en modelos organizativos, prestaciones, etc., ha sido fuente de aprendizaje sobre lo que mejor funciona en el sistema sanitario. En la práctica, lo esperable es que haya cierta diversidad entre CCAA, porque para eso cada una ha recibido sus competencias, que van más allá de la mera descentralización de la gestión e incluyen la elaboración de políticas propias.

Hay ejemplos de coordinación exitosa (e.g., la reciente elaboración de un calendario vacunal homogéneo en todas las CCAA) lograda mediante el diálogo entre las administraciones. Sin embargo, la coordinación es más fácil si se añaden estímulos positivos, en particular la cofinanciación de actividades por la administración central. Piénsese en los planes nacionales del sida, sobre drogas o de hemoterapia, que han funcionado bien en parte porque han tenido presupuestos adecuados.

Párrafo 2. “El PICI está referido a las siguientes áreas de intervención: 1) Prevención de los factores de riesgo coronario en la población general y promoción de hábitos saludables; 2) Detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes con factores de riesgo coronario; 3) Asistencia a pacientes con cardiopatía isquémica; 4) prevención secundaria y rehabilitación cardíaca; 5) Sistemas de información sanitaria; 6) Investigación. Las dos últimas áreas son de carácter transversal ya que se refieren a los aspectos determinados en las cuatro anteriores.” (Página 24).

Una de las principales ventajas de que el plan sea “integral” es que no se le puede acusar de no serlo y de que, por tanto, haya algún aspecto relevante para el control de las enfermedades cardiovasculares que quede fuera de él; además, siempre se puede explicar en positivo que un plan integral busca “sinergias” entre todos sus elementos, de forma que los resultados para la salud de los ciudadanos serán mejores que los derivados de la implementación aislada de cada una de sus partes. Seguro, que también hay argumentos para defender lo contrario (e.g., dispersión de esfuerzos al considerar muchos aspectos, falta de priorización de los mismos, etc.) pero a esta altura con ellos no se va a ninguna parte. Lo realmente importante es haber empezado a trabajar. Este mismo comentario también es aplicable a los siguien-

tes párrafos del PICI que he transcrito.

El PICI incluye objetivos en numerosas áreas y las acciones para alcanzarlos. A título ilustrativo se transcriben los objetivos y acciones en una de ellas:

Párrafo 3. *“Objetivos en actividad física:*

- *Aumentar el gasto calórico promedio en actividad física a 2000 kcal/semana en la población entre 10 y 25 años, y a 1900 kcal/semana en la población entre 25 y 74.*
- *Aumentar el porcentaje de población entre 10 y 25 años que realiza actividad física deportiva en el tiempo libre a un 50%, y en la población entre 25 y 74 años a un 30%. (Página 37).*

Acciones para prevenir el sedentarismo:

- *Fomentar en la población general la práctica de ejercicio físico moderado.*
- *Fomentar la práctica de ejercicio físico en las escuelas y en el tiempo libre.*
- *Fomentar la práctica de ejercicio aprovechando los recursos propios del lugar de trabajo y de la vida cotidiana; caminar en los trayectos en que ello es posible; fomentar el uso de escaleras y de transporte público.*
- *Promoción de la actividad física en el tiempo libre*
- *Mejorar la formación de los profesionales sanitarios” (Página 40).*

Hay cierto contraste entre la gran precisión de los objetivos y la mucha menor de las acciones para conseguirlas. De hecho, ni siquiera se sabe en qué consisten dichas acciones de “fomento” y “promoción” de la actividad física, y si son eficaces para alcanzar los objetivos perseguidos. Este contraste ocurre especialmente con los objetivos de prevención y promoción de hábitos saludables, pero también con el registro de los antecedentes de enfermedad cardiovascular en la historia clínica o la atención a los síndromes coronarios agudos, entre otros. Aunque se puede remitir al interesado a otro de los planes en preparación en el Ministerio de Sanidad, como el Obesidad, Nutrición y Actividad Física, donde se concretarán las acciones para prevenir el sedentarismo, esto no es posible en muchos otros casos porque tal plan no existe. Creo que la propia implantación del PICI es la oportunidad necesaria para concretar sus actividades. Es necesario crear una pequeña estructura profesionalizada para el desarrollo del plan. Un buen ejemplo es la creada para el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, 2003-2007, cuya secretaría permanente “estará dirigida por el/la Coordinador/a General del Plan, y formada, al menos, por tres técnicos (jefes de servicio) y tres administrativos” (Rev Esp Salud Púb 2003; 77: 469). Unas pocas personas que decidan “remangarse” y ponerse a la obra podrán impulsar algunas actividades eficaces para mejorar la salud cardiovascular de los españoles. Un texto abierto como éste puede dejarles las manos libres para concentrarse en lo que a su juicio sea más factible o eficaz.

Párrafo 5. *“La cardiopatía isquémica supone un grave problema de salud. La redacción del PICI no supone una solución al mismo si no se estructuran los mecanismos y acciones necesarios para su implantación, su ejecución y su evaluación periódica”. “La implantación y ejecución del Plan, así como su evaluación periódica, serán responsabilidad de quienes ostentan la capacidad suficiente para ello, en mayor o menor grado” (Página 28).*

Creo que el anterior es el único párrafo dedicado a la implantación del PICI. El PICI carece de un análisis de la eficiencia de las opciones disponibles para controlar la cardiopatía isquémica en cada fase de su historia natural, a pesar de la gran cantidad de literatura económica en este campo. Tampoco tiene, quizás porque sus acciones están aun por concretar, una valoración del impacto financiero que su aplicación puede tener para las administraciones sanitarias. En mi opinión el PICI es un buen plan, pero de momento sólo es eso, un plan. Y lo que queda por hacer en el mismo (concretarlo, financiarlo y llevarlo a cabo) es mucho más importante y requiere mucho más trabajo que lo que ya se ha hecho. El PICI es un compromiso con los ciudadanos y con los profesionales sanitarios, porque el problema de las enfermedades cardiovasculares es grave en nuestro país, será aún mayor en el futuro, y se han generado expectativas de que el Plan contribuirá a paliarlo. Esas expectativas no deben defraudarse.

Nota. El autor ha formado parte de uno de ocho grupos de trabajo para la elaboración del PICI

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA UTILIZACIÓN INADECUADA DE LA HOSPITALIZACIÓN, EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

Pedro Antón García

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández de Elche el 5 de marzo de 2003. Dirigida por los doctores Salvador Peiró Moreno y Jesús M^a Aranz Andrés, obtuvo la calificación de sobresaliente «cum laude» por unanimidad.

E-mail: anton_ped@gva.es. Este trabajo fue financiado parcialmente por la Fundación Mapfre Medicina y la Fundación Investigación en Servicios de Salud.



Introducción

La utilización inadecuada de la hospitalización se ha definido como las hospitalizaciones para proporcionar asistencia que desde el punto de vista clínico podría haber sido realizada en un nivel asistencial de menor complejidad. Las revisiones existentes en la literatura sugieren que 1 de cada 3-4 estancias podría ser inadecuada. Estas cifras, y el elevado número de estudios de revisión de la utilización realizados -más de un centenar, sólo en España- contrastan con la escasez de trabajos que hayan evaluado intervenciones para reducir los días de hospitalización inadecuada.

Estas cifras, y el elevado número de estudios de revisión de la utilización realizados -más de un centenar, sólo en España- contrastan con la escasez de trabajos que hayan evaluado intervenciones para reducir los días de hospitalización inadecuada.

Objetivos

El objetivo general del proyecto de investigación es medir el impacto de una intervención sobre los facultativos, en la reducción del uso inadecuado de la hospitalización, en los servicios de cirugía general de los hospitales públicos universitarios de la provincia de Alicante. Los objetivos específicos incluyen: 1) Estimar la magnitud de la utilización inapropiada de la hospitalización en los servicios de Cirugía General, 2) Valorar las diferencias de la inadecuación antes, durante y después de la intervención, 3) Analizar las características del paciente y las del episodio de hospitalización asociadas con una mayor proporción de uso inadecuado y 4) Establecer el grado de concordancia entre el Observador Externo y el Facultativo encargado de la asistencia con relación a la adecuación de la hospitalización.

Material y Método

Estudio cuasi-experimental antes-después con grupo control no equivalente realizado en tres Hospitales Universitarios ubicados en la provincia de Alicante. El grupo de intervención (GI) estuvo integrado por los Servicios de Cirugía General de dos de estos hospitales y el grupo control (GC) fue el Servicio de Cirugía General del hospital restante. El trabajo de campo se realizó durante los meses de mayo y junio de 2000 y comprende tres períodos diferenciados: período basal (1 semana), período de intervención (2 semanas) y tras dos semanas de lavado, el período post-intervención (1 semana).

Se realizó una intervención de tipo mixto, con componentes educativos, de retro-información (feedback) y de evaluación por los propios médicos. Se utilizaron dos instrumentos, por un lado la versión validada en España del AEP para pacientes adultos médico-quirúrgicos, y por otro, el *adeQhos*[®], diseñado para la identificación de la inadecuación de la estancia hospitalaria por los propios clínicos durante el pase de visita (construido a partir del AEP y el OBSI). El tamaño muestral mínimo se estimó en 159 (período basal) y 318 (período intervención) estancias para detectar una reducción del 25% al 15% entre ambos períodos en el porcentaje de días inadecuados. Las historias clínicas fueron revisadas por dos médicos y un enfermero previamente instruidos.

Resultados

El porcentaje de estancias inadecuadas en el conjunto del estudio fue del 16,7% (CI95: 15,3-18,2). El GC no mostró diferencias estadísticamente significativas entre períodos en el porcentaje de estancias inadecuadas (21,5%, 23,6% y 27,2%). En el GI se produjo una reducción de estancias inadecuadas desde el 14,3% en el período basal, al 7,9% durante el período intervención (reducción absoluta de 6,4 puntos porcentuales y relativa del 44,8%), ascendiendo hasta el 11,8% en el período post-intervención (diferencias no significativas respecto al período basal ni al período intervención).

Respecto a las causas de utilización inapropiada, y para el conjunto de períodos, los problemas de programación fueron los más importantes en el GC (51,0% de los días inapropiados) seguidos de los problemas atribuidos al manejo médico (45,7%). En el GI, por el contrario, los problemas de programación supusieron sólo el 10,0% de los días inadecuados y los problemas atribuidos al manejo médico, un 79,2%. Los problemas atribuidos al paciente/familia y falta de recursos alternativos fueron mínimos en ambos grupos.

Al analizar la proporción de estancias inadecuadas atribuibles a problemas atribuidos al manejo médico, el comportamiento fue similar al relatado para las estancias de forma global: no encontrándose diferencias significativas en el GC, mientras que el GI experimentó una reducción de estancias inadecuadas desde el 12,7% en el período basal, al 5,81% durante el período intervención, aumentando hasta el 11,0% durante la post-intervención. Respecto a los días inadecuados atribuibles a

problemas de programación, ninguno de los grupos mostró cambios significativos entre los períodos del estudio.

El tiempo promedio de revisión de una estancia con *adeQhos*[®] fue de un minuto. La evaluación externa con AEP identificó un 6,8% de estancias inadecuadas y la realizada con *adeQhos*[®] un 15,8, de las que sólo el 2,3% fueron consideradas inadecuadas conforme a los juicios subjetivos de los clínicos. El índice de concordancia global entre ambos instrumentos fue del 83% ($k = 0,28$; IC del 95%, 0,17-0,39) si se considera sólo el cumplimiento de criterios del *adeQhos*[®] y del 94,4% ($k = 0,37$; IC del 95%, 0,19-0,55) si consideran también los juicios clínicos. El valor predictivo para los casos etiquetados como adecuados fue del 95,2%.

Conclusiones

La retroinformación activa a los clínicos, en servicios de cirugía general, sobre el porcentaje de estancias innecesarias, apoyado por medidas educativas y de auto evaluación, al igual que la revisión concurrente, fue efectiva para disminuir la proporción de estancias inapropiadas por causas atribuibles al médico/hospital en un 55%, con un impacto en la reducción de la proporción global de estancias inadecuadas de un 45%. En el grupo control no existieron diferencias significativas entre los diferentes períodos.

Las estancias inadecuadas, por todas las causas, se asociaron al género mujer, al grupo hospitalario de control, a estancias en fin de semana, a la inadecuación del ingreso, a la no realización de intervención quirúrgica, y en el caso de pertenecer al grupo hospitalario de exposición en el período de intervención la estancia se protegía frente a la inadecuación.

Pese a la rapidez de su uso, *adeQhos*[®] evidenció un elevado grado de concordancia global con el AEP (del 83%, y del 94,4% si se consideran los juicios clínicos), una elevada especificidad y una baja sensibilidad, características que lo configuran como un instrumento útil para la evaluación de la utilización inadecuada de la hospitalización y, sobre todo, como instrumento de intervención. Los elementos clave de esta efectividad son, probablemente: la utilización del feedback activo, de mayor efectividad que la diseminación pasiva de información, el refuerzo de autoridad que supone contar con el apoyo de los líderes clínicos y el uso de la evaluación concurrente por los propios médicos empleando instrumentos amigables que puedan ser fácilmente integrados en el pase de visita.

ANÁLISIS DEL SEGURO PRIVADO DE ENFERMEDAD EN ESPAÑA

José Antonio Ordaz Sanz

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía Aplicada III de la Universidad de Sevilla, el 19 de enero de 2004. Dirigida por los Doctores Dña. Flor María Guerrero Casas y D. Carles Murillo Fort, obtuvo la calificación de Sobresaliente "cum laude" por unanimidad.

E-mail: jaordsan@dee.upo.es



Introducción

El mercado de seguro privado de enfermedad constituye hoy día en nuestro país uno de los principales motores del conjunto de la actividad aseguradora, representando, en volumen

de recaudación de primas, el tercer ramo en importancia. Su funcionamiento ha de contemplarse también en relación con la situación y evolución de todo el sistema sanitario. La sanidad conforma un pilar esencial de la actividad económica de cualquier país desarrollado. En España, el gasto del sector supone un 7-8% del PIB y se estructura sobre la base de la provisión pública (75-80% aproximadamente) y de la privada (20-25% restante). Ésta última es llevada a cabo fundamentalmente por las entidades aseguradoras privadas de enfermedad.

Objetivos

El objetivo primordial establecido en esta Tesis ha sido conocer los factores y características más relevantes del mercado de seguro privado de enfermedad en España, tanto por el lado de la oferta, como en especial por el lado de la demanda. Para ello se revisa, previamente, su contexto.

Material y métodos

La investigación se divide en dos partes. La Parte I aborda el estudio del contexto en el que se desarrolla el mercado de seguro privado de enfermedad en España. Se presta atención a los pilares teóricos básicos que subyacen en este mercado y se plantean las principales características que definen el sistema sanitario de nuestro país, así como los aspectos más importantes del sector a nivel europeo.

La Parte II profundiza en el análisis del mercado propiamente dicho. En el análisis de la oferta, se estudia la evolución de las variables más relevantes del ramo del seguro privado de enfermedad en España durante el período 1981-1997. En esta tarea se han utilizado datos procedentes de las memorias anuales de la patronal aseguradora UNESPA, debidamente tratados para la obtención de series homogéneas comparables de todo el período considerado. Por su parte, el análisis empírico de la demanda de seguro privado de

enfermedad por parte de los hogares españoles trata de poner en evidencia, por un lado, los factores más significativos de ésta y, por otro, del gasto que se destina a este concepto. Se ha utilizado como base de datos el Panel de Hogares de la Unión Europea, concretamente la oleada de 1998. Tras un completo análisis de tipo descriptivo, se ha procedido a la modelización de tipo econométrico de las cuestiones analizadas; en el caso de la demanda, se utiliza un modelo de elección discreta probit, y para el gasto, trabajamos con distintas opciones: un modelo uniecuacional referido a toda la población estudiada y modelos de dos ecuaciones como el de dos partes o el Heckit, que plantean el problema de la selección muestral.

Resultados

La fuerte concentración del mercado español de seguro privado de enfermedad es uno de sus rasgos más destacados. La rentabilidad del ramo, desde el punto de vista técnico, está por encima del conjunto de toda la actividad aseguradora. El sector ha experimentado un destacado crecimiento desde mediados de la década de los 80 hasta finales de los 90; no obstante, en los últimos años parece mostrar un cierto estancamiento, sobre todo en cuanto a número de pólizas se refiere, y en especial las de carácter personal.

En cuanto a la demanda de seguro privado de enfermedad por parte de los hogares españoles, nuestra investigación pone de manifiesto que los factores de mayor significatividad son: la edad de la persona de referencia del hogar, su nivel de estudios, cuestiones laborales (ser autónomo), la región de residencia (Madrid, Cataluña y Baleares) y el nivel de renta del hogar; junto a estos factores, puestos de manifiesto por la literatura a partir de otras bases de datos, nuestra investigación ha evidenciado también el importante papel de variables relativas al estado de salud y de utilización de recursos sanitarios (número de consultas a médicos de atención primaria, especialistas y dentistas) de todos los miembros que integran el hogar. En lo referente a la estimación del gasto, la significatividad del ajuste Heckit muestra la existencia de correlación entre los procesos de decisión de compra de un seguro privado y el de ulterior gasto efectuado; variables como el nivel de estudios, la región de residencia, ser autónomo, el nivel de renta del hogar y las consultas a médicos especialistas, son también significativas en el gasto.

Discusión y conclusiones

El Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por los continuos problemas de financiación y de gestión que ha vivido a lo largo de su existencia. El año 2002 resulta clave para el devenir futuro del sistema en general: por un lado, concluye el proceso de descentralización en materia sanitaria hacia todas las Comunidades Autónomas y, por otro, entra en funcionamiento un nuevo modelo de financiación autonómica fruto de un amplio consenso político. La marcha del mercado de seguro privado de enfermedad está fuertemente condicionada por la situación del sistema sanitario público y por las medidas fiscales que le afectan. De igual forma, hay que estar atentos a la evolución del sector a nivel de la Unión Europea. El principal reto que tiene ante sí es la consecución de un verdadero mercado de libre competencia visible para el consumidor.

Por otra parte, dado que el sistema sanitario público en España es de carácter prácticamente universal, el seguro privado de enfermedad constituye un bien no necesario para los hogares, generalmente asociado con mayor disponibilidad de renta. Por ello, no debe extrañar la significatividad de variables de tipo socio-económico en su demanda. Junto con ellas, resultan de importancia fundamental las variables referidas al estado de salud y de utilización sanitaria del hogar. El análisis revela una relación positiva entre el buen estado de salud de los hogares y el disfrute de cobertura privada. Como se apunta en diversas referencias de la literatura, parece que la sanidad privada se ocupa de los "buenos riesgos", en tanto que los "malos riesgos" permanecen en el sistema público. Hecho refrendado por la relación inversa que se evidencia entre disponer de seguro y el número de veces que se acude a consultas de medicina general. Por el contrario, las visitas a médicos especialistas muestran una relación positiva. En este sentido, uno de los motivos principales por los que los usuarios acuden al seguro privado es para evitar los "filtros" que el sistema público establece en el acceso a este tipo de asistencia, pero también se podría sospechar la existencia de cierto sobreconsumo inducido por los facultativos. Estas cuestiones resultan, sin embargo, extremadamente difíciles de contrastar de modo concluyente. Sería preciso seguir abundando en ellas considerando, por ejemplo, variables adicionales de otras fuentes estadísticas que arrojasen más luz al respecto.

Nueva legislación del sistema sanitario. Análisis y Comentarios

Editado por SATSE. Sindicato de Enfermería, 2004.

El texto recoge las tres leyes aprobadas recientemente, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Se incluyen los textos íntegros de las leyes así como un análisis jurídico de las mismas y el punto de vista de SATSE y su posible repercusión sobre los profesionales de la Enfermería.

Esta publicación surge por el interés que ha suscitado y los cambios generados por la nueva legislación sanitaria, con el fin de aclarar las posibles implicaciones de la nueva legislación sobre los profesionales.

El texto se divide en seis partes. Tras la presentación e introducción del mismo, se comenta y se hace una valoración desde el punto de vista del sindicato de las tres leyes anteriormente comentadas. En los anexos, se incluyen los textos de las leyes.

Por la novedad e interés del tema tratado puede ser de interés general, como guía para la comprensión y el análisis de las nuevas reformas llevadas a cabo. También puede ser de interés para analizar las implicaciones que la nueva ley puede tener sobre los profesionales del sistema sanitario, parte fundamental del mismo, en un momento de cambios importantes a nivel europeo.

Monografías Humanitas. ENVEJECIMIENTO

Editada por Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

Se trata del primer número de la serie de monografías editada por la recién creada Fundación Medicina y Humanidades Médicas. El objetivo de esta serie es la publicación de al menos cuatro números al año, tratando diversos temas, tanto de Medicina (desde el punto de vista científico y clínico) como de las Humanidades Médicas. Próximos temas de esta serie serán "Dolor y sufrimiento en la práctica clínica", "Investigación con células troncales", "Uso de drogas y drogodependencias" y "Evidencia científica, atención sanitaria y cultura".

Este primer número se ha centrado en el envejecimiento. En él se pretende abordar el proceso de envejecimiento desde diferentes perspectivas, de la

mano de expertos en cada una de ellas. El libro se divide en 10 partes. Tras un primer capítulo donde se describen algunas cuestiones generales, se hace un recorrido por la historia de la vejez. El siguiente capítulo toma el prisma del individuo para analizar los cambios psicológicos que tienen lugar en el curso del envejecimiento. También se analiza el aspecto biológico del envejecimiento, planteando una pregunta que siempre ha fascinado y ha sido de interés para el conocimiento: cuál es el límite biológico del envejecimiento y de las posibilidades de vida. El capítulo siguiente aborda la cuestión desde el punto de vista de las políticas sociales, necesarias para que las personas mayores no sean ni se sientan desplazadas. Se trata también el tema de los recursos sociales en América Latina. En los dos capítulos siguientes se trata un tema crucial al hablar de envejecimiento: la calidad de vida de las personas mayores. Cierra la monografía una reflexión en torno a la vejez y la literatura, aglutinando los puntos de vista de un grupo de autores célebres.

La monografía resulta interesante por los diferentes puntos de vista desde los cuales se aborda el tema, así como por la importancia del fenómeno analizado, no sólo desde la perspectiva de la atención sanitaria, sino también desde un punto de vista más general, social y económico.

Rural Health and Healthcare: a North West perspective

Texto disponible en:

<http://www.nwpho.org.uk/reports/ruralhealth.pdf>

Autor: Justin Word

Institute for Health Research, Lancaster University.

Este informe, llevado a cabo para el *North West Public Health Observatory* trata un tema interesante, como es la salud y la atención sanitaria en las áreas rurales. Pese a la imagen idílica de la vida en zonas rurales, beneficiosa y saludable, no es menos cierto que entraña también una serie de aspectos complejos que puede hacerla "no tan atractiva". Está claro que el acceso a determinados servicios es mucho más difícil, la disponibilidad de determinados servicios es escasa, los servicios hospitalarios y de urgencia por lo general implican viajar largas distancias. Ante estas diferencias, la pregunta que trata de responder este informe es si tienen un efecto en la salud de las comunidades rurales.

El informe se divide en siete capítulos. En los dos primeros se discute el concepto de ruralidad y los aspectos sociales y sanitarios de la vida en las comunidades rurales. El capítulo tres hace una revisión de la literatura existente sobre el tema. En el siguiente capítulo se revisan las políticas nacionales en materia de política rural, introduciendo las iniciativas más recientes. Se destaca que por lo general, las políticas diseñadas para reducir la existencia de inequidades, no consideran la "ruralidad" como un aspecto a tener en cuenta de forma separada. En el quinto capítulo, se describen una serie de iniciativas y proyectos de salud llevados a cabo con éxito en zonas rurales, tanto a nivel de atención primaria, especializada, como estrategias de transporte. En el sexto capítulo, se discute la cuestión relativa a la disponibilidad de datos y las cuestiones relevantes a la hora de determinar los niveles de salud y estudiar las áreas más deprimidas. Para cerrar el informe, se describen las instituciones y organizaciones que pueden aportar información y consejos sobre aspectos sociales y de salud en los medios rurales.

Aunque el informe se centra en el Noroeste de Inglaterra en el Reino Unido, sí puede ser interesante para aquellos profesionales que estén interesados en los temas relacionados con la atención sanitaria en el medio rural, y aprender de experiencias llevadas a cabo en dicho país.

Guía para la planificación de la atención sociosanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia.

Fundación Pfizer y CEAFA (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer) (2003).

Aunque editado en el tercer cuatrimestre del año 2003, se destaca esta publicación de la Fundación Pfizer, por la importancia y el impacto de enfermedades como el Alzheimer en la sociedad. Trata de explicar los aspectos más significativos de la enfermedad, considerando que el impacto sociofamiliar que conlleva es de tal magnitud que induce a la necesidad de una planificación sociosanitaria completa e integral. La Guía comienza describiendo la enfermedad y sus síntomas para tratar de recoger después, de un modo uniforme, los criterios y las pautas de intervención tanto a nivel individual como familiar que ayudan a reducir el impacto que sobre los mismos produce dicha enfermedad.

PROPUESTA DE ACCIONES PARA LA DEFENSA DE LA CALIDAD Y LA DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (ATP)

PLATAFORMA 10 M (PT10M)

La **PT10M** es un movimiento reivindicativo para la recuperación de las condiciones de calidad asistencial y dignidad profesional de la ATP. Bajo el lema **10 Minutos** se concentran las expectativas de la mejora que los médicos de ATP precisamos para poder realizar nuestra labor de atención a los pacientes con dignidad, calidad y eficacia.

Aunque son varios los motivos y desencadenantes que han desembocado en la preocupante situación del colectivo profesional de ATP todos se concentran en uno: **La preocupante pérdida de capacidad de decisión del profesional de la ATP**, responsable de la desmotivación, degradación asistencial, alto número de profesionales quemados, cuando se dispone de una competencia profesional, nunca antes alcanzada.

La ATP se ha especializado, se ha hecho más competente, asume cada vez más patologías ambulatorizadas del hospital y atiende cada vez a mayor número de colectivos, pero la adecuación de recursos y condiciones necesarias no ha sido pareja. Se exige más con cada vez menos recursos, capacidad de decisión sobre la organización y planificación en el entorno de los equipos.

El modelo con el que se desarrolló la reforma de la ATP, valioso en su momento por la gran participación de los profesionales, precisa de una reforma inmediata, centrada en la **participación en la decisión**, pues no es posible mejorar el sistema sin que los responsables de la atención participen en la reordenación del entorno asistencial de acuerdo a las necesidades de la población.

Se precisa tiempo, tiempo para la asistencia, la investigación, la innovación. Los centros se ahogan en su propia actividad, sin tener capacidad de respuesta para modificar una realidad insatisfactoria que conocen mejor que nadie.

En pleno tercer milenio persisten: Las limitaciones absurdas en el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos; con inaccesibilidad a la gestión de listas de espera propias e imposibilidad de dirigir pacientes a servicios menos congestionados. Las mediciones parciales y perversas de la actividad sanitaria, obviando la medición del total y por resultados. La imposibilidad de negociar condiciones de contratos programas, hoy parecidos a un juego. La limitación inexplicable a los gerentes de la ATP, a los que se incapacita para la visión global y se les asfixia con la gestión de los escasos dineros del gasto corriente. Los incentivos perversos, mejor para los peores resultados (mayores gastos) e inexistentes para los mejores. La imposibilidad de reversión de ahorros en "espe-

cie", como personal administrativo, medios diagnósticos, sistemas informáticos, profesionales. La anulación progresiva de las capacidades de Gestión del Jefe de Servicio de los EAP (Coordinador, Director,...). La obligación del uso de malos sistemas informáticos para el profesional y el paciente que responden a criterios no sanitarios. Incremento de comportamientos despóticos en mandos, poco relacionados con las necesidades de salud o de los centros, consecuencia de la necesidad de los objetivos planteados, etc. La imposibilidad real de negociación, bidireccional, de los Gerentes y centros de ATP. La terrible rigidez y congelación de las plantillas en ATP, nada relacionadas con las variaciones del número de pacientes, ni con el tremendo crecimiento de la actividad hospitalaria, duplicada en un lustro, gracias a los notables incrementos en recursos hospitalarios. Misma consideración para centros abiertos 8 horas, que 12 horas. Absurdas consideraciones de homogeneidad, sin la misma demanda en jornadas de mañana, que de tarde, partidas, continuadas o deslizantes, urgencias que domicilios, etc, en contraposición al tratamiento más exquisito, modular y específico de hospitales: unidades para el dolor, escuelas de espalda, atención domiciliaria, unidades de paliativos, etc, clásicamente entornos del primer escalón sanitario...

Por otra parte, desde las diferentes parcelas de responsabilidad sanitaria, todos deberíamos aspirar al mayor nivel de excelencia y resolución de problemas. Hoy vemos las consecuencias de la no participación del profesional como motor del sistema. Las preguntas están en el aire. ¿Puede aguantar el SNS sin el liderazgo de los profesionales sanitarios?. ¿Va a resignarse el SNS a ser mero notario del deterioro del mismo?. Sabemos que para esta actitud creativa, son necesarios ingredientes como ambición, voluntad, aprendizaje continuo, imaginación, capacidad de diálogo, flexibilidad ó intuición. ¿Por qué no van a poderse aplicar en nuestro SNS?.

El profesional de la ATP es bien capaz de aportar innovaciones, soluciones y liderazgo dentro de un sistema tan complejo como el sanitario. Pero precisa poder hacerlo.

Esto es un resumen de las contradicciones y perversiones de la realidad, que muestra una progresiva tendencia a **anular la capacidad de decisión y de participación del profesional de ATP, más parecida a una Contrarreforma**, no explícita, de la ATP que a un proceso de cambio y adaptación a la realidad socio sanitaria, de pronóstico poco halagüeño e inquietante.

Es el tiempo de las acciones, no de los análisis, por conocidos y repetidos.

La PT10M presenta la siguiente PROPUESTA DE ACCIONES para LA DEFENSA DE LA CALIDAD Y LA DIGNIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los 25 puntos de la PT10M

DEL CONCEPTO

1. La **ATP** es clave para la mejora de la salud general de la población.
2. La **Vocación de la ATP** es la Resolución de los problemas sanitarios existentes de la forma mas accesible , equitativa y eficiente.
3. La **ATP** es la puerta del sistema y no por razón política, sino por razón científica (Epidemiología Clínica), clave para el funcionamiento global del sistema y para la evitación de yatrogenia.
4. La **ATP** atiende y resuelve el 90% de los problemas sanitarios.
5. La **ATP** es el eje de la gestión sanitaria, de la coordinación de todos los recursos sanitarios, pues en ella reposa la organización y la gestión general de los procesos sanitarios, incluso y en buena parte cuando se sitúan en el escalón hospitalario.
6. El paciente es uno y la **ATP y la Especializada** deben buscar los mejores sistemas de organización y relación para dar respuesta a sus necesidades.
7. La **ATP** es el punto más accesible al ciudadano y es dónde reposa la longitudinalidad de la atención, por tanto del conocimiento y de la confianza del paciente.
8. En la **ATP** la confidencialidad y el respeto por el secreto profesional es crítico, por la importante información sensible que maneja.

Por todas estas razones, y con el objeto de evitar la degradación asistencial se hace preciso realizar una reforma sustancial de la **ATP**, una vez cumplidas dos décadas de desarrollo, y que concentramos en los siguientes aspectos clave.

DE LA FINANCIACIÓN

9. **Capitación dinámica**, o financiación capítativa dinámica. **El "Dinero sigue al paciente"**. No hay problema con tener 1.500 o 3.000 pacientes, si cada paciente llega al centro con su presupuesto/ año y el centro puede disponer de ese capital para ordenar recursos.
10. **Gestión económica**, tanto para Gerentes, Gestores, como Centros, **del tipo Contabilidad Patrimonial** (vinculación de capítulos presupuestarios, a modo, o realmente, de ingresos y gastos, o sea, concepto de gasto global) para evitar la rigidez de las contabilidades presupuestarias (Ej.: sobra dinero en el epígrafe de puertas y no es posible adquirir un ordenador)
11. **Reversión de lo ahorrado**, o de parte de ello, en la visión de **globalidad presupuestaria**. Ej., si ahorra en farmacia, respecto a la media de gasto esperado, podría contratar a personal o adquirir bienes para el servicio, sin conculcar, nunca, los derechos sindicales de contratación, orden de listas de empleo, etc.
12. **Multifinanciación**. Pueden venderse servicios a otras organizaciones. Puede abrirse el servicio a otros colectivos, Ej. Mutuas, accidentes de trafico, IT, con financiación. De interés para Gerencias de Áreas y por tanto para Centros, por fuentes extras de financiación. Estímulo de la competencia.
13. **Modulación por tramos de actividad, específicamente tasados económicamente**, con establecimiento de mínimos de oferta. Módulo de atención diaria de lunes a viernes y Atención domiciliaria, de 9-17; Módulos de atención continuada, tardes, noches, fines de semana; módulos de hospitalización domiciliaria; modulo de atención paliativa, módulos de gestión de algunas camas en hospital; etc , cada módulo baremado con un dinero por paciente, pudiendo cada centro optar por esos servicios, según posibilidades.
14. **Capacidad de compra real de la ATP a la Atención Especializada. "El dinero sigue al paciente"**..Disponer del dinero para pagar a los servicios de especializada. La ATP y la Atención Hospitalaria nos comenzamos a tratar como clientes, luego nos interesamos mutuamente, con un solo objetivo : la aceleración de los procesos de los pacientes y la mejor resolución de sus problemas. Ej.: No existiría la "prescripción

inducida", dado que el servicio especializado, podría ver perdido su servicio, de eludir los criterios de eficiencia del servicio de salud.

DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

(Contrato Programa / Gestión Clínica, etc)

15. **Objetivos** en base a **resultados** sobre el 100% de la actividad. Hablamos de efectividad y de eficiencia.
16. **Autonomía** en los modos de organización y de gestión de los recursos, debiendo solo dar cuentas de los resultados. Esto tan deseado y verbalizado por las organizaciones centrales y que llaman empowerment o empresarización, brilla por su ausencia. Capacidad de gasto y responsabilidad. No pueden imponerse ni sistemas caducos de organización, ni instrumentos caducos, sean diagnósticos, terapéuticos, material informático, softwares... Los recursos están al servicio del paciente y la finalidad sanitaria y no al contrario.
17. **Evaluación bidireccional**, dentro del establecimiento del contrato programa. Se evalúa lo que da el centro y lo que da la Gerencia, como brazo gestor de la Organización Sanitaria.
18. **Disponibilidad de uso o rechazo** de los servicios que «teóricamente» deben ofrecer las Gerencias, con asunción del presupuesto de Gerencia, en caso de muy negativa evaluación del servicio ofrecido. Ejemplos de servicios de gerencia: facilitación de acceso a segundo nivel, listas de espera y problemas para acceso a medios diagnósticos y terapéuticos; servicios de mantenimiento informático; servicios de abastecimiento de almacenes, pedidos, relación con los proveedores, etc...; servicios de contratación de personal sustituto o interino; servicios de control de las contrataciones de limpieza, retirada de residuos, reciclado; servicios de seguridad personal, antirrobo, antiincendios, informática, etc, etc. Si cualquiera de estos servicios no son realizados con los mínimos , posibilidad de redireccionar la responsabilidad y los dineros a las unidades de ATP para su gestión.
19. **Medición del 100% de la actividad y en base a la efectividad**, con disposición accesible de esa información. Rechazo frontal a las mediciones parciales, o centradas en el proceso, por el negativo sesgo que han introducido. Y mediciones en base poblacional y epidemiológica.
20. **Análisis global de la actividad**, incluyendo los **costos y la actividad de la Incapacidad Temporal (IT)**, por la oportunidad de financiación-negociación, en la reversión de ahorros por acortamiento de procesos, ventajoso para los pacientes, los servicios de salud y las Mutuas. Estímulo de la negociación ganador – ganador, en beneficio del paciente, con las mutuas.
21. **Respeto deontológico al secreto profesional**, por no ser precisa más que una determinada parcela de información clínica del paciente identificable a su persona, para la continuidad de la asistencia, y ninguna para la gestión. Tamizado, por tanto, del uso de las tecnologías de la información, por límites éticos, no técnicos y de acuerdo a la pertinencia, relevancia y temporalidad del acceso y acopio de información.
22. **Alta disponibilidad de la información clínica** por parte de los profesionales asistenciales, quienes más la necesitan. El alejamiento y la concentración de la información de los centros de salud generan desconfianza permanente, en los gestores centrales de la información, sobre los verdaderos usuarios, los profesionales y limita el **I+D+I** por la complicación de las trabas propias e intrínsecas de un sistema burocrático, cuando así se plantean, comprobado reiteradamente.
23. **Incentivos contra normas y criterios de calidad** y no contra el gasto o comportamiento "histórico" favorecedor solo de los peores comportamientos. Incentivo no solo por **mejora** (para los que pueden ahorrar), sino también por **mantenimiento** (para los que están ahorrando por debajo de la media), hoy penalizado.
24. **Aparición de incentivos positivos o negativos**. Juego al riesgo. Posibilidades de competencia y mejora por encima de lo estándar.
25. **Incremento de la capacidad de negociación de los Gerentes de ATP**, para permitir los extremos de los puntos anteriores.

OCTUBRE 2003

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE AES Y ABRÉS

El presente Convenio de colaboración se celebra entre la **Asociación de Economía de la Salud** de España, que en lo sucesivo y para efectos del presente Convenio se denominará **AES**, representada por su Presidente Dr. Vicente Ortún Rubio, por una parte y por la otra la **Asociación Brasileira de Economía de la Salud**, que en lo sucesivo y para efectos del presente Convenio se denominará **ABRES**, representada por su Presidente Dra. Silvia Marta Porto, conforme a las siguientes manifestaciones y cláusulas:

MANIFESTACIONES

La **Asociación de Economía de la Salud** (AES) de España es una Asociación sin ánimo de lucro, se constituyó formalmente el 24 de Octubre de 1985 con el objetivo de promover el estudio, discusión y divulgación de la economía de la salud y tiene su sede en la calle Sardenya 229 6^º-4^ª de Barcelona.

La **Asociación Brasileira de Economía de la Salud** (ABRES) es una Asociación sin ánimo de lucro, constituida formalmente el 29 de Noviembre de 1989, con el objetivo de promover el estudio, discusión y divulgación de la economía de la salud y tiene su sede en la Escuela Nacional de Salud Pública da Fundação Oswaldo Cruz -Av. Leopoldo Bulhões 1480 7^º andar- Rio de Janeiro.

Estas dos entidades acuerdan establecer el presente Convenio de colaboración con objeto de realizar actividades en común y ofrecer la oportunidad a todos sus asociados de aprovechar cada uno de ellos las ventajas de la otra Asociación.

El presente Convenio se registrará por los siguientes

PACTOS

Primero. El objetivo del presente Convenio es la colaboración entre AES y ABRÉS para el desarrollo conjunto de actividades de difusión, investigación y docencia en el ámbito de la Economía de la Salud.

Segundo. A partir de la fecha de la firma del presente Convenio la AES se convertirá en socio colectivo de ABRÉS y ABRÉS en socio institucional de AES, quedando ambas exentas de pago de cuotas a la otra Asociación.

Tercero. Cuando una de las dos Asociaciones celebre algún acto especial (Jornadas, seminarios, etc.) invitará a un representante de la otra Asociación. Como política general cada institución asumirá los gastos de traslado de sus miembros, quedando los gastos de inscripción y hospedaje a cargo de la entidad receptora.

Cuarto. Los socios de cada una de las instituciones tendrán los mismos derechos que los de la otra a efectos de precios de inscripción, derechos de ayudas, etc. que ofrezca la otra, excepto a recibir individualmente las publicaciones.

Quinto. AES y ABRÉS publicarán regularmente en sus Boletines las noticias de la otra Asociación (actos, publicaciones, convocatorias, etc.), con este fin ambas institucio-

nes 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.

Sexto. En el marco de este Convenio podrán elaborarse programas específicos de colaboración para la organización de eventos conjuntos o programas específicos de trabajo, según las especificaciones que se elaboren para cada caso, las cuales serán incluidas como anexos del presente Convenio formando parte integrante del mismo.

Séptimo. Para el adecuado desarrollo de las actividades a que se refiere el Pacto Sexto, las partes designarán un Comité con dos representantes de cada una de las partes que se encargará de la programación y ejecución o supervisión de las actividades, culminando su intervención con un informe-resumen que presentarán a las Juntas Directivas de cada Asociación y una nota informativa que será publicada en los boletines respectivos.

Octavo. Ambas partes intercambiarán publicaciones de carácter científico, técnico o de divulgación relacionadas con el objeto del presente Convenio sin costo alguno para el receptor.

Noveno. Ambas partes se comprometen a promover, planificar y ejecutar coordinadamente las acciones y mecanismos de colaboración necesarios para el adecuado cumplimiento de este Convenio.

Décimo. El presente Convenio entrará en vigor en la fecha de la firma por ambas partes y tendrá una vigencia de tres años pudiendo prorrogarse por períodos iguales a menos que una de las partes lo comunique a la otra por escrito con tres meses de anticipación a la fecha de expiración, en otro caso se entenderá prorrogado por un período igual.

Undécimo. Este Convenio podrá ser modificado o ampliado por mutuo acuerdo de las Juntas Directivas de ambas Asociaciones. Las modificaciones entrarán en vigor en la fecha de la firma de los acuerdos respectivos.

Leído el presente escrito, ambas partes se ratifican en sus acuerdos y en prueba de su conformidad lo firman por duplicado ejemplar y a un solo efecto en el lugar y fecha que se indican bajo las firmas respectivas.

Por la AES

Fdo.: Dr. Vicente Ortún Rubio
Presidente

Barcelona, 5 de dezembro de 2003

Por la ABRÉS

Fdo.: Dra. Silvia Marta Porto
Presidente

Rio de janeiro, 5 de dezembro de 2003

próximias reuniones

ADVANCED HEALTH LEADERSHIP FORUM (University of California, Berkeley – Universitat Pompeu Fabra, Barcelona)

Lugar: Barcelona (parte I). Fechas: 9 a 17 de julio 2004.
Lugar: Berkeley (parte II). Fechas: 7 a 15 de enero 2005.
Información: www.ahlf.upf.es

11th INTERNATIONAL OTTAWA CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION

Lugar: Barcelona. Fechas: 6 a 8 julio 2004.
Información: <http://www.bcmedic.com/ottawa>

INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEM SCIENCE IN HEALTH CARE

Lugar: Ginebra. Fechas: 1 a 4 septiembre 2004
Información: <http://www.unige.ch/formcont/icsshc2004>

5th EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

Lugar: London School of Economics. Fechas: 8 a 11 septiembre 2004
Información:
<http://lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare>

XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Lugar: Las Palmas de Gran Canaria. Fechas: 5 a 8 octubre 2004
Información: <http://www.secalidad.org>

12th EUPHA CONFERENCE (European Public Health Association)

Lugar: Oslo. Fechas: 7 a 9 octubre 2004
Información: <http://www.teamcongress.no/EUPHA2004>

11th ANNUAL ISOQOL SCIENTIFIC MEETING (International Society For Quality Of Life Research)

Lugar: Hong Kong. Fechas: 16 a 19 octubre 2004
Información: <http://www.isoqol.org>

21th INTERNATIONAL ISQUA CONFERENCE (International Society for Quality in Health Care)

Lugar: Amsterdam. Fechas: 19 a 22 octubre 2004
Información:
<http://www.isqua.org/isquaPages/Conferences.html>

7th ANNUAL ISPOR EUROPEAN CONGRESS (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research)

Lugar: Hamburgo. Fechas: 24 a 26 octubre 2004
Información: <http://www.ispor.org>

XXII REUNIÓN CIENTÍFICA ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA

Lugar: Cáceres. Fechas: 27 a 29 octubre 2004
Información: <http://www.seexxii.com>

132nd ANNUAL APHA CONFERENCE (American Public Health Association)

Lugar: Washington. Fechas: 6 a 10 noviembre 2004
Información: <http://www.apha.org/meetings/>

6ª REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Lugar: Madrid. Fechas: 17 a 19 noviembre 2004
Información: <http://www.fgcasal.org/aeets/contenido.html>

Formación

XX Máster Universitario en Salud Pública y Gestión de Servicios Sanitarios y Sociales, Escuela Andaluza de Salud Pública. Fecha de inscripción 18 de junio de 2004. Fecha de inicio: 18 de octubre de 2004. Fecha fin: 30 de septiembre de 2005. Más información, también sobre cursos cortos, semipresenciales y descentralizados, en <http://www.easp.es>.

Alta como socio protector

En marzo de 2004 se ha dado de alta como socio protector Merck Sharp & Dohme de España, S.A.

Espacio de encuentro de socios de AES en el boletín informativo *Economía y Salud*:

Desde el boletín *Economía y Salud* pretendemos crear un espacio de encuentro de socios de AES, orientado a facilitar una participación más activa y continua en el día a día de la Asociación. El equipo editorial tratará de canalizar breves reseñas de temas o demandas de temas a tratar, notas sobre investigaciones en marcha o llamadas de atención sobre temas que se estime conveniente estudiar, «réplicas» a textos ya publicados en el boletín y cualquier otro tipo de aportación que contribuya a mejorar sus contenidos. Las aportaciones se pueden dirigir a Laura Cabiedes, editora del boletín, a lcabie@uniovi.es, bajo el título Socios AES.

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

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