

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 20 MAYO 2007 n°

59

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
JORNADAS AES	3
– XXVII Jornadas AES - A Coruña, 6 a 8 de junio de 2007	
TEMAS	6
– ¿Cómo afrontar los desajustes en los mercados de médicos con herramientas del análisis económico?	
– Obesidad infantil y participación laboral de las mujeres en España	
TESIS	11
– Estudio descriptivo de la utilización y costes de los antiasmáticos en España (1992-2004)	
– Health and Inequality Over the Life Cycle	
LIBROS	14
PRÓXIMAS REUNIONES	15
FORMACIÓN.....	16

editorial

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

INCENTIVOS Y MEDIDA DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Anna García-Altés

*Agència de Salut Pública de Barcelona
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud*



El aumento de las expectativas y exigencias de la población, las presiones fiscales y la necesidad de rendir cuentas ante la sociedad son algunos de los factores que están haciendo que cada vez se preste más atención a la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios, y que se pongan en marcha iniciativas para la medida de su desempeño. Las aplicaciones de estas iniciativas son muchas: monitorizar los determinantes de la salud, generar evidencia sobre la relación entre el diseño de los sistemas sanitarios y los resultados obtenidos, y ayudar en el establecimiento de prioridades y en el diseño de intervenciones y políticas sanitarias. Las experiencias de otros países son útiles para aprender de marcos conceptuales de otros entornos, de sus componentes más efectivos, e incluso se proponen para evaluar reformas sanitarias. También resultan de mucho interés las comparaciones entre el nivel de desempeño y calidad entre países, al estilo de las realizadas por la OMS o la OCDE.

Además de múltiples iniciativas parciales, existen iniciativas de evaluación del desempeño del conjunto del sistema en sanitario en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y el Reino Unido ⁽¹⁾. En Australia se estableció el *National Health Performance Committee* con el objetivo de desarrollar un marco de evaluación, impulsar su utilidad en la mejora del sistema a través del *benchmarking* y dar información pública sobre su desempeño. La información tiene un impacto directo en el desarrollo de políticas y en las decisiones de financiación. En Canadá, la iniciativa surgió a partir de la necesidad de disponer de indicadores de salud y de servicios sanitarios

⁽¹⁾ García-Altés A, Zonco L, Borrell C, Plasencia A. Measuring the performance of health care services: international experiences and their application to an urban context. *Gac Sanit.* 2006;20(4):316-24.

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, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:

Anna García-Altés, Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber, Emma García, José M^º Labeaga, Carolina Ortega, Victorina Gracia del Pozo y Cristina Hernández Quevedo.

sobre la población atendida y las desigualdades entre regiones y provincias, determinantes no médicos de la salud, los servicios sanitarios recibidos por la población y las características de las comunidades y del sistema sanitario. En Nueva Zelanda, la medida del desempeño se centra en los aspectos de acceso, desigualdades étnicas y calidad de la atención. Además, el sistema de financiación de los servicios sanitarios se basa parcialmente en los resultados obtenidos. En Barcelona están en marcha dos estrategias, una relacionada con la medida del desempeño de los servicios sanitarios de la ciudad y otra de *benchmarking* de los equipos de atención primaria. En Cataluña, existe el trabajo previo de la *Central de Balanços* en benchmarking hospitalario, y queda por definir el contenido concreto de la *Central de Resultats* en el ámbito de la evaluación del sistema sanitario.

En términos generales, la principal debilidad de estas iniciativas es la falta de desarrollo de estrategias de mejora de la calidad sobre la base de los resultados obtenidos en las evaluaciones. Hoy por hoy, quizás su aplicación más directa esté en el pago por desempeño, como es el caso de las iniciativas de Australia, Nueva Zelanda o de la atención primaria del Reino Unido.

La idea de pago por desempeño (*pay-for-performance*), asignando recursos económicos adicionales a aquellos servicios sanitarios, médicos o equipos que consigan mejores resultados parece clara y ha sido estudiada en otros contextos. Sorprende la poca evidencia existente sobre la efectividad de estas iniciativas, y la poca que hay tiene resultados variados. Dos estudios de revisión recientes destacan un efecto positivo en el acceso a la atención, un efecto negativo en la atención a los pacientes más graves, la ausencia de efecto si los incentivos son demasiado pequeños y si la iniciativa incluye pocos proveedores, y efectos perversos de los incentivos. ^(2, 3)

Por poner un ejemplo, algunas de las consecuencias positivas de la experiencia de pago por desempeño a los equipos de atención primaria del Reino Unido son el aumento del papel de la enfermería, el desarrollo

de los sistemas de información, la especialización de los equipos en la atención a enfermedades crónicas concretas, una mayor orientación biomédica de los médicos de atención primaria y el aumento de la salud de la población. Algunos de los resultados negativos que pueden anticiparse son la fragmentación de la atención, una peor coordinación entre equipos y menor atención integral al paciente, una menor calidad de la atención en las condiciones no incluidas en los indicadores y un aumento de los costes de administración.

La experiencia internacional indica que hacer pública la información sobre desempeño puede ser útil para mejorar la calidad de los sistemas sanitarios, tal y como lo es en el contexto clínico. En cualquier caso, llegar al pago por desempeño requiere disponer de excelentes sistemas de información, indicadores validados y sólidos, y transparencia en la transferencia de información, además de la voluntad política de pagar por resultados. Se hace necesaria la necesidad de evaluar de manera rigurosa en esta área ante las preguntas que se abren: ¿Son efectivos los incentivos financieros a la calidad?, ¿Son coste-efectivos?, ¿Qué condiciones deben incluirse (crónicas, agudas, preventivas)?, ¿Cuál es el mejor tipo de incentivo?, ¿En qué nivel de atención y en qué tipo de equipos?, ¿Los objetivos de calidad, deben ser absolutos o relativos? ^(4, 5) De hecho, ya se han alzado algunas voces críticas sobre la efectividad de estos sistemas, alertando de efectos perversos de los incentivos, que pueden incluso aumentar las desigualdades en salud ⁽⁶⁾. Para ser más efectivos, los sistemas de pago por desempeño deberían incluir resultados finales, tener en cuenta las mejoras relativas y absolutas, incluir a las poblaciones desfavorecidas, y utilizar también incentivos no financieros que sean relevantes para los clínicos y los centros de atención sanitaria (aprobación social, normas sociales y profesionales, etc.). ^(7, 8)

El imperativo hacia una mayor transparencia del sistema y una mejora de la calidad hacen que la medida del desempeño y la publicación de la información de manera pública sea algo ineludible. El objetivo final debería ser pagar por la salud de la población.

⁽²⁾ Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev.* 2006;63(2):135-57.

⁽³⁾ Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med.* 2006 Aug 15;145(4):265-72.

⁽⁴⁾ Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med.* 2007 Feb 1;356(5):515-7.

⁽⁵⁾ Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *JAMA.* 2005 Oct 12;294(14):1821-3

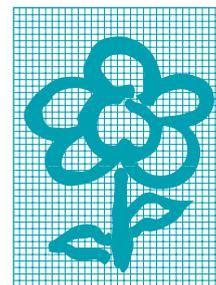
⁽⁶⁾ Casalino LP, Elster A. Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities? *Health Aff (Millwood).* 2007;26(3):w405-14.

⁽⁷⁾ Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-performance: will the latest payment trend improve care? *JAMA.* 2007 Feb 21;297(7):740-4.

⁽⁸⁾ Fehr E, Falk A. Psychological foundations of incentives. *Eur Econ Rev.* 2002;46:687-724.

XXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD EL BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD

A Coruña, 6-8 de Junio de 2007



PRESENTACIÓN

En enero de 2007 se cumplen ya cinco años de la transferencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) a todas las Comunidades Autónomas (CCAA). Las XXVII Jornadas de Economía de la Salud de 2007 en A Coruña brindan un espacio que permite poner en común problemas, generar los consensos profesionales y sociales imprescindibles para romper inercias y crear una tensión reformista que haga posible innovaciones, así como el aprendizaje mutuo.

Para contribuir a ello hemos elegido el tema del buen gobierno (governance) de la sanidad como lema de las Jornadas. El concepto “buen gobierno” abarca múltiples perspectivas, todas ellas tienen como temas centrales la ética democrática y sus valores de transparencia, la rendición de cuentas (accountability), y la gestión eficiente y profesional de lo público.

El gran potencial del “buen gobierno” como lema de las Jornadas estriba en que afecta en cascada a toda la sanidad, lo que permitirá una gran riqueza de aportaciones por parte de profesionales e investigadores de muy distintos ámbitos: economía de las organizaciones, gestores, clínicos, políticos, etc. No obstante, aunque el “buen gobierno” sea la línea conductora de las mesas de ponencias, como siempre, las Jornadas de Economía de la Salud están abiertas a la presentación de todo tipo de trabajos relacionados con la disciplina.

PROGRAMA CIENTÍFICO

MARTES 5 DE JUNIO

- 9.45-18.30 **Taller Fundación BBVA:** Revisión de los fundamentos teóricos y econometría aplicada a la economía de la salud.
Ponentes: Peter Zweifel (University of Zurich), Beatriz González López-Valcárcel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)
Coordinador: Ignacio Abásolo Alessón (Universidad de La Laguna)

MIÉRCOLES 6 DE JUNIO

- 9.00-10.00 **Entrega de documentación**
- 10.00-11.00 **Acto Inaugural**
María José Rubio Vidal (Consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia)
José Ramón Fernández Antonio (Consejero de Economía de la Xunta de Galicia)
- 11.00-12.00 **Conferencia Inaugural**
Josep Figueres
Head of the Secretariat and Research Director, European Observatory on Health Systems and Policies; Head, WHO European Centre for Health Policy
El gobierno de los sistemas sanitarios públicos integrados en Europa

12.30-14.30 **Mesa de Ponencias: *El Sistema Nacional de Salud y su buen gobierno***

Coordinador: Juan Cabasés. Universidad Pública de Navarra

Ponentes: Rafael Bengoa, Jesús Mari Fernández, Enrique Castellón

16.00-17.00 **Conferencia**

Kevin Woods

Head of Health Department and Chief Executive of NHS Scotland

The governance of the NHS Scotland

18.00-20.00 **Mesa de Ponencias: *Los Servicios Autonómicos de Salud: diseño organizativo y gobierno***

Coordinador: J. Martín Martín. Universidad de Granada

Ponentes: Raimundo Belenes, Miguel Ángel García, Juan Ventura

JUEVES 7 DE JUNIO

9.00-13.30 **Taller de la Asociación de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Conferencia: Mejorando la eficiencia y la calidad de los servicios sanitarios en Alemania: el impacto del IQWiG. **Peter T. Sawicki.** *Director, Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG)*

Réplica: Indalecio Corugedo. Catedrático de Fundamentos del Análisis Económico, UCM. Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Gaspar Casal.

Mesa Redonda: La ETS en un entorno con multiplicidad de AETS: conciliando eficiencia, calidad en la producción y ayuda a la decisión local.

Ponentes: Pedro Rey. *Profesor Visitante de Análisis Económico, UAB, Antonio Sarría Santamera. Director de la Agencia Española de Tecnologías Sanitarias (AETS), Teresa Cerdá Mota. Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (Avalia-T), José Asua. Director de Osteba y Vicepresidente de la AEETS*

Moderador: Juan del Llano. *Director de la Fundación Gaspar Casal y Presidente de la AEETS*

11.30-13.30 **Mesa de Ponencias: *Hospitales Públicos: retos de su buen gobierno***

Coordinador: Jesús Caramés. Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Ponentes: Jordi Colomer, Romatet Vincent, Constantino Sakellarides

VIERNES 8 DE JUNIO

10.00-12.00 **Mesa de Ponencias: *La financiación del SNS***

Coordinador: David Cantarero. Universidad de Cantabria

Ponentes: Jesús Ruiz Huerta, Rosa Urbanos, Alfonso Utrilla de la Hoz

12.00-13.00 **Conferencia**

Vicente Salas. Universidad de Zaragoza

Propiedad, Gobierno y Eficiencia de las Organizaciones: Implicaciones para la Sanidad

Replicante: Vicente Ortún, Universidad Pompeu Fabra

13.00-13.30 **Clausura de las Jornadas**

MESAS DE COMUNICACIONES ORALES:

Análisis económico de la sanidad I (Miércoles 6 de Junio de 12.30 a 14.30)

Evaluación económica I (Miércoles 6 de Junio de 12.30 a 14.30)

Farmacia (Miércoles 6 de Junio de 12.30 a 14.30)

Análisis económico de la sanidad II (Miércoles 6 de Junio de 18.00 a 20.00)

Evaluación económica II (Miércoles 6 de Junio de 18.00 a 20.00)

Economía de la Salud en América Latina I (Miércoles 6 de Junio de 18.00 a 20.00)

Economía de la Salud Pública (Jueves 7 de Junio de 9.00 a 11.00)

Dependencia (Jueves 7 de Junio de 9.00 a 11.00)

Evaluación Económica III (Jueves 7 de Junio de 9.00 a 11.00)

Economía de la Salud en América Latina II (Jueves 7 de Junio de 9.00 a 11.00)

Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios I (Jueves 7 de Junio de 15.00 a 17.00)

Equidad, desigualdades I (Jueves 7 de Junio de 15.00 a 17.00)

Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios II (Jueves 7 de Junio de 15.00 a 17.00)

Equidad, desigualdades II (Viernes 8 de Junio de 10.00 a 12.00)

Valoración de estados de salud (Viernes 8 de Junio de 10.00 a 12.00)

Utilización de servicios sanitarios (Viernes 8 de Junio de 10.00 a 12.00)

SESIONES DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES CARTEL:

Grupo 1: Miércoles 6 de Junio de 17.00 a 17.30

Grupo 2: Jueves 7 de Junio de 17.00 a 17.30

OTRAS ACTIVIDADES:

Mesa especial Atlas Variación Práctica Médica.
Coordinador Enrique Bernal (Jueves: 18.00-19.30)

Presentación libros colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria (CRES-UPF)

Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora

Directores: A. Hidalgo, J. Del Llano y S. Pérez
Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico

Autor: David Casado

Asamblea AES (Jueves 7 de Junio, 19.30)

ACTOS SOCIALES:

Recepción en el Rectorado de la Universidad de A Coruña. Intervención del Rector de la Universidad de A Coruña. Concierto de Cuerda. Coctel de Bienvenida (Miércoles 6 de Junio, 20.30)
Cena de las Jornadas. Pazo de Vilaboa (Jueves 7 de Junio, 21.00)

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta: Berta Rivera

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: José Manuel Freire

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

SECRETARÍA TÉCNICA

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

SEDE DE LAS JORNADAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES.
UNIVERSIDAD DE A CORUÑA
Campus de Elvira s/n
15071 A Coruña
Tfno: 981 16 70 00
Fax: 981 16 70 70

¿CÓMO AFRONTAR LOS DESAJUSTES EN LOS MERCADOS DE MÉDICOS CON HERRAMIENTAS DEL ANÁLISIS ECONÓMICO?

Beatriz González López-Valcárcel

Patricia Barber Pérez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

El déficit de médicos es un tema de rabiosa actualidad que enciende pasiones. Es un hecho que hay déficit global de profesionales sanitarios en el planeta, y en particular, de médicos. Se acaba de celebrar una conferencia mundial en Suiza sobre la movilidad internacional¹, que preocupa porque descapitaliza a los pobres e insatisface a los ricos. En España hemos pasado del exceso de médicos, secuela del boom formativo descontrolado de los años setenta, al déficit selectivo en algunas especialidades y localidades². La entrada de médicos extranjeros en España es notable, y aumenta de año en año, a la vez que, en un flujo circular, algunos médicos españoles salen hacia Europa en busca de mejores condiciones laborales y de remuneración. Otros países, como el Reino Unido, tienen dominada la tecnología de reclutar y retener a los médicos extranjeros: seleccionan bien, aportan la formación complementaria que necesitan, y los integran en el sistema. España es nueva en esto. Improvisamos la contratación de médicos, vengan de donde vengan, con tal de que traigan como credencial un título de médico que bien puede haber sido obtenido en una universidad de calidad dudosa.

El déficit actual de médicos en España es particularmente agudo en algunas especialidades -anestesia, pediatría, radiología- y en algunas zonas, en particular en las islas, en hospitales comarcales poco tecnificados y en localidades pequeñas y alejadas. La segmentación profesional -tendencia a las superespecialidades- y geográfica agravan el problema, estrechando los mercados. Los médicos españoles tienen una fortísima querencia por "quedarse en casa" y las organizaciones y sistemas regionales de salud colaboran activamente a agravar esos síntomas de endogamia locativa.

Estos déficits van a agravarse en los próximos años, por los siguientes motivos: 1) feminización de

la profesión (dos de cada tres nuevos médicos son mujeres); 2) tendencia a reducir las horas de trabajo, por motivos sociológicos y legales (la directiva europea de las 48 horas semanales); 3) las pirámides de edad están envejecidas en las especialidades tradicionales, como obstetricia y ginecología, o traumatología; 4) otros países europeos, como Portugal, Francia o el Reino Unido (aunque éste está terminando el ciclo importador de médicos tras haber consolidado el plan de choque de formación endógena) ejercen fuerza atractora; 5) la fuente de déficit más poderosa y preocupante en los próximos años será el shock de demanda producido por la confluencia de dos fenómenos, por una parte la fuerza expansiva del sector privado y por otra el rápido e intenso aumento de la oferta pública con los nuevos hospitales a punto de abrirse en varias comunidades autónomas, tras las transferencias sanitarias de 2002.

En este panorama, con un sector público que se niega a emplear las remuneraciones como instrumento incentivador para atraer médicos hacia los puestos menos atractivos, el mercado se va vaciando en riguroso orden de deseabilidad de las plazas. ¿Se imaginan a un médico que renuncia a emplear antibióticos para tratar a los pacientes con infección? Algo así ocurre cuando la gestión pública se niega a emplear incentivos salariales para atraer a los profesionales a zonas poco atractivas -y vice-versa: los grandes hospitales prestigiosos podrían pagar peor, que no les faltarían candidatos jóvenes deseosos de conseguir nombre y credenciales para el currículum. Por ejemplo, Harvard paga muy mal a sus jóvenes profesores sin plaza. A los grandes hospitales de Madrid o Barcelona nunca le faltarán anestesistas.

En síntesis y como diagnóstico, tenemos un mercado laboral de médicos con función de oferta inelástica a corto plazo, por causa de la segmentación profesional y

¹ "A Call To Action: Ensuring Global Human Resources for Health" <http://www.hret.org/hret/publications/ihwm.html>

² B González y P Barber "Oferta y necesidad de médicos especialistas en España" (marzo 2007) accesible en www-msc.es

geográfica, que consigue ganar algo de elasticidad gracias al ejercicio de la inmigración -descoordinada, desordenada- de médicos de Latinoamérica y de Europa del Este. Cada Comunidad Autónoma deficitaria sale al extranjero a reclutar médicos -yo a Rumanía, tú a Argentina- sin coordinación, orden ni concierto. Por otra parte, el mercado está siendo sometido a fuertes shocks de demanda, pública y privada. La demanda privada ha tenido y tiene gran vigor y compite con la demanda de la red pública por los escasos recursos humanos disponibles.

Con los salarios públicos regulados por debajo del nivel de equilibrio, las tensiones van en aumento y se manifiestan en forma de conflictividad laboral.

No hay método perfecto de planificación de recursos humanos para la salud, y la de médicos de particularmente difícil. Los cambios tecnológicos que inducen modificaciones radicales en los perfiles de práctica (¿quién hubiera podido imaginar hace un par de décadas que harían falta tantos cardiólogos para practicar hemodinámica?), las fronteras difusas y móviles entre especialidades, los procesos de automatización -laboratorios de análisis clínicos- y deslocalización -diagnóstico por imagen- cambian radicalmente la tecnología de producción de salud. Además, en un mundo globalizado en el que la movilidad internacional se ha convertido en un fenómeno de masas ¿qué sentido tiene la planificación de médicos desde y para un país, como España, en una falsa ilusión autárquica de autosuficiencia?. A los inconvenientes ya mencionados hay que añadir la falta de datos fiables que afortunadamente parece estar en vías de solución gracias al registro que el Ministerio de Sanidad y Consumo está poniendo en marcha.

La literatura habla de tres métodos principales de planificación, basados respectivamente en la demanda, en la necesidad y en la comparación, o *benchmarking*. Los países con vocación planificadora -Canadá, Australia, Nueva Zelanda- y otros -Reino Unido, Alemania, EEUU- han desarrollado métodos y experiencias dignas de estudio. Gran parte de las veces, la historia de la planificación es una historia de fracasos. El caso de los EEUU es muy ilustrativo. Cuando llega el horizonte temporal para el que se había predicho un déficit de médicos, resulta que hay superávit o vice-versa. Con todo, renunciar a planificar por miedo al fracaso puede ser peor porque de hecho el sector está muy regulado -*numerus clausus*, oferta de plazas MIR, empleo de médicos mayoritariamente públi-

co- y conviene más regular con ojo avizor que a ciegas. No sirve tocar de oído, es mejor hacerlo con la partitura de la planificación delante.

Las soluciones a la crisis actual requieren medidas a corto y a largo plazo, que no sólo afecten al número de efectivos, sino también a la organización del trabajo, a la productividad, a las posibilidades de sustitución entre médicos y otros profesionales (quién hace qué) y entre especialidades médicas; a las políticas de reclutamiento y de retención y a la formación continuada.

A corto plazo, hay dos instrumentos muy potentes que no se están empleando bien, la inmigración y los incentivos económicos. Un juego cooperativo entre CCAA, liderado por el MSC, que salga fuera a “pescar” médicos formados en buenas universidades es fundamental. Hay que tomar un papel proactivo más que sentarse y esperar. Respecto a los incentivos, para desplazar a los médicos abducidos por el poder de atracción de las grandes ciudades hacia las localidades más periféricas, hay que emplear los instrumentos disponibles, los incentivos económicos y laborales. La reivindicación de salarios uniformes para todos los médicos (incluyendo MIR) de España, que se ha aireado en la prensa bajo el argumento de la equidad es, desde la perspectiva del análisis económico, un disparate similar al de un médico que se negara a usar antibióticos con los pacientes infectados por una bacteria porque los demás pacientes, los no infectados, no reciben el tratamiento.

A largo plazo, hay que aumentar la flexibilidad y tratar de combatir la segmentación creciente de la oferta, cambiando la formación de especialistas -truncalidad, áreas de capacitación específica, pasillos para acceder a una segunda especialidad- aumentar el *numerus clausus* de medicina, variar la oferta de plazas MIR de acuerdo con las mejores predicciones disponibles, y sentar las bases para una movilidad interregional de médicos que se está perdiendo. Vale la pena recuperar la dimensión nacional del mercado laboral de médicos, y con ello ganar flexibilidad y capacidad de adaptación.

No es un problema sencillo, ni sencilla será la solución. No hay varita mágica. Los mercados siempre están en desequilibrio, lo importante es conseguir poner rumbo hacia el equilibrio, empleando correctamente las herramientas disponibles, entre las cuales la planificación no debe ser menospreciada.

OBESIDAD INFANTIL Y PARTICIPACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES EN ESPAÑA*

Emma García, José M^a Labeaga y Carolina Ortega

“La salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago”

El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha

El incremento del número de niños con sobrepeso u obesidad y el aumento de la participación de la mujer en el mercado de trabajo (en particular, el aumento del empleo de las mujeres con hijos) representan dos fenómenos que han mostrado tendencias crecientes muy destacadas en la familia española durante las últimas décadas. Las mujeres en especial han debido reasignar sus tiempos entre trabajo y responsabilidades familiares, lo que podría haber originado cambios en los hábitos de vida de los menores (sedentarismo, alimentación, etc.), con riesgos para su salud. Esta realidad nos lleva a explorar si el aumento del sobrepeso o la obesidad son, al menos en parte, una consecuencia de la integración de las madres en el mercado de trabajo. La evidencia empírica presentada, aunque debe ser interpretada con cautela, parece indicar que el hecho de que la madre trabaje fuera del hogar influye de forma positiva y significativa en la probabilidad de que el hijo padezca sobrepeso u obesidad. De ser así, las medidas de políticas de diversa índole deberían reajustarse para tener en cuenta este hecho.

La obesidad infantil se ha convertido en un grave problema de salud en las sociedades de la mayoría de países. En particular en España, el porcentaje de niños con problemas de sobrepeso y obesidad se ha multiplicado en las dos últimas décadas, lo que convierte a nuestro país en uno de los primeros países europeos en tasas infantiles de obesidad y sobrepeso. Tal es la preocupación generada por el incremento en la obesidad que la Organización Mundial de la Salud la ha catalogado como la epidemia del siglo XXI. Existen numerosas razones para ello por cuanto se puede convertir en una de las primeras causas de muerte producida por enfermedades no infecciosas. Aunque la obesidad no está contemplada como enfermedad por las autoridades sanitarias, en 2004 se destinó a enfermedades relacionadas con la misma un 7 por ciento del presupuesto total de sanidad. De concre-

tarse las previsiones sobre prevalencia de obesidad, los sistemas de financiación sanitaria de los países desarrollados y en vías de desarrollo y, más concretamente el español, estarían en peligro.

La obesidad es un problema importante en la infancia y la juventud porque puede afectar el equilibrio emocional, las relaciones sociales o incluso el rendimiento académico de los que la padecen. Pero el problema se traslada agudizado a la madurez: primero, porque la probabilidad de que un niño obeso sea un adulto obeso es muy alta; segundo, porque potencia que gran parte de la población afectada pueda sufrir patologías como diabetes, problemas cardiovasculares e incluso cáncer, lo que conlleva efectos sobre la calidad de vida y sobre una potencial disminución de la esperanza de vida.

Una de las tendencias socioeconómicas más destacadas de las últimas décadas ha sido la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Con ello, las madres han debido reasignar sus tiempos entre trabajo y responsabilidades familiares, con posibles implicaciones sobre los hábitos de vida de los menores (sedentarismo, alimentación, etc.) que pueden comportar riesgos para su salud y amenazas para su calidad de vida. Si bien son los hábitos de vida y alimentación los que de forma directa generan sobrepeso u obesidad, nuestro objetivo consiste en explorar si estos hábitos tienen una raíz más profunda con ramificaciones que puedan estar asociadas con la participación de la mujer en el mercado de trabajo. Aunque es complicado establecer relaciones causales entre sobrepeso-obesidad y participación laboral de las mujeres, la evolución de ambas variables en los últimos años en nuestro país nos hace sospechar que ambas puedan estar de alguna manera relacionadas. En consecuencia, planteamos analizar en qué grado el sobrepeso o la obesidad son una consecuencia de

* Resumen del proyecto ganador de la Beca AES de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por la empresa QF Bayer (Edición 2005)

la integración de las madres en el mercado de trabajo. El estudio de esta causa última ha de posibilitar la toma de medidas oportunas de política económica, sanitaria, educativa, social y familiar, que eviten las graves consecuencias que de estos problemas pueden derivarse en el futuro. Y siendo todas las medidas importantes, creemos que lejos de pensar que se ha de reducir la participación de las mujeres (madres) en el mercado de trabajo lo que se ha de perseguir es una verdadera conciliación de la vida profesional y familiar de los padres, así como, a nivel familiar y social, la concienciación para compartir las tareas del hogar por los esposos, entre las cuales una de las más importantes es el cuidado y la educación de los hijos.

Para llevar a cabo el análisis utilizamos datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) correspondiente al año 2003. La encuesta incluye datos sobre el peso y la altura de los niños, necesarios para calcular su Índice de Masa Corporal (IMC)¹. Los puntos de corte del IMC utilizados para definir sobrepeso y obesidad corresponden a los percentiles 85 y 97, respectivamente, para cada sexo y edad publicados en un estudio de la Fundación Orbegozo² y comúnmente tomados como valores de referencia. Asimismo, la encuesta contiene información sobre el empleo actual de la madre del niño, lo que nos permitirá analizar su papel como determinante del sobrepeso infantil.

Los datos descriptivos indican que la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre niños de entre 2 y 15 años en España es, en su conjunto, del 24,93 por ciento. De este porcentaje, el 13,12 por ciento se refiere a prevalencia de obesidad. El Cuadro 1 muestra de forma más detallada los porcentajes de niños con problemas de peso por sexo y edad. Por sexo, la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad es superior en los niños que en las niñas, con alguna excepción a edades tempranas. Por edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad tiene un perfil no lineal sin un patrón definido hasta los 8 años, y con reducciones a partir de entonces a medida que aumenta la edad.

La asociación entre sobrepeso-obesidad de los niños y ocupación de sus madres se ha analizado

mediante modelos de probabilidad (ecuaciones de regresión de tipo probit), en los que, además de una variable que indica si la madre trabaja, se han incluido factores ya citados como el sexo y la edad del niño, el nivel de estudios de la madre y la Comunidad Autónoma de residencia. Los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro 2, de los que queremos resaltar el hecho, persistente y robusto en todas las pruebas realizadas, de que el efecto de que la madre trabaje fuera del hogar sobre la probabilidad de que su hijo padezca problemas de sobrepeso u obesidad es positivo y significativo. En concreto, la participación en el mercado de trabajo de la madre incrementa la prevalencia de sobrepeso en más de 2 puntos porcentuales y la prevalencia de obesidad en cerca de 2 puntos porcentuales. En cuanto al resto de variables, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor entre los varones y disminuye con la edad. El nivel de educación de la madre tiene un efecto negativo sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad, es decir, los hijos de madres con mayores niveles educativos tienen menores probabilidades de padecer estos problemas. También se observan efectos de localización, con mayor incidencia del sobrepeso y la obesidad en las Comunidades Autónomas del sur (Murcia, Canarias y Andalucía).

Es evidente que establecer relaciones causales a partir de estos resultados es una tarea arriesgada. Por un lado, hemos de resaltar que la fuente de datos utilizada sufre de numerosas limitaciones para un estudio de estas características; por otro, el análisis se ha centrado en una instantánea correspondiente al año 2003. Por tanto, debemos tener cautela en la posible extrapolación de los resultados presentados, cuya confirmación requiere de análisis con una mayor dosis de profundidad. No obstante, la persistencia del efecto positivo y significativo que la participación de la madre en el mercado de trabajo tiene sobre la prevalencia tanto de sobrepeso como de obesidad y el hecho de haber obtenido este resultado sin captar las tendencias que ambas variables muestran en los últimos años indican, a nuestro juicio, que las correlaciones pueden incorporar algunos efectos causales, por lo que en un futuro será necesario ahondar en el estudio de los canales por los cuales se ejercen dichos efectos.

¹ El Índice de Masa Corporal se define como el peso (en kilogramos) dividido por la altura (en metros) al cuadrado.

² Hernández M, Castellet K, Narvaiza JK, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E (1988), "Curvas y tablas de crecimiento", Instituto sobre crecimiento y desarrollo, Fundación Orbegozo.

Cuadro 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población española de 2 a 15 años según sexo y edad

Años de edad	Sobrepeso		Obesidad	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2	34,11	24,11	21,71	19,15
3	27,27	36,00	13,64	24,67
4	32,64	30,86	18,06	21,60
5	31,82	35,37	19,48	24,49
6	23,29	35,86	8,22	20,00
7	27,33	29,38	15,12	21,88
8	26,76	35,00	12,68	22,86
9	27,03	36,52	14,19	16,85
10	25,29	28,85	11,49	14,42
11	19,90	29,06	7,28	12,81
12	19,35	27,35	6,91	11,97
13	11,35	24,90	4,80	11,67
14	10,55	16,29	4,30	7,58
15	11,26	16,09	2,60	7,39

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003

**Cuadro 2. Determinantes del sobrepeso y la obesidad
Probit. Efectos marginales**

	Sobrepeso		Obesidad	
	Coef.	P-valor	Coef.	P-valor
Empleo madre	0,0217	0,086	0,0181	0,056
Nivel de estudios madre	-0,0374	0,000	-0,0325	0,000
Sexo niño	0,0611	0,000	0,0525	0,000
Edad niño	-0,0161	0,000	-0,0136	0,000
Aragón	-0,0628	0,024	-0,0393	0,046
Asturias	-0,0513	0,205	-0,0024	0,937
Baleares	-0,0227	0,515	-0,0161	0,520
Canarias	0,0532	0,105	0,0401	0,101
Cantabria	0,0214	0,577	0,0142	0,614
Castilla y León	-0,0745	0,001	-0,0503	0,001
Castilla-La Mancha	-0,0181	0,578	-0,0162	0,494
Cataluña	-0,0771	0,002	-0,0375	0,040
Com. Valenciana	-0,0488	0,080	-0,0296	0,140
Extremadura	-0,0666	0,035	-0,0296	0,195
Galicia	-0,0355	0,284	-0,0221	0,356
Madrid	-0,0866	0,001	-0,0488	0,012
Murcia	0,0398	0,239	0,0486	0,056
Navarra	-0,0858	0,015	-0,0546	0,030
País Vasco	-0,0184	0,569	-0,0114	0,632
La Rioja	-0,0616	0,106	-0,0415	0,121
Ceuta y Melilla	0,0274	0,551	0,0449	0,191
N	5099		5099	

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA UTILIZACIÓN Y COSTES DE LOS ANTIASMÁTICOS EN ESPAÑA (1992-2004)

Victorina Gracia del Pozo

Tesis Doctoral defendida el 12 de marzo de 2006 en el Departamento de Biología Celular, Histología y Farmacología de la Universidad de Valladolid. Dirigida por los Doctores Luís H. Martín Arias, Javier García del Pozo y Ramona Mateos Campos, obtuvo la calificación de sobresaliente Cum Laude por unanimidad.

E-mail: vgarciapozo@yahoo.es.



Introducción

Los estudios farmacoepidemiológicos, y más concretamente, los estudios de utilización de medicamentos, son una parte esencial para poder llevar a cabo lo que se ha denominado uso racional del medicamento, o lo que es lo mismo, garantizar efectividad y seguridad dentro del menor coste posible.

Racionalización se refiere, en consecuencia, a la aplicación de medios técnicos y organizativos para asegurarse que los recursos se emplean de forma óptima. El conocer datos sobre el consumo de medicamentos obliga a reflexionar a cualquier profesional del campo sanitario y resulta imprescindible para tomar medidas.

El asma bronquial es una enfermedad crónica de elevada prevalencia e impacto para la Salud Pública. El reconocimiento del asma como una enfermedad con un importante componente inflamatorio ha sido reflejado en las modernas guías terapéuticas para el tratamiento de esta enfermedad, casi todas ellas basadas en la severidad de los síntomas. El inicio del tratamiento con corticosteroides inhalados se recomienda incluso en casos de sintomatología moderada y aunque todavía no se ha comercializado ningún fármaco ideal para el tratamiento del asma, ya que no hay ninguno que cure la enfermedad, recientemente se han incorporado nuevos fármacos al arsenal terapéutico con características favorables. Actualmente existen más de una decena de fármacos para el tratamiento del asma agrupables en dos grandes grupos; los broncodilatadores y los antiinflamatorios. Estos últimos presentan unas características cercanas a las que se consideraría como ideales y han demostrado proporcionar un buen control de la enfermedad con pocos efectos adversos. Por otra parte, el desarrollo de fármacos de larga duración de acción que se administran una o dos veces al día ha facilitado en gran medida el cumplimiento terapéutico y en consecuencia la efectividad de los fármacos, es decir la eficacia en condiciones reales, fuera de las condiciones más o menos ideales de los ensayos clínicos controlados. Todos estos aspectos presuponen cambios en el patrón de utilización de antiasmáticos en España.

Objetivos y Método

En este trabajo se ha llevado a cabo un estudio de utilización de medicamentos que permitiera analizar la evolución de la oferta, consumo y costes de los medicamentos antiasmáticos en España durante el periodo 1992-2004. La oferta se estudió desglosada en monofármacos y asociaciones a dosis fijas, y se utilizaron como fuente de datos los correspondientes Catálogos de Especialidades Farmacéuticas publicados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Para el estudio cuantitativo de consumo los datos fueron obtenidos de la base de datos ECOM del Ministerio de Sanidad y Consumo y siguiendo las recomendaciones de la OMS se expresaron en Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD). Las poblaciones y los datos necesarios para las actualizaciones económicas se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Los costes se calcularon multiplicando el coste de cada envase a PVP por el número de envases y se calculó también el coste tratamiento diario medio (CTD), dividiendo para ello el coste de cada fármaco o subgrupo considerado por las Dosis Diarias Definidas consumidas.

Resultados y Discusión

Durante el periodo estudiado se han producido notables cambios en la oferta y consumo de antiasmáticos en España. La incorporación de broncodilatadores adrenérgicos de acción larga inhalados y corticoides por inhalación, así como sus asociaciones serían las novedades terapéuticas más importantes. En términos generales, por otra parte, se puede afirmar que la oferta se ha racionalizado, habiéndose eliminado de la misma algunas asociaciones por vía sistémica de dudosa eficacia y seguridad que se podrían considerar obsoletas (por ejemplo, algunas asociaciones a dosis fijas con codeína o fenobarbital). También mejora la oferta al aumentar las posibilidades de administración de fármacos por vía inhalatoria, sobre todo en cuanto a distintos sistemas de administración.

La utilización de antiasmáticos en España experimentó un incremento de un 65% a lo largo del periodo estudiado, pasando de 27,53 DHD a 46,63 DHD. El crecimiento ha

tenido lugar, sobre todo, a expensas del grupo de “otros antiasmáticos por inhalación” y sobre todo de la asociación salmeterol y fluticasona, que representó para el año 2004 más del 15% del consumo expresado en DHD y sin embargo el 37% de los costes del grupo. El subgrupo de “teofilina y derivados, incluyendo formas retardadas” fue el que más disminuyó su consumo. Además se ha detectado un patrón estacional importante en la utilización de antiasmáticos siendo los meses del invierno los de mayor consumo. Este patrón estacional es más notable para algunos subgrupos farmacológicos como el de los “betaadrenérgicos por inhalación”, que para otros, como el de “teofilina y derivados incluyendo formas retardadas”, que apenas se ve afectado por la estacionalidad. No se aprecia, sin embargo, que la primavera y el asma estacional afecten el consumo de manera relevante. Pese al moderado incremento en el consumo global, los costes totales pasaron de más de 118 millones de euros en 1992 a 734 en 2004, lo que supone un crecimiento de un 520% en moneda corriente y de un 320% en moneda constante, es decir descontando el efecto de la inflación. En moneda corriente, el coste tratamiento día medio pasó de 0,30 euros en 1992 a 1,05 euros en 2004, es decir se multiplicó por 3,5. Esto es consecuencia de la utilización de fármacos cada vez más caros y nuevos sistemas de administración.

Existen diversos factores que pueden contribuir a explicar razonablemente el aumento en la utilización de antiasmáticos, entre ellos un aumento en la prevalencia de asma y EPOC, mejoras diagnósticas, la consideración del asma como enfermedad inflamatoria, la publicación de protocolos nacionales o internacionales sobre el abordaje terapéutico del asma, o una mayor intensidad en el tratamiento de los enfermos individuales y de los nuevos sistemas de administración. Por otra parte, debe señalarse como el actual patrón de consumo también ha sido descrito para otros países de la Unión Europea o del entorno europeo, como los Países Nórdicos, donde al igual que ha sucedido en España, se ha producido la sustitución de los corticoides inhalados y beta-adrenérgicos de larga duración de acción por las asociaciones a dosis fijas de ambos, y donde se dan niveles de consumo similares a los de España. Otro aspecto relevante que debe ser particularmente considerado es el crecimiento del consumo de los fármacos destinados sobre todo al tratamiento de la EPOC, enfermedad que se considera infradiagnosticada. Las tendencias actuales de utilización de medicamentos antiasmáticos en España son consecuentes con las nuevas aproximaciones terapéuticas del tratamiento del asma bronquial y EPOC recomendadas por fuentes de autoridad.

HEALTH AND INEQUALITY OVER THE LIFE CYCLE

Cristina Hernández Quevedo

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía & Estudios Relacionados, Universidad de York (Reino Unido), el 22 de Marzo de 2007. Dirigida por Prof. Andrew M. Jones, fue aprobada por Dr. Stephen Morris (Brunel University, Reino Unido) y Prof. Beatriz González López-Valcárcel (ULPGC, España).

E-mail: chq102@york.ac.uk



Los ensayos incluidos en esta tesis forman parte de la investigación llevada a cabo por el ECuity III Project, financiado por la Unión Europea y que centra su investigación en la dinámica de la renta, salud y desigualdades en el ciclo de vida. Por tanto, estos artículos persiguen los objetivos principales de dicho proyecto: analizar el efecto causal del nivel de renta sobre la salud, analizar la persistencia de

la salud individual en el ciclo de vida y medir y explicar las desigualdades socioeconómicas en salud en la Unión Europea. Además, esta tesis incluye un capítulo sobre la medida de salud autopercibida (SA) comúnmente utilizada en encuestas socioeconómicas tales como el Panel de Hogares Británico (BHPS) y el Panel de Hogares Europeo (PHOGUE). En concreto, este ensayo presenta un análisis

en profundidad sobre la posibilidad de sesgo de respuesta en la medida de SA incluida en el BHPS.

Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercibida

La principal ventaja de las medidas generales de salud es su habilidad para resumir una multitud de condiciones de salud, pero esto conlleva un elevado coste ya que se basan en valoraciones subjetivas de autopercpción. En el Panel de Hogares Británico (BHPS), la problemática que acompaña el uso de medidas generales de SA se complica en mayor medida debido a un cambio en la pregunta de SA en la oleada 9 de dicho panel. En particular, la inclusión del cuestionario SF-36 en la novena oleada conlleva un cambio en la pregunta de SA con respecto al resto de oleadas, junto con un cambio en las cinco categorías de

respuesta disponibles. Estas modificaciones proporcionan una oportunidad de investigar hasta qué punto existe sesgo de respuesta y si grupos de individuos identificados a través de características socioeconómicas responden de diferente forma al cambio en el instrumento de medida. Para ello, implementamos progresivamente especificaciones más generales de sesgo de respuesta utilizando modelos probit ordenados y probit ordenados generalizados para datos de panel. Además, exploramos la sensibilidad del índice de concentración de desigualdades en salud y de movilidad en salud a cambios en la medida de SA.

Nuestros resultados sugieren que la construcción de una nueva variable de SA común a todas las oleadas del panel no afecta sustancialmente la relación estimada entre características socioeconómicas y salud autopercibida. En cualquier caso, la construcción más apropiada de SA presenta cuatro categorías que se obtienen, bien combinando las dos categorías inferiores (“muy pobre” y “pobre”) en oleadas 1-8 y 10-11 y las dos superiores (“buena” y “muy buena”) en la oleada 9, o bien adoptando la metodología propuesta por Lindley & Lorgelly (2003). Nuestras investigaciones sobre sesgo de respuesta sugieren que hay evidencia de desplazamiento paralelo del índice (*index shift*), pero la magnitud de este desplazamiento paralelo no varía debido a características socioeconómicas. Además, el sesgo de respuesta inducido por el cambio de la pregunta en la oleada nueve no está caracterizado por el desplazamiento de los puntos de corte (*cut-point shift*).

Medida y explicación de desigualdades socioeconómicas en salud

La medida de desigualdades socioeconómicas en salud tiene una importante función en la agenda política social y de salud de los países de la Unión Europea. En nuestro estudio utilizamos dos indicadores de limitaciones en salud para medir desigualdades en limitaciones en salud relacionadas con la renta, utilizando datos longitudinales del PHOGUE. En concreto, aplicamos el enfoque de Jones y López-Nicolás (2004) que nos permite distinguir entre desigualdades socioeconómicas a corto y largo plazo para nuestras variables de salud. La diferencia entre estas dos medidas se resume utilizando un índice de movilidad. Los resultados sobre desigualdades a largo plazo se complementan con otras medidas tales como las curvas de concentración generalizadas y el índice de logro de salud, que proporcionan evidencia para informar sobre la compensación entre equidad y eficiencia (Wagstaff, 2002).

En general, nuestro análisis demuestra que las desigualdades relacionadas con la renta en limitaciones en salud existen entre todos los estados miembros incluidos en nuestro análisis, tanto en el corto como en el largo plazo. Estas desigualdades socioeconómicas favorecen a los

individuos con mayor nivel de renta frente a los más pobres en cada sociedad. Hay una importante diferencia entre medidas de desigualdad a corto y largo plazo, incluso para el relativo corto período de 8 años que cubre el PHOGUE, ya que cuanto más largo es el período sobre el cual salud y renta son medidas, mayor es el grado de desigualdades en salud relacionadas con la renta. Estos resultados muestran que la fuerza de la relación entre movilidad en renta y limitaciones en salud varía entre países. De los resultados obtenidos, destaca la importancia de adoptar una perspectiva longitudinal cuando medimos e interpretamos desigualdades socioeconómicas en salud. Además, el orden de países según el nivel de desigualdades a largo plazo difiere del *ranking* de países utilizando el índice de logro de salud en general. Por tanto, la compensación entre equidad y eficiencia debe ser considerada al evaluar la actuación de los diferentes países europeos, que presentan distintos sistemas de salud y bienestar.

Persistencia en limitaciones en salud

Finalmente, presentamos un enfoque dinámico utilizando las 8 oleadas disponibles del PHOGUE. La perspectiva longitudinal del PHOGUE nos proporciona información adicional sobre la dinámica de las limitaciones en salud del individuo y el efecto de las características socioeconómicas. Una perspectiva a largo plazo proporciona información útil para políticas de salud pública, si los *policymakers* están interesados en el historial del individuo. Para ello, nos centramos en dos indicadores de limitaciones en salud (cualquier limitación y limitación severa) disponibles en el PHOGUE. El problema de condiciones iniciales en modelos dinámicos en datos de panel es tomado en consideración y parametrizamos el efecto individual siguiendo el enfoque sugerido por Wooldridge (2005). Estimamos tanto especificaciones estándar (*pooled*) así como especificaciones con efectos aleatorios (*random effects*) para modelos probit, logit y log-log complementarios.

Tras calcular y comparar los criterios de información para todos los modelos considerados, el modelo probit con efectos aleatorios, seguido del modelo *pooled* probit, es la especificación más apropiada para nuestra muestra. Los efectos parciales han sido calculados para ambos modelos probit, los cuales muestran el elevado nivel de persistencia en ambos indicadores de cualquier limitación en salud y limitaciones severas. Existe heterogeneidad en el efecto cuantitativo de status socioeconómico sobre limitaciones en salud entre los nueve países europeos considerados. Sin embargo, un incremento en el nivel de renta decrece la probabilidad de percibir limitación en la actividad diaria en general, así como un menor nivel de educación alcanzado eleva dicha probabilidad. Pero los mayores efectos parciales en promedio corresponden a aquellos individuos desempleados, retirados o bien inactivos en el mercado de trabajo.



Economía de la salud: Instrumentos

Editores: Gimeno Ullastres, Juan A., Rubio Cebrián, Santiago y Tamayo Lorenzo, Pedro

Editorial: Díaz de Santos

Año de Edición: 2006

Páginas: 504

Economía de la salud: instrumentos pretende orientarse hacia diferentes escenarios micro, en lo que se refiere a la gestión clínica desarrollada por los profesionales sanitarios; meso, en lo que afecta a la gestión institucional, llevada a cabo por los directivos institucionales; y macro, por lo que respecta a la política de los reguladores y responsables sanitarios. La didáctica redacción del libro y su utilidad conceptual y práctica pueden alcanzar a tareas y actividades tan diferentes como las que corresponden a los proveedores de servicios asistenciales, a los gestores de centros y establecimientos, y a los diseñadores de las principales líneas maestras de actuación sanitaria.

El índice se divide en las siguientes secciones: Evaluación de Tecnologías sanitarias. El impacto de las intervenciones sanitarias. Análisis de decisión y tratamiento de la incertidumbre. Gestión presupuestaria. Instrumentos de contabilidad financiera y analítica. La contabilidad analítica aplicada a la gestión clínica. Gestión de inversiones y sistemas de contratación de bienes y servicios.



Gestión clínica: gobierno clínico

Editor: Oteo Ochoa, Luis Angel

Editorial: Díaz de Santos

Año de Edición: 2006

Páginas: 364

Los capítulos que configuran este libro ofrecen una panorámica global de las nuevas coordenadas de la gestión y del gobierno clínico, así como de los factores que están dificultando los procesos de cambio organizativo y funcional en las instituciones sanitarias públicas. Para ello se abordan los siguientes aspectos: Gobierno clínico, entorno estratégico y dimensiones. Diseños organizativos y modelos de cooperación en el sector sanitario. Sistemas de información en los servicios sanitarios; la gestión de contratos entre financiadores y proveedores públicos. El hospital moderno: crisis y reivindicación de la organización en el futuro. Gestión de unidades y áreas funcionales: pautas de excelencia clínica y revisión de experiencias.



Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes

Editores: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite y Karsten Vrangbaek

Editorial: Open University Press

Año de publicación: 2006

Recientemente han aumentado las experiencias de descentralización en mu-

chos sistemas sanitarios europeos. El término engloba un abanico amplio de posibles formas de transferir la gestión a diferentes niveles de decisión. La lógica de la descentralización se basa en la idea de que organizaciones más pequeñas, cuando se estructuran y dirigen de forma adecuada, son más ágiles y eficaces que organizaciones de mayor tamaño. En un mundo donde las grandes organizaciones controlan un amplio espectro de la actividad tanto del sector público como del privado, la posibilidad de establecer instituciones gestionadas a nivel local de manera eficiente tiene un gran atractivo. Este texto analiza la capacidad y el impacto de la descentralización en los sistemas sanitarios europeos, desde un punto de vista teórico, así como a través de experiencias prácticas recientes. El libro también valora la adecuación de diferentes procesos de gestión de cara a implementar estrategias de descentralización de forma satisfactoria.

El texto se divide en dos partes. En la primera analiza la descentralización desde el punto de vista teórico y presenta los diferentes patrones de descentralización que pueden observarse en Europa. En la segunda parte se describe el impacto que la descentralización puede tener en las diferentes dimensiones económica, política, gerencial, clínica o equitativa de la atención sanitaria.



Health Care Regulation in America: Complexity, Confrontation, and Compromise

Autor: Robert I. Field

Editorial: Oxford University Press

Año de publicación: 2006

Páginas: 352

Para muchos puede resultar paradójico a primera vista hablar de sistema de salud norteamericano y de regulación al mismo tiempo. Este texto aborda la cuestión, desvelando las complejidades del sistema regulatorio y sus efectos sobre la atención sanitaria en Estados Unidos tanto en el presente como en años recientes. La regulación forma parte de todos y cada uno de los elementos que componen la industria de la atención sanitaria en Estados Unidos y que traduce las políticas públicas en acciones concretas. Pese a su impacto sobre el bienestar de los ciudadanos y su enorme importancia sobre la economía nacional, el sistema regulatorio norteamericano es extremadamente complejo. A las numerosas agencias gubernamentales federales, estatales y locales se suman centenares de organizaciones privadas. Muchas de ellas entran en conflicto, compiten o colaboran, por lo que su interacción y la normativa que generan tiene un impacto notable sobre la salud y la atención de los ciudadanos. Este libro trata de aportar claridad sobre este enjambre regulatorio y lo hace desgranando la evolución histórica y situación actual de la regulación en los diferentes segmentos de la atención sanitaria como los profesionales sanitarios, hospitales, las instituciones, las relaciones industriales, los medicamentos o la investigación.

XXVII Jornadas de Economía de la Salud de 2007 (AES)

Organiza/Lugar: AES, A Coruña
Fechas: 6-8 Junio 2007
Información: <http://www.aes.es/Jornadas/>

XII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: Efectividad de las intervenciones sobre la salud de la población (SESPAS)

Organiza/Lugar: SESPAS, Barcelona
Fechas: 20 al 22 de Junio del 2007
Información: <http://www.sespas.es/congres2007/>

6th World Congress: Explorations in Health (IHEA)

Organiza/Lugar: iHEA, Copenhague, Dinamarca
Fechas: 8-11 Julio 2007
Información: <http://www.healthconomics.org/congress/2007/>

15th European Conference on Public Health: "The Future of Public Health in the Unified Europe" (EUPHA)

Organiza/Lugar: EUPHA, Helsinki, Finlandia
Fechas: 11-13 de Octubre 2007
Información: http://www.eupha.org/html/menu3_2.html

Advanced Health Leadership Forum

Organiza/Lugar: University of California Berkeley y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES, Universitat Pompeu Fabra), Barcelona y San Francisco (CA., USA)
Fechas: Barcelona: 13-20 Julio 2007 y San Francisco, CA: 6-13 Enero 2008
Información: <http://ahlf.berkeley.edu/>

XII Jornadas de la REAP, "Nuevas tecnologías: ¿Caos o solución de la Atención Primaria?"

Organiza/Lugar: REAP- Red Española de Atención Primaria, Sevilla
Fechas: 25 y 26 de Mayo de 2007
Información: <http://www.reap.es/jaurdunaldiak.htm>

Jornada sobre "El valor social de la salud"

Organiza/Lugar: Centro de Estudios Andaluces (Consejería de la Presidencia), Sevilla
Fechas: 24 de Mayo de 2007
Información: <http://tinyurl.com/2qnbj>

4TH Annual Meeting of HTAi- Health Technology Assessment International 2007 – HTA for Evidence-Based Public Health

Organiza/Lugar: HTAi, Barcelona
Fechas: 17-21 Junio 2007
Información: <http://www.htai.org/barcelona-2007/>

EHMA: 2007 Annual Conference "Managing Values in Health Care"

Organiza/Lugar: EHMA-European Health Management Association, IFROSS, Université Jean Moulin Lyon, Francia
Fechas: 27-29 Junio 2007
Información: <http://www.ehma.org>

7th European Conference on Health Economics: "Health Economics and Global Renaissance" (ECHE)

Organiza/Lugar: ECHE, Roma
Fechas: 23-26 Julio 2008
Información: <http://www.echeroma2008.eu>

Sixteenth European Workshop on Econometrics and Health Economics & Masterclass in Applied Health Economics

Organiza/Lugar: University of Bergen, Noruega
Fechas: 2-8 Septiembre 2007
Información: <http://www.york.ac.uk/res/herc/docs/ew16reg.pdf>

IV Congreso Sobre Comunicación Social de la Ciencia

Organiza/Lugar: Ministerio de Educación y Ciencia, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT)
Fechas: 21-23 de Noviembre 2007
Información: <http://www.csciencia2007.csic.es/>

International Conference on Social Statistics and Ethnic Diversity: Should we count, how should we count and why?

Organiza/Lugar: Québec Inter-University Centre for Social Statistics (QICSS, Montréal) e Institut National d'Études Démographiques (INED, Paris), Montréal
Fechas: 6-8 Diciembre 2007
Información: <http://www.ciqss.umontreal.ca/en/SSED/index.html>

York Expert Workshops in the Socio Economic Evaluation of Medicines 2007

Organiza/Lugar: CHE- Centre for Health Economics, University of York, York (UK)
Fechas: Junio 2007 (3 módulos)
Información: <http://www.york.ac.uk/inst/che/training/expert.htm>

Estrategias óptimas de precio y reembolso de nuevos medicamentos en base a criterios farmacoeconómicos

Organiza/Lugar: Universidad de Barcelona Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Barcelona
Fechas: 13 de Junio de 2007.
Información: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d767215/PRECIOREEMBOLSO>

Curso avanzado de Farmacoeconomía

Organiza/Lugar: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona
Fechas: 20 y 21 de Junio de 2007
Información: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d774009/CURSOUBFARMACOECONOMIA>

2007 Summer School

Organiza/Lugar: European Observatory on Health Systems and Policies, Venecia
Fechas: 5-10 Agosto 2007
Información: http://www.euro.who.int/observatory/about/20070314_4

First European Seminar on Health Policy

Organiza/Lugar: Université Libre de Bruxelles (ULB), Institut d'Etudes Europeennes (IEE) y Fundación Gaspar Casal (FGC), Bruselas
Fechas: 5-7 Septiembre 2007
Información: <http://www.fgcasal.org/>

Postgraduate Certificate and Diploma Programmes in Health Economics for Health Care Professionals by distance learning

Organiza/Lugar: CHE- Centre for Health Economics, University of York, York (UK)

Fechas: Septiembre 07- Septiembre 08
Información: <http://www.york.ac.uk/res/herc/distance/dates.htm>

XVIII Escuela de Verano de Salud Pública

Organiza/Lugar: Llatzeret de Maó, Menorca
Fechas: Septiembre 2007
Información: <http://www.cime.es/evsp/novaweb/cos.asp>

Master en Economía de la Salud y del Medicamento

Organiza: CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut) e IDEC
Fechas: Octubre 2007 a Mayo 2009 (castellano) y Febrero 2008 a Julio 2009 (inglés)
Información: <http://www.idec.upf.edu/mesol>

Seminario CRES de Economía de la Salud y del Medicamento: Individuo y contexto en salud y gestión sanitaria. Una introducción al análisis multinivel

Organiza: CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut) e IDEC
Fechas: 8 y 9 de Noviembre de 2007
Información: <http://www.idec.upf.edu/scres>

Escuela Nacional de Sanidad

Información: www.isciii.es

Escuela Andaluza de Salud Pública

Información: <http://www.easp.es/web/formacion/index.asp?idSub=298&idSec=298&idCab=298>

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Información: <http://www.san.gva.es/eves/planeves.EvesServlet?cls=Curso&acc=obtenInfoCurso>

CRES – Centre de Recerca en Economia i Salut

Información: <http://www.upf.edu/cms/cres/>

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
Support 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.