

5ª Jornada Regional Economía de la Salud

“Retos de la financiación sanitaria y
evaluación económica en salud”

05 de noviembre 2013

Hospital General Universitario
REINA SOFÍA

“Los beneficios de la inversión en salud pública”

D. Ildefonso Hernández Aguado

Catedrático de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de
Alicante

Declaración de intereses:

http://www.sespas.es/sepas_declaraciones.php



ciberesp

Centro de Investigación Biomédica en red
Epidemiología y Salud Pública

Políticas de salud para crear riqueza

Ante la iniciativa de Madrid de imponer el euro por receta se ha reavivado el debate sobre la sanidad pública. Conviene recordar que para mejorar realmente el bienestar de la población, es mejor prevenir que curar
 Por **ILDEFONSO HERNÁNDEZ, FERNANDO G. BENAVIDES y MIQUEL PORTA**

No es la actual crisis sistémica quien amenaza los valores de nuestro Estado de bienestar y reduce prestaciones, sino ciertas reacciones que ciertos Gobiernos tienen ante la crisis. Entre esas reacciones están los hachazos a un logro de todos, el Sistema Nacional de Salud (SNS), arduamente fraguado y con profunda legitimación social. Parece que el tiempo es escaso y las decisiones, incluíbles. Hoy como siempre, hay que buscar el máximo valor social a nuestro dinero, el de todos. A veces, pero no siempre, ello implica reducir gasto; cuando así es, hay que reducirlo con la mayor inocuidad posible: sin dañar a lo que de verdad importa. Los poderes no pueden seguir hipnotizados por indicadores económicos obsoletos. Las organizaciones ciudadanas, tampoco. En salud, no podemos quedarnos presos entre las paredes del sistema asistencial, cuadrando las cuentas de resultados a corto plazo con ajustes arbitrarios o inespecíficos. Podemos cambiar la perspectiva: mirar cómo ganar salud, desarrollar las políticas que sí rinden auténticos beneficios humanos y suprimir las actuaciones innecesarias, ineficaces o dañinas (para la salud y la economía). Podemos hacerlo si las decisiones de los Gobiernos y las organizaciones (las sanitarias, por ejemplo) siguen el rumbo que marca la brújula de los ciudadanos activos, la del inmenso capital humano y de conocimiento que posee España. Y podemos hacerlo si aplicamos los instrumentos normativos adecuados.

Para tamizar soluciones no puede obviarse que nuestro sistema sanitario ha sufrido una preocupante inflamación: entre 2002 y 2009 aumentó el 63% el gasto sanitario *per capita*; un 33% si ajustamos por inflación. Los costes del cuidado de la enfermedad subieron por encima del creci-

cambio, el actual Gobierno ha arrojado dicha ley al olvido: no la desarrolla, no la invoca, no la aplica, no la cumple. En los actuales espacios de decisión la salud pública no está, ni se la espera.

Mitigar los daños de la crisis en la salud requiere decir el qué y el cómo. La Ley General de Salud Pública establece el prin-

más la consecución de una mejor salud colectiva. Estimaciones aproximadas, pero racionales y verosímiles, nos indican que una política de movilidad que reduzca la contaminación atmosférica de nuestras ciudades a los niveles recomendados por la OMS, fomente el desplazamiento no motorizado y disminuya las lesiones de tráfico

cargas más tóxicas de parte de nuestro sistema económico ni los beneficios de las acciones que evitan tales daños.

Aún mejor que lo mencionado, pero con coste, es garantizar una educación de alta calidad desde el inicio de la vida hasta el fin de la etapa obligatoria, que forme a ciudadanos con madurez democrática, capacidad crítica y participativa. Una educación así otorga un potencial de salud a largo plazo de magnitud superior a cualquier otra iniciativa. La educación de calidad es desde luego la materia prima básica y, por ello, hoy es crítico proteger de la pobreza y la alienación a los niños. En caso contrario dejamos marcas indelebiles.

En los servicios sanitarios, y siguiendo lo recogido en la LGSP, debe establecerse ya la lista de intervenciones diagnósticas, terapéuticas y preventivas ineficaces para suprimirlas. Hay suficiente capacidad y conocimiento para organizar una red de expertos cualificados con autoridad científica contrastable, que facilite las decisiones de las autoridades sanitarias. Obviamente, algunas decisiones podrán criticarse como supresión de prestaciones. Pero ya hemos cedido demasiado ante quienes se lucran con el consumismo sanitario. Además, la iatrogenia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud de los países desarrollados.

Todo ello no es sencillo, ¿cómo iba a serlo? Cambiar requiere pedagogía y diálogo, una cierta autocrítica y comprensión de la población, la complicitad de los profesionales y coraje político. En este camino la transparencia es imprescindible, como lo es acostumbrarse a priorizar; por ejemplo, en las listas de espera, como ya se hace, o con los incentivos a la profesionalización. Las opciones aparentemente fáciles, como las privatizaciones, sin un marco que garantice la competencia, son contra-



Ver lo que nos sale a cuenta

Los beneficios socioeconómicos de la salud pública son reales, generales, a largo plazo, pero difíciles de cuantificar y, a menudo, invisibles. Hay que dar mayor valor a estas inversiones

Por **MIQUEL PORTA SERRA**

GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA • VOLUMEN 12 • NÚMERO 2 • VERANO DE 2010

EDITORIAL

Los beneficios de la salud pública. Visualizarlos y cuantificarlos para darles valor.

Reflexiones a propósito del proyecto de Ley General de Salud Pública del Gobierno de España

Miquel Porta Serra

Instituto Municipal de Investigación Médica - Hospital del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad de Carolina del Norte

Economic Gains Resulting from the Reduction in Children's Exposure to Lead in the United States

Scott D. Grosse,¹ Thomas D. Matte,¹ Joel Schwartz,² and Richard J. Jackson¹

¹National Center for Environmental Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA; ²School of Public Health, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, USA

These calculations imply that, because of falling BLLs, U.S. preschool-aged children in the late 1990s had IQs that were, on average, 2.2–4.7 points higher than they would have been if they had the blood lead distribution observed among U.S. preschool-aged children in the late 1970s.

We estimated that each IQ point raises worker productivity 1.76–2.38%. With discounted lifetime earnings of \$723,300 for each 2-year-old in 2000 dollars, the estimated economic benefit for each year's cohort of 3.8 million 2-year-old children ranges from **\$110 billion to \$319 billion**.

Los beneficios para la salud pública de la reducción de la contaminación atmosférica en el área metropolitana de Barcelona

Nino Künzli

Profesor de Investigación ICREA
Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona
Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental, Barcelona

Laura Pérez

Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental, Barcelona

Elaborado para:

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña
y
El Departamento de Medio Ambiente y Vivienda de la Generalitat de Cataluña

Septiembre de 2007

Quantifying the health impacts of outdoor air pollution: useful estimations for public health action

Sylvia Medina,¹ Ferran Ballester,^{2,3,4} Olivier Chanel,⁵
Christophe Declercq,¹ Mathilde Pascal¹

According to WHO,¹ health impact assessment (HIA) is

A combination of procedures, methods and tools used to evaluate the potential health effects of a policy, programme or project. Using qualitative, quantitative and participatory techniques, HIA aims to produce recommendations that will help decision makers and other stakeholders make choices about alternatives and improvements to prevent disease/injury, and to actively promote health.

The typical procedural steps in HIA include screening, scoping, assessment of health effects, recommending alternatives

The classical HIA method, derived from the WHO-HIA general method,⁹ quantifies the impact on health of short-term and long-term exposures to air pollution using four successive steps: (1) selecting concentration-response functions (ie, relative risks, (RRs)) from epidemiological studies; (2) estimating the distribution of exposure levels in the population studied; (3) collecting data on the prevalence or incidence of selected health indicators and, finally, (4) calculating the number of attributable cases.

In the following, we discuss the different ways of formulating these HIAs and

what might have been if pollution levels had been reduced and the time required for the onset of health effects had elapsed.

This counterfactual approach estimates the actual burden of air pollution on health and derives the potential health benefits of a hypothetical improvement in air quality, assuming that public policies implemented to improve air quality can reduce this burden. This approach builds on the epidemiological concept of an attributable fraction defined at the population level as the proportion of disease cases that can be attributed to a given exposure level and is closely related with the concept of burden of disease used by WHO.¹⁴

This was the approach used by the Apeis project,^{15–17} by the Aphekom project,¹⁸ in the second part of the COMEAP report on the impact of particulate matter on mortality in the UK,¹² in Italy,¹⁹ as well as in emerging countries like China.²⁰

The counterfactual approach is particularly useful to provide a picture of the health burden of air pollution and to encourage the planning of actions to



Assessing the Challenges of Applying Standard Methods of Economic Evaluation to Public Health Interventions

Mike Drummond, Helen Weatherly



Chapter 2

Intelligence for Health Governance: Innovation in the Monitoring of Health and Well-Being

Ilona Kickbusch
Editor

Ildefonso Hernández-Aguado and Lucy Anne Parker

Policy Innovation for Health

Research agenda

Health information and advocacy for “Health in All Policies”: a research agenda

Lucy A Parker,^{1,2} Blanca Lumbreras,^{1,2} Ildefonso Hernández-Aguado^{1,2}

ORIGINAL ARTICLE

Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Childhood Asthma

Daniel Mackay, Ph.D., Sally Haw, B.Sc., Jon G. Ayres, M.D.,
Colin Fischbacher, M.B., Ch.B., and Jill P. Pell, M.D.

RESULTS

Before the legislation was implemented, admissions for asthma were increasing at a mean rate of 5.2% per year (95% confidence interval [CI], 3.9 to 6.6). After implementation of the legislation, there was a mean reduction in the rate of admissions of 18.2% per year relative to the rate on March 26, 2006 (95% CI, 14.7 to 21.8; $P < 0.001$). The reduction was apparent among both preschool and school-age children. There were no significant interactions between hospital admissions for asthma and age group, sex, urban or rural residence, region, or quintile of socioeconomic status.

RESEARCH

The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials



OPEN ACCESS

Fabienne El-Khoury *PhD candidate in epidemiology*^{1 2}, Bernard Cassou *professor of public health and geriatrician*^{3 4}, Marie-Aline Charles *senior researcher in epidemiology*^{1 2}, Patricia Dargent-Molina *senior researcher in epidemiology*^{1 2}

Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling



Economic impact of reduced mortality due to increased cycling. [Am J Prev Med.](#) 2013 Jan;44(1):89-92.

Should we invest in environmental interventions to encourage physical activity in England? An economic appraisal.

[Eur J Public Health.](#) 2012 Dec;22(6):869-73



Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union

Don Kenkel
Marc Suhrcke

ECONOMIC EVALUATION OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

An overview of conceptual and
practical issues





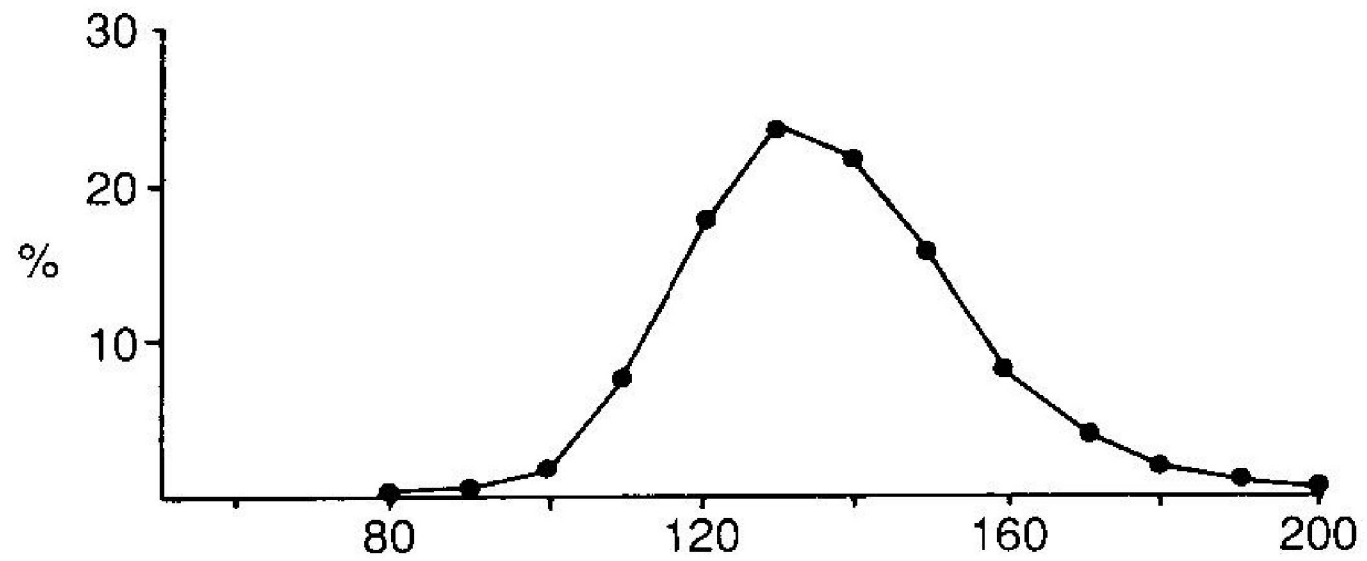
3283 2523 7564 4857
7564 2734 3165 2791
0288 3534 8110 3372

NATSEM
at the University of Canberra

THE COST OF INACTION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

REPORT NO. 2/2012

***STRICTLY EMBARGOED UNTIL
1AM (AEST), JUNE 4, 2012***



Distribution of systolic blood pressure

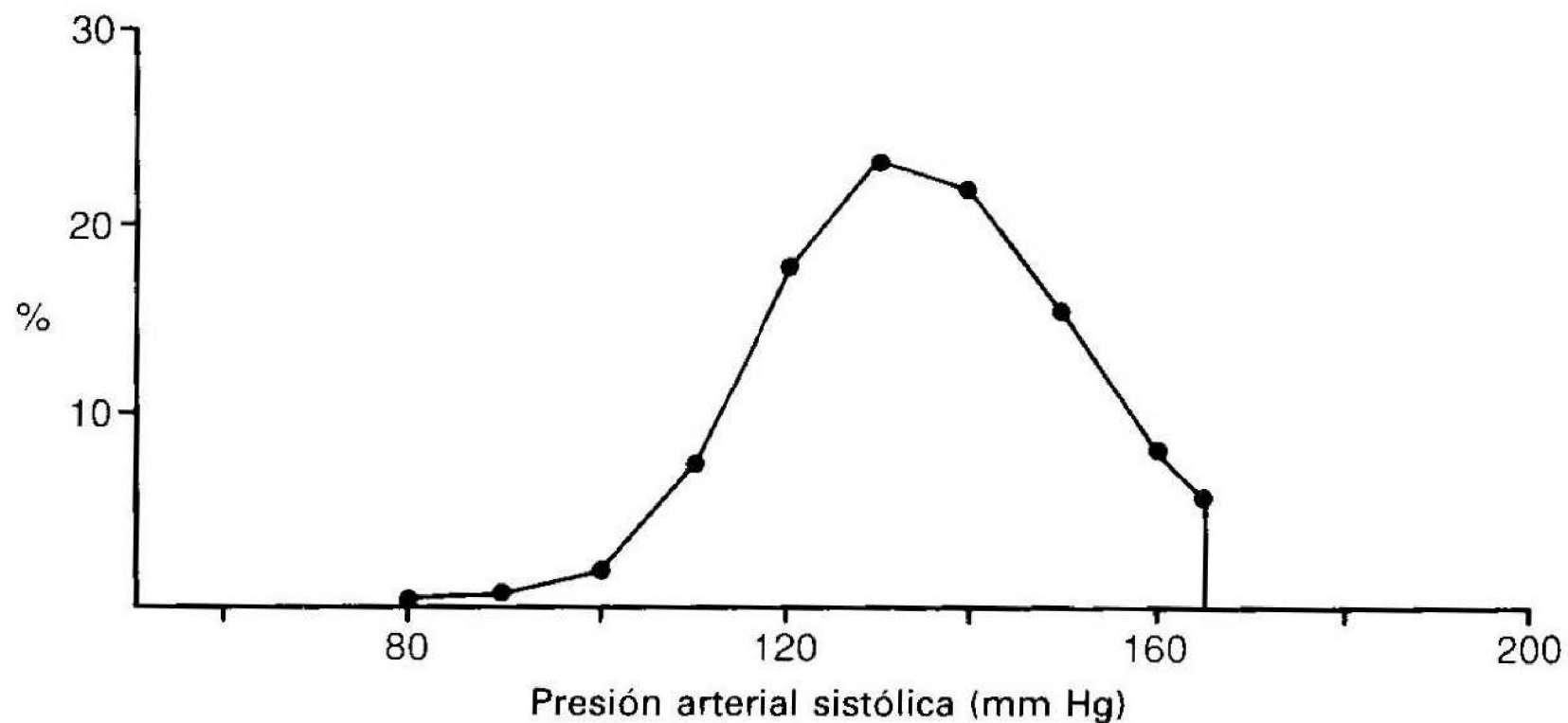
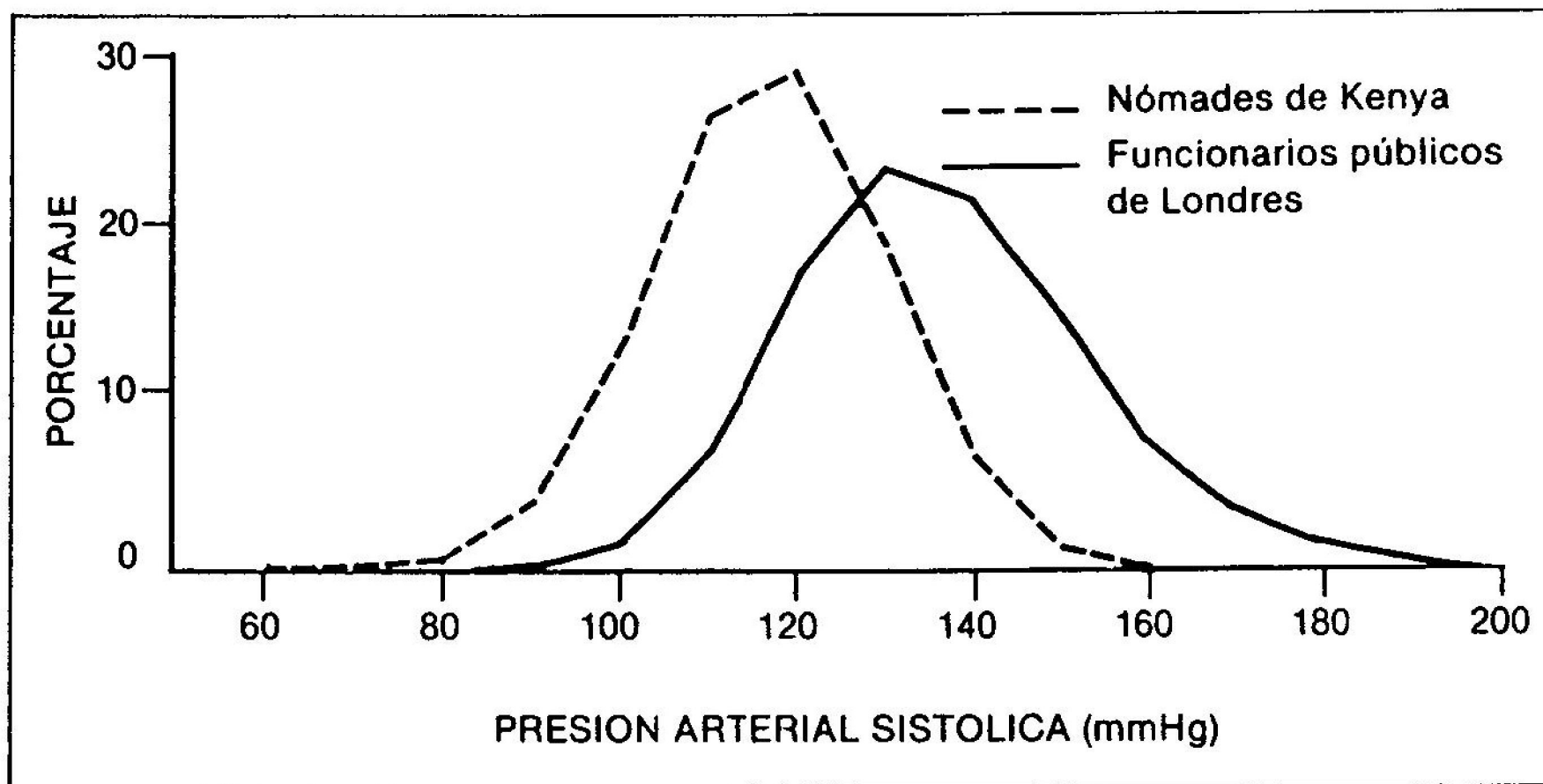
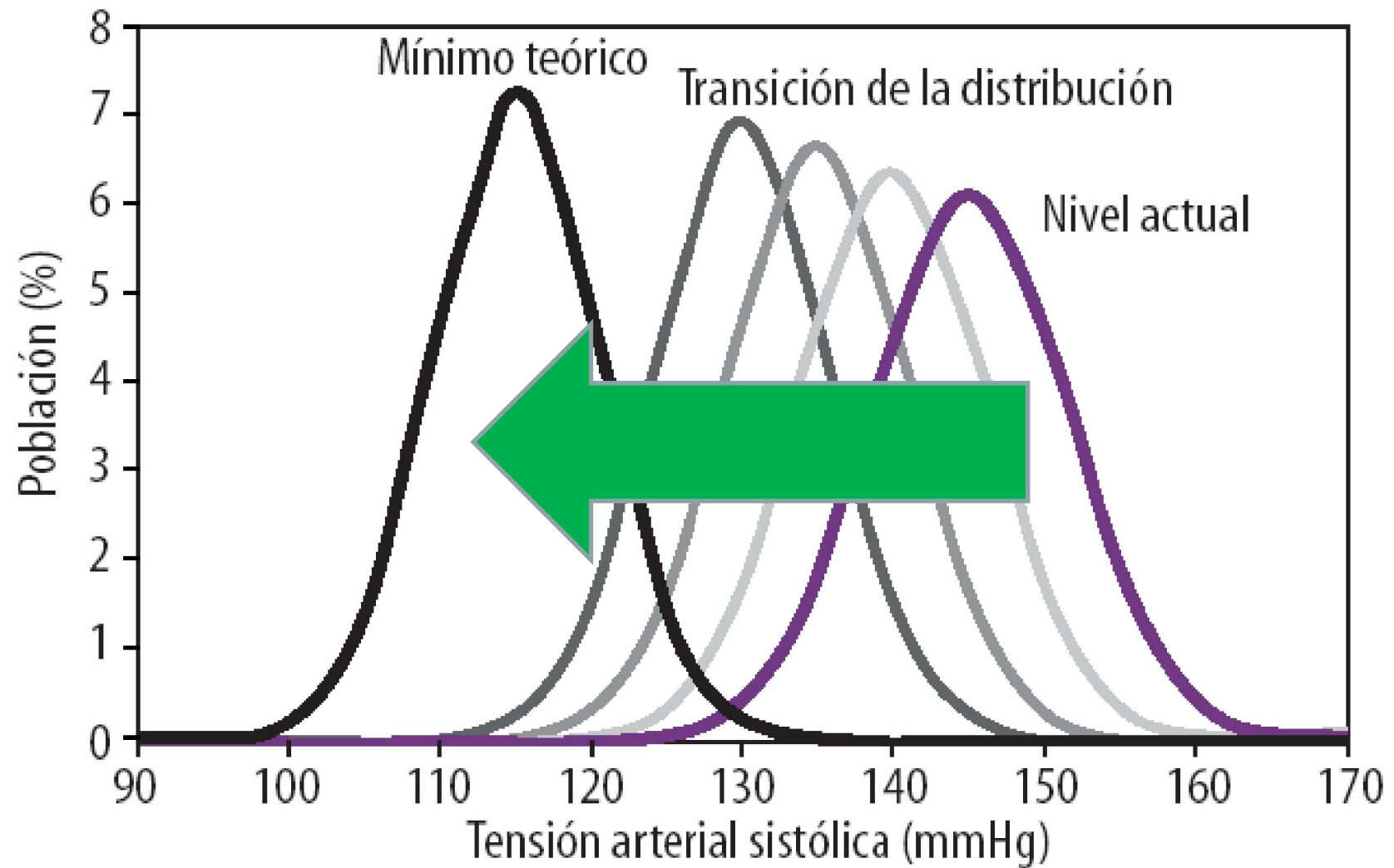


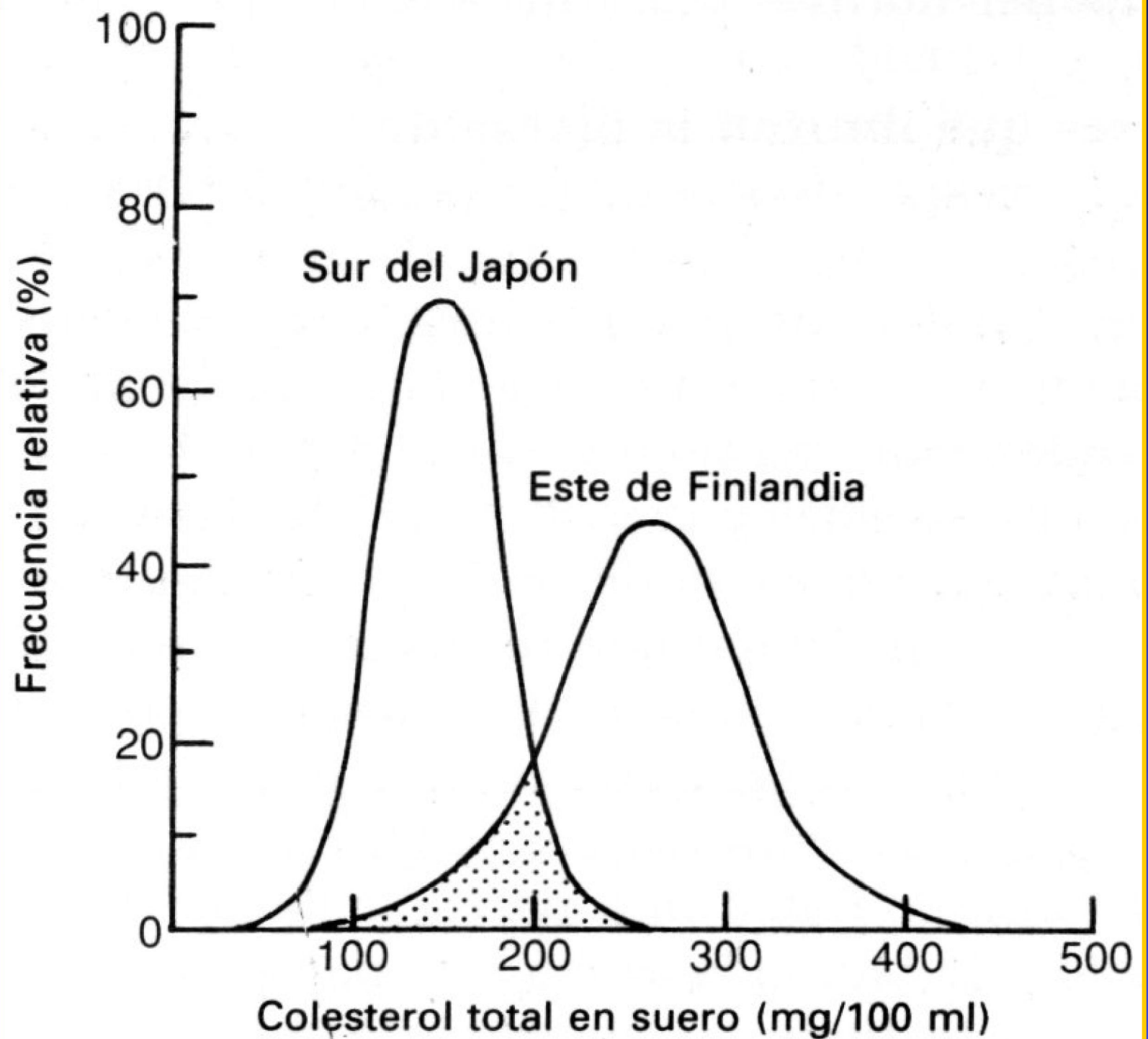
Fig. 4-1. Resultado ideal de una estrategia preventiva de alto riesgo: se consigue truncar la distribución (datos de presión arterial sistólica en hombres de mediana edad).

Figura 2. Distribución de la presión arterial sistólica en varones de edad mediana de dos poblaciones (2, 3).



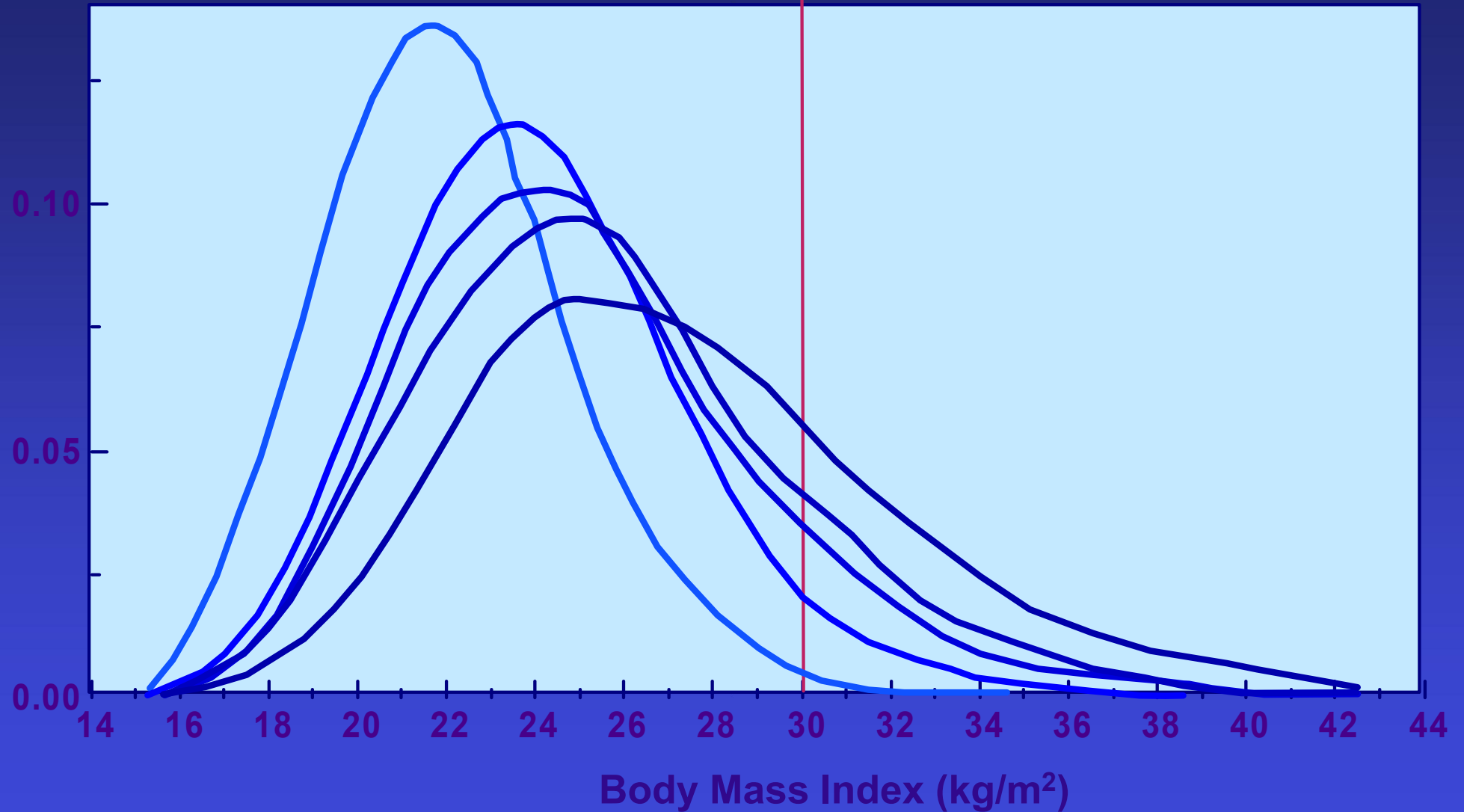
Tensión arterial





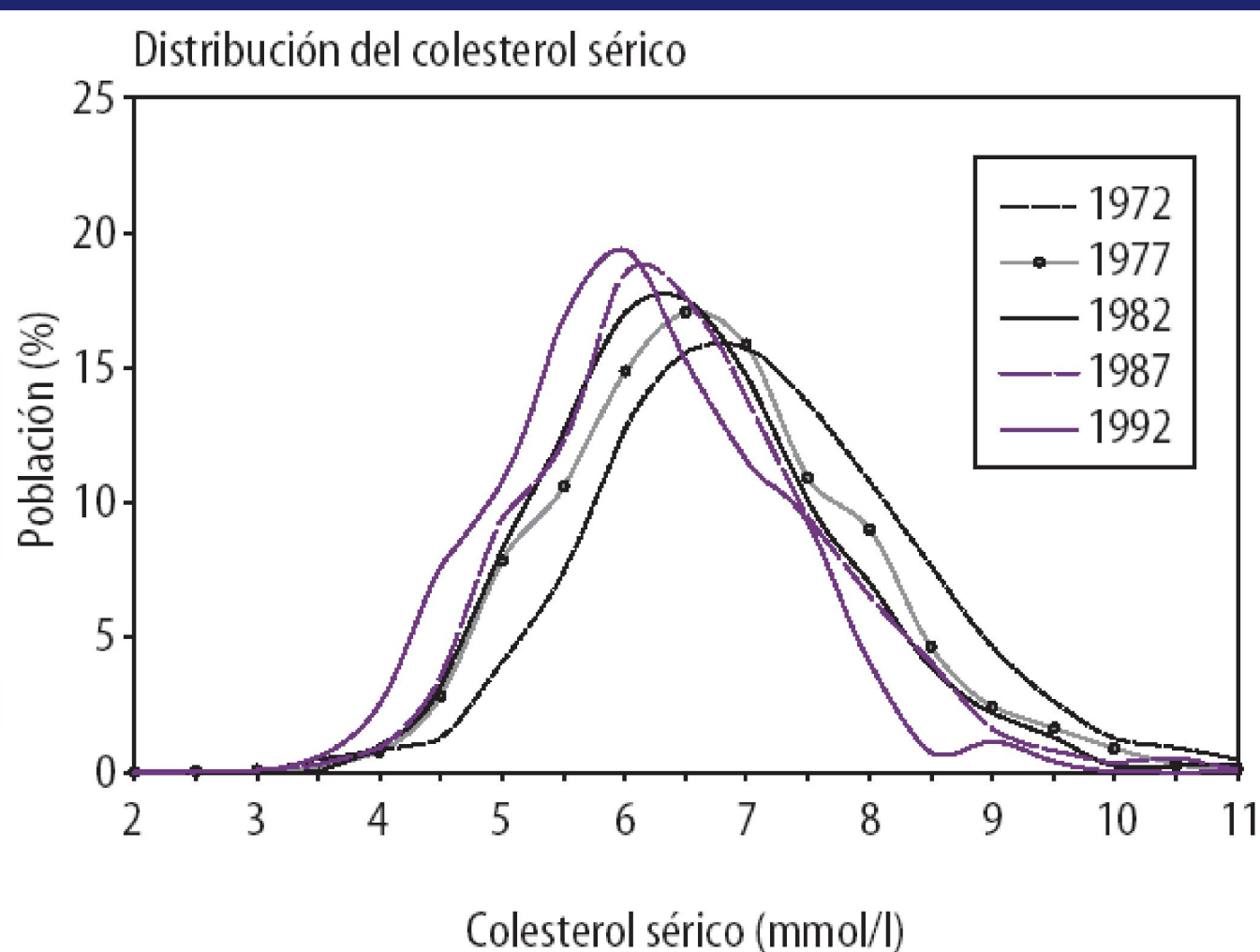
BMI distribution curves from the Intersalt Study populations

Probability density



Source: Rose, G. (1991) .

Distribuciones del colesterol y tasas de cardiopatía coronaria, varones de 30 a 59 años, Karelia del Norte, Finlandia, 1972-1992



Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública, Helsinki, Finlandia.

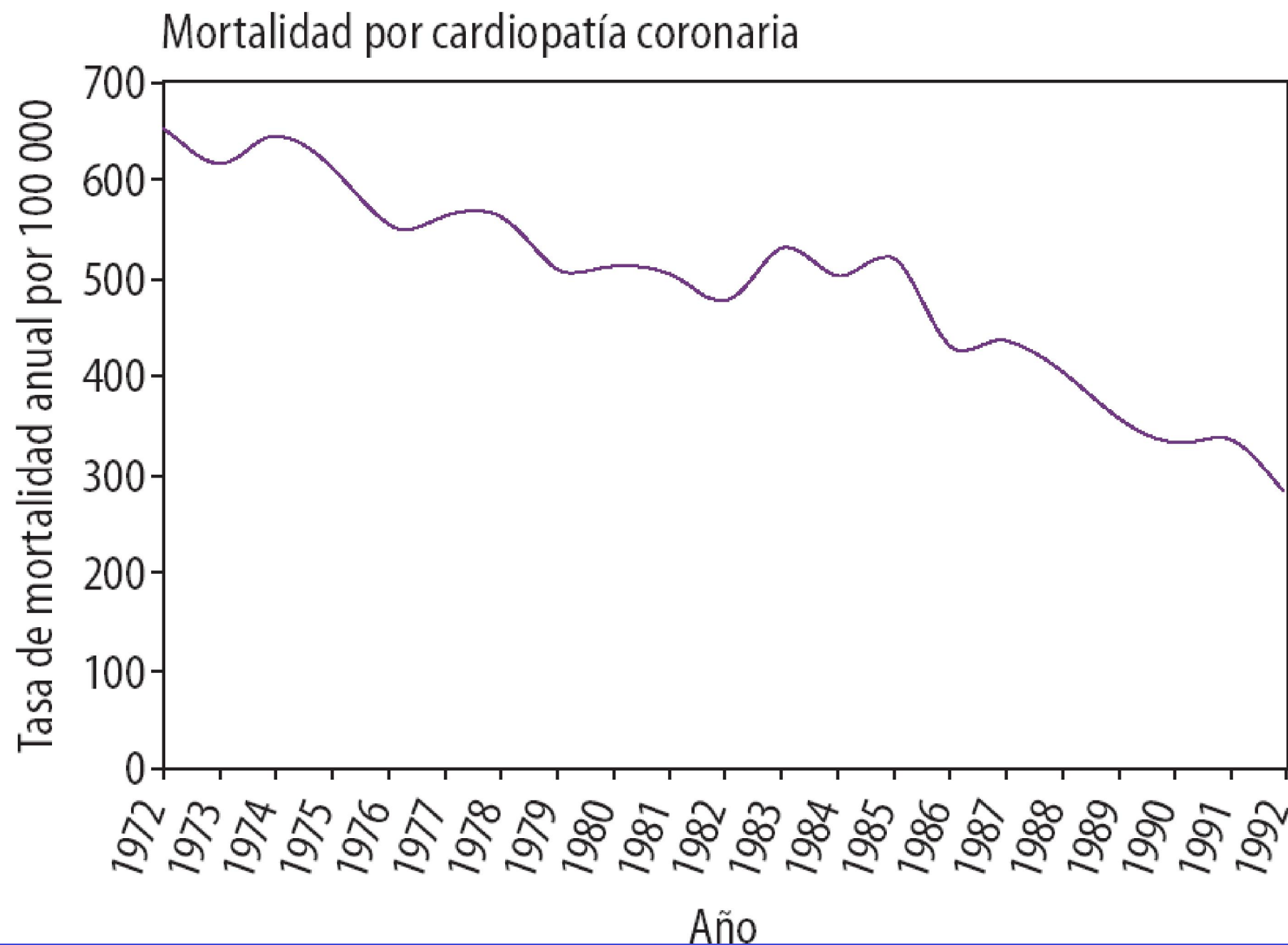
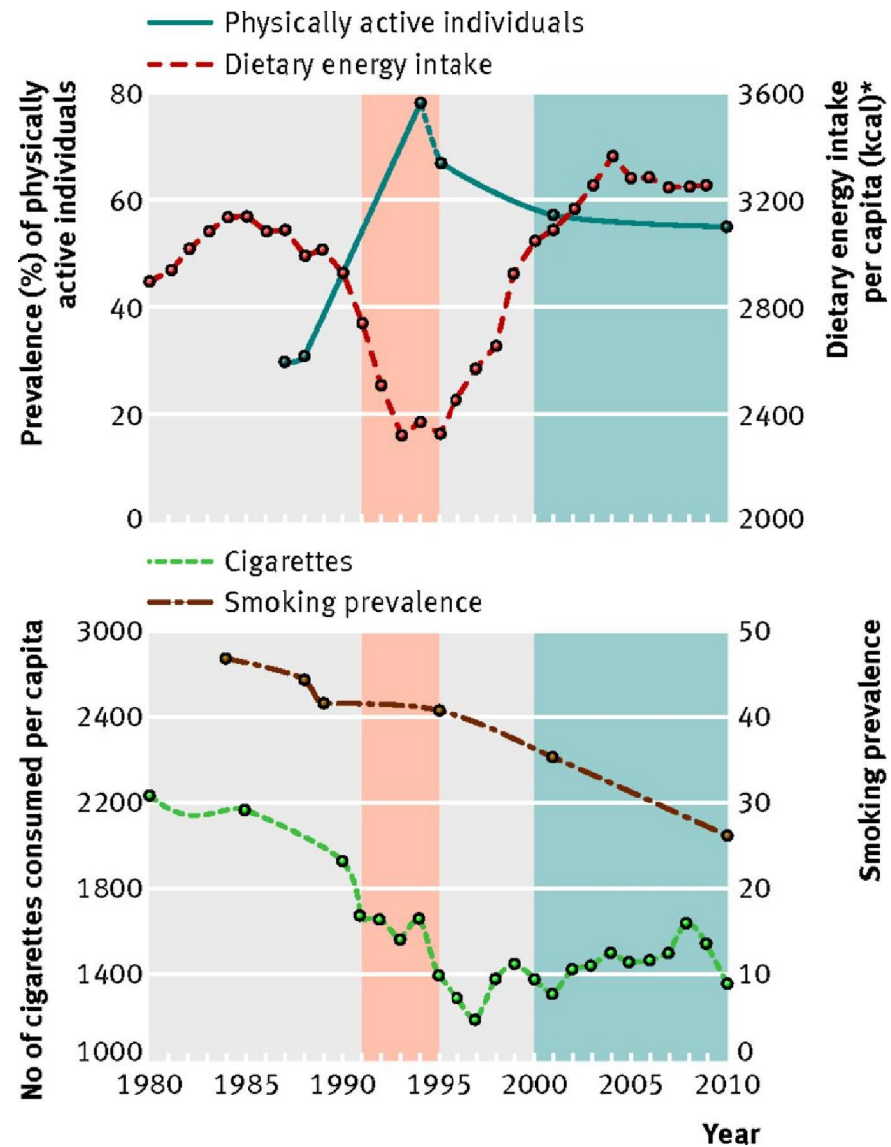
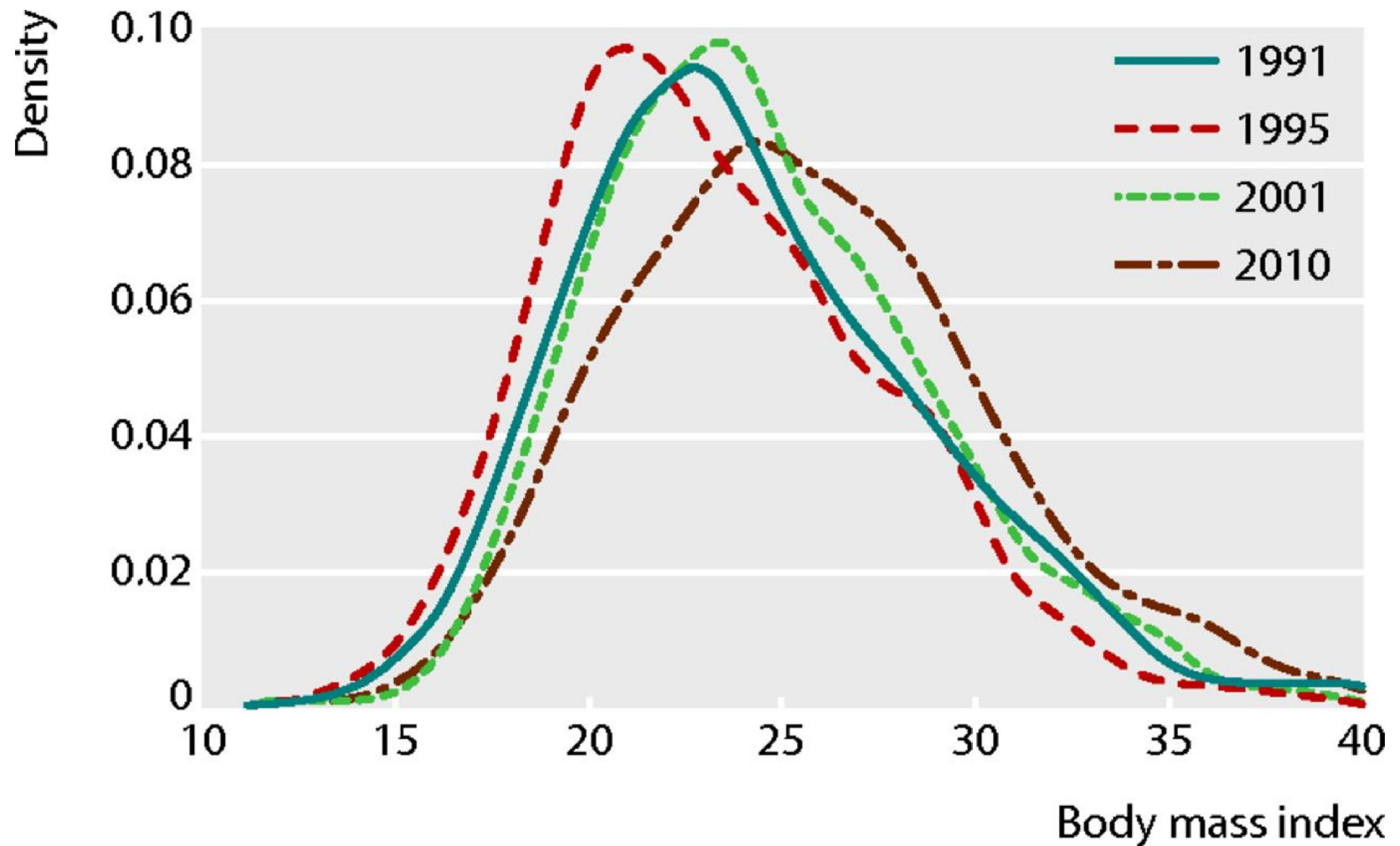


Fig 1 Physical activity, dietary energy intake, and smoking in Cuba, 1980-2010.



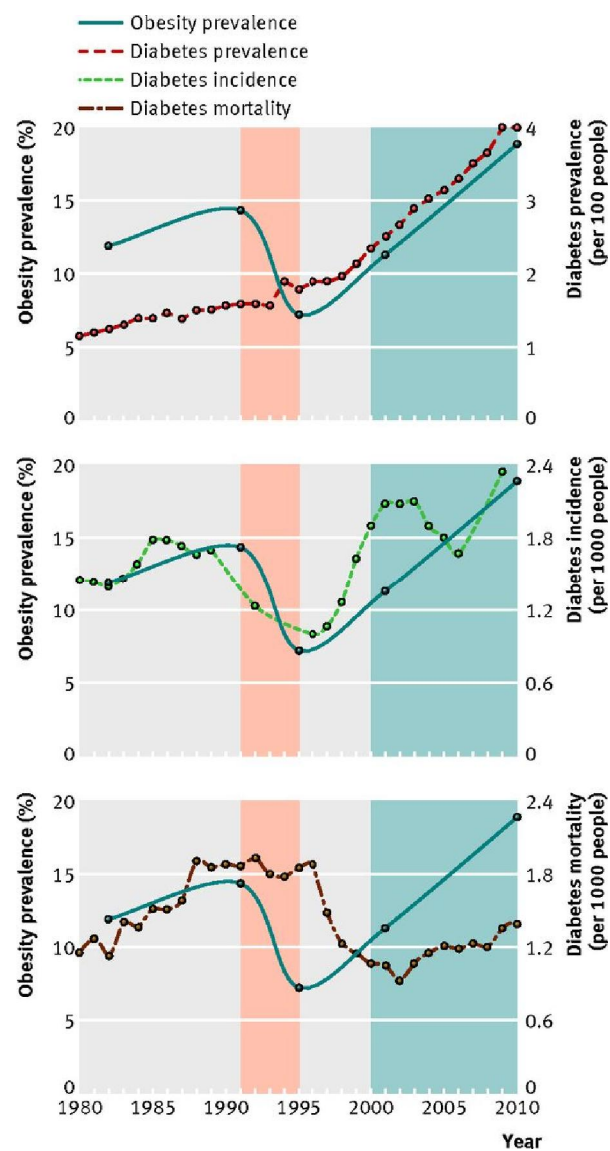
Franco M et al. BMJ 2013;346:bmj.f1515

Fig 2 Distributions of body mass index as recorded by national surveys conducted in Cienfuegos in 1991, 1995, 2001, and 2010.



Franco M et al. BMJ 2013;346:bmj.f1515

Fig 3 Prevalence of obesity and diabetes, incidence, and mortality in Cuba, 1980-2010.



Franco M et al. BMJ 2013;346:bmj.f1515

EDITORIAL

¿CAMBIA LA FISCALIDAD LOS ESTILOS DE VIDA? IMPUESTOS PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD

Guillem López Casasnovas
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

BMJ



BMJ 2013;347:f5947 doi: 10.1136/bmj.f5947 (Published 31 October 2013)

Page 1 of 2

EDITORIALS

A substantial tax on sugar sweetened drinks could help reduce obesity

Governments should act now, and real world evidence will follow

Jason P Block *assistant professor*

The tobacco ban in Spain: how it happened, a vision from inside the government

Ildefonso Hernández-Aguado

position to be labelled as a prohibitionist country (an argument which mirrored the first sponsoring objective of the tobacco industry). Some sectors of the ruling Socialist Party were also reluctant to support the law for the reasons given and for electoral concerns. At our recent meeting, the President told me he did not come under pressure from the lobby. He



J Epidemiol Community Health 2013;67:542-543 Published
Online First: 15 January 2013 doi:10.1136/jech-2012-

Independence and regulatory bodies

Regulatory capture occurs when a state or international regulatory agency, created to act in the public interest, instead advances the commercial or special interests that dominate the industry or sector it is charged with regulating.

