

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
PRÓXIMAS REUNIONES	3
JORNADAS AES	3
– Memoria de las XXIV Jornadas de Economía de la Salud, San Lorenzo de El Escorial, 2004.	
– XXIV Jornadas de Economía de la Salud. Visiones particulares de algunas saludables actividades sociales.	
TEMAS	7
– Una aproximación, más o menos personal, a la aportación de Elliott S. Fisher	
– Perfiles de necesidad y utilización de servicios de atención a los mayores.	
TESIS	11
– Health care providers' behavior in developing countries.	
– Salud para la población. Análisis sociológico de la estructura del sector sanitario y evaluación de su calidad.	
LIBROS	13
CON ACUSE DE RECIBO	14
– La "evidencia empírica", la "os ratio", Allan Greenspan y El Escorial.	
NOTICIAS	16

editorial

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

REVISITANDO EL "PRIMUM NON NOCERE"

Enrique Bernal Delgado

*Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios*



En el artículo "Evitando las consecuencias no deseadas del crecimiento de los cuidados médicos: ¿Cómo más puede ser peor?"¹ se argumenta sobre la relación entre la cantidad de los cuidados médicos y los beneficios sobre la salud. Esta relación seguiría una curva de utilidad cuyo extremo no representa beneficios decrecientes sino daño. Los diversos sistemas (macrosistemas o microsistemas) se moverían a lo largo de esta curva y podrían ser clasificados en el continuo como "infrautilizadores/sobreutilizadores" y "beneficiosos/dañinos".

Numerosas pruebas empíricas ejemplifican este modelo; utilízalos. La primera hace referencia a la parte de beneficios crecientes de la curva. La tasa de mortalidad en los procedimientos quirúrgicos mayores decrece en función del volumen de intervenciones realizadas. Según un reciente estudio,² las diferencias de riesgo entre hospitales de "alto volumen" y "bajo volumen" (es decir el porcentaje de muertes atribuibles al efecto del volumen) fueron mayores del 5% en esofagectomía y neumectomía. Para la gastrectomía, cistectomía, reparación de aneurisma abdominal y de válvula mitral o aórtica, los riesgos se situaron entre el 2% y el 5%. El segundo ejemplo ilustra el extremo de la curva de utilización. La introducción en el mercado de los inhibidores Cox2 supuso el incremento de su uso en un 41% y coincidió con un incremento del 10% en las tasas de hospitalización por sangrado gastrointestinal.³

Sin duda la lectura del artículo de Elliott Fisher, con quien tuvimos la oportunidad de compartir mesas y barras en las pasadas jornadas de El Escorial, ayuda a comprender la iatrogenia asociada a los cuidados médicos y a los servicios sanitarios.⁴ Y al mismo tiempo señala algunas de las vías de abordaje, entre ellas, gestionar la información para trasladar los sistemas a su punto óptimo de utilización y beneficio.

Del artículo se desprende que la información es más necesaria –y crítica– en aquellos escenarios asistenciales en los cuales la oferta tendría poco efecto en los resultados de los servicios. En estos casos la "incertidumbre" clínica (o política) determinaría, fundamentalmente, la variabilidad de utilización entre un sistema sanitario y otro y su impacto relativo sobre la salud. Es aquí donde resulta indispensable disponer de información equilibrada sobre beneficios y daños para la toma de decisiones. En este editorial querría destacar algunos aspectos críticos de la generación y difusión de conocimiento que dificultan la actuación sobre la iatrogenia.

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, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:
Enrique Bernal, Rosa Urbanos, Ricard Meneu, Salvador Peiró, Pilar García, Pere Ibern, David Casado, Ariadna García, Eduard Olivares y José A. Tapia.

1. El primer aspecto que querría destacar afecta a la manera en la que el daño se difunde. Por un lado, la investigación clínica está orientada a buscar beneficios (más que riesgos) y por otro lado, en la literatura publicada, es más probable encontrar evidencias sobre beneficios que sobre riesgos.^{5,6} Gran parte de este efecto es consecuencia del peso de la industria en la producción científica biomédica y de la mayor probabilidad de que los resultados de estudios financiados por la industria sean estadísticamente significativos.^{7,8,9,10}

2. El segundo elemento a considerar es el efecto del sesgo de publicación. Este fenómeno es un sesgo diferencial que afecta a la publicación de los efectos adversos, debido a que es común el escaso poder estadístico para estudiar el “daño” y, en consecuencia, la falta de capacidad para encontrar efectos adversos estadísticamente significativos.^{4,11} Stern publicó hace unos años los resultados del seguimiento de una cohorte de estudios enviados a un comité ético de un hospital durante 10 años y analizó la probabilidad de publicación de un estudio en función de sus características.¹¹ El estudio encontró que la probabilidad de publicar un estudio con resultados positivos (beneficio) era 2,32 veces mayor que si ofrecía resultados negativos (daño) (IC95%: 1,47; 3,66) En los ensayos clínicos, esta probabilidad era 3,13 veces mayor (IC95%: 1,76; 5,58).

3. En tercer lugar, y consecuencia de las precedentes, la no publicación de efectos adversos es un obstáculo para el cambio de práctica. A la inversa, la publicación de los riesgos de la sustitución hormonal tras la menopausia, por ejemplo, disminuyó los niveles de exposición en un 66%.¹² Del mismo modo, la publicación de los resultados negativos del estudio ALLHAT (en lo concerniente al uso de α -bloqueantes en hipertensión) hizo decrecer los niveles de uso de Doxazosin al menos en un 26%.¹³

4. Una cuarta reflexión. La falta de publicación de la incertidumbre es en sí mismo un problema para tomar decisiones. Publicar la “incertidumbre científica” beneficiaría tanto a pacientes como a la eficiencia del sistema: sabríamos qué investigar y en qué tipo de personas, sabríamos a qué personas no beneficiaría más dar éste o aquel tratamiento, reduciríamos el uso de lo no efectivo.¹⁴ Pues bien, la investigación que no es capaz de refutar la hipótesis nula, la investigación cuyo resultado es la incertidumbre, no encuentra espacio en la prensa escrita tardando entre 5 y 8 años más que la investigación con resultados estadísticamente significativos en ser publicada.¹¹

5. En quinto lugar, creo que nuestras agendas están demasiado llenas de publicación científica y demasiado poco orientadas a la divulgación. Los investigadores de ALLHAT decidieron hacer “marketing” de su producto y desarrollaron una inteligente campaña de difusión de resultados: cientos de investigadores, utilizando técnicas de venta nada sofisticadas, actuaron como “vendedores”, en el lugar donde los médicos toman sus decisiones.¹⁵ Este ejemplo contrasta con la “difusión al uso” de las recomendaciones en contra del cribado de cáncer de cérvix en mujeres sin útero: desde 1996, fecha de publicación de las recomendaciones, alrededor de 10 millones de mujeres han sido sometidas a cribado innecesariamente.¹⁶

Esta idea ha encontrado un espacio relevante en el informe de la *Health Foundation and Nuffield Trust*, sobre el

desarrollo de nuevas estrategias para incrementar la influencia de la investigación en servicios sanitarios.¹⁷ El informe destaca la necesidad de: a) establecer una aproximación más centrada en la idea de investigación “comisionada” por el cliente; una aproximación que exige un claro conocimiento de quién paga por el trabajo y qué objetivos deben alcanzarse; b) capacitar a usuarios, financiadores e investigadores para que valoren, entre diferentes aproximaciones, qué investigación de calidad va a cubrir las necesidades de información a tiempo; c) incrementar las oportunidades de colaboración con otros sectores en la difusión de los resultados y d) desarrollar nuevos roles en la implementación de las conclusiones de la investigación, como parte del servicio a prestar por los investigadores.

Queda repartida la faena, pues, para una mejor gestión de la iatrogenia a través de la información equilibrada sobre los riesgos de cada alternativa. Las políticas editoriales deberían ser generosas en la publicación del daño y la incertidumbre. Los financiadores públicos deberían dar pasos precisos para desplazar la agenda desde los intereses comerciales hacia la investigación alineada con las necesidades de conocimiento. Y los investigadores deberíamos “acercar” la información (equilibrada) a quiénes la precisan y en el tiempo en el que la precisan.

¹ Fisher ES, Welch HG Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-453

² Birkemeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. NEJM 2002; 346: 1128-37

³ Mamdani M, Juurlink DN, Kopp A, Naglie G, Austin PC, Laupacis A. Gastrointestinal bleeding after the introduction of Cox 2 inhibitors: ecological study. BMJ 2004; 328:1415-6

⁴ Entiendo por iatrogenia los resultados adversos que pueden ser predecibles, debidos a la actuación de cualquier sistema sanitario “micro o macro”. En tanto que predecibles serían efectos evitables.

⁵ Ioannidis JPA, Contopoulos-Ioannidis DG. Reporting of safety data from randomised trials. Lancet 1998; 352: 1752-3

⁶ Chan AW, Hróbjartsson A, Haahr MT, Gotzsche PC, Altman DG. Empirical evidence for selective reporting of outcomes in randomized trials. JAMA 2004; 291: 2457-2465

⁷ Rochon PA, Gwrwitz JH, Fortin PR, Felson DT, Minaker KL, Chalmers TC. A study of manufacturer-supported trials of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of arthritis. Arch Intern Med 1994; 154: 157-63.

⁸ Bekelman JE, Li Y, Gross CP Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. JAMA 2003; 289: 454-65

⁹ Friedman LS, Ritcher ED Relationship between conflicts of interest and research results J Gen Intern Med 2004; 19: 51-6

¹⁰ Stelfox HT, Grace Ch, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. NEJM 1998; 338: 101-6

¹¹ Stern JM, Simes RJ. Publication bias: evidence of delayed publication in a cohort study of clinical research projects. BMJ 1997; 315: 640-5

¹² Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy. JAMA 2004; 291: 47-53

¹³ Stafford RS, Furberg CD, Finkelstein SN, Cockburn IM, Alehegn T, Ma, J. Impact of clinical trial results on national trends in a-blocker prescribing, 1996-2002. JAMA 2004; 291: 54-62

¹⁴ Alderson P, Roberts I Should journals publish systematic reviews that find no evidence to guide practice? Examples from injury research. BMJ 2000; 320: 376-7.

¹⁵ McCarthy M Researchers try marketing techniques to sell their results Lancet 2003; 362:1204-5

¹⁶ Sirovich BE, Welch HG Cervical cancer screening among women without a cervix JAMA 2004; 291:2990-93

¹⁷ Dash P, Gowman N, Traynor M Increasing the impact of health services research BMJ 2003; 327: 1339-1341

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>

5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIORITIES IN HEALTH CARE

Lugar: Wellington (Nueva Zelanda). Fechas: 3 a 5 noviembre 2004.
Información: <http://www.healthcarepriorities.org/>

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>

I CONGRESO DE ECONOMIA DA SAÚDE DE AMÉRICA LATINA E CARIBE

(Associação Brasileira de Economia da Saúde - Asociación de Economía de la Salud de Argentina)

Lugar: Rio de Janeiro. Fechas: 30 noviembre a 3 diciembre 2004.
Información: www.abres.cict.fiocruz.br/congresso/

ADVANCED HEALTH LEADERSHIP FORUM

(UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY – UNIVERSITAT POMPEU FABRA, BARCELONA)

Lugar: Berkeley (parte II). Fechas: 7 a 15 de enero 2005.
Información: www.ahlf.upf.es

II SALÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD

Lugar: Santiago de Compostela. Fechas: 13 al 15 de Abril 2005.
Información: <http://www.saludsis.com>

5th WORLD CONGRESS iHEA (International Health Economics Association)¹

Lugar: Barcelona. Fechas: 10 a 13 julio 2005
Información: <http://healtheconomics.org>

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD¹

Lugar: Barcelona. Fechas: 13 a 15 julio 2005
Información: <http://www.aes.es>

¹ Dado que las XXV Jornadas de Economía de la Salud se celebrarán en Barcelona a continuación del Congreso Mundial de iHEA, el Comité Organizador de las jornadas está negociando con iHEA la posibilidad de descuentos para los de socios de AES que asistan a ambos congresos. En su reunión de 28 de mayo de 2004, la Junta Directiva acordó que, con motivo de la celebración del 25º aniversario de la creación de la Asociación de Economía de la Salud, el Comité Científico estuviese compuesto por todas aquellas personas que hubiesen desempeñado el cargo de Presidente de AES hasta el momento. Asimismo, la Junta designó como Presidente del Comité Científico a Lluís Bohigas, primer Presidente de la Asociación y a Anna García-Altés como Presidenta del Comité Organizador de las XXV Jornadas, en colaboración con Josep Fusté.

Memoria de las XXIV Jornadas de Economía de la Salud, San Lorenzo de El Escorial, 2004

Rosa Urbanos

Presidenta del Comité Organizador

Los días 26, 27 y 28 de mayo de 2004 se celebraron en el edificio Euroforum Infantes, situado en San Lorenzo de El Escorial (Madrid), las XXIV Jornadas de Economía de la Salud bajo el lema "Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud". La sede de Euroforum, lugar de celebración clásico de los cursos de verano de la Universidad Complutense, acogió a algo más de 250 participantes en las Jornadas. La vigésimocuarta edición de nuestro encuentro anual comenzó con el ya tradicional taller de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud, patrocinado por la Fundación BBVA, organizado

como actividad precongresual. La primera parte del taller contó con la presencia como conferenciante invitado de **Elliott Fisher**, de la Dartmouth Medical School, y de **Enrique Bernal** (a cargo de la réplica). En la segunda parte **Salvador Peiró** dirigió una sesión compuesta por un grupo de 15 expertos que dio lugar a un documento sobre prioridades de investigación presentado durante el desarrollo de las Jornadas. El programa científico se compuso de 4 conferencias (a cargo de **Fernando Rodríguez-Artalejo**, **Elliott Fisher**, **María Moavro** y **Francesca Colombo**), 16 mesas de comunicaciones y 12 mesas de ponencias (incluyendo

la mesa sobre Medicamentos y Desarrollo organizada por la Fundación ADSIS y la referida a las experiencias iberoamericanas –que en ediciones anteriores se celebraron bajo la denominación de “taller”–, así como el II Encuentro de Jóvenes Investigadores en Economía de la Salud). Además, desde el comienzo de las Jornadas estuvieron expuestos más de 40 posters, que contaron con un espacio con moderador para su presentación, continuando así la tradición iniciada en Pamplona en las Jornadas de 2002. En esta ocasión los premios a los mejores trabajos recayeron sobre **Ariadna García Prado**, de la Universidad Pública de Navarra, por la comunicación oral titulada *Physicians' opportunistic behaviour: An incentive approach*, y sobre **María Zaforteza, María Vega y Eusebi Castaño**, que presentaron el poster *Uso racional de medicamentos: visualizando espacios de mejora*.

El hecho de que las Jornadas se celebraran en la provincia de Madrid se dejó notar en la proporción de asistentes procedentes de la propia Comunidad Autónoma, que representó aproximadamente el 24% del total. Por detrás de la delegación madrileña la delegación más numerosa fue la catalana (21,27%), seguida de la andaluza y la canaria. Este año se registró además un incremento en el número de asistentes de otros países en comparación con ediciones anteriores. Aproximadamente el 56% de los que acudieron a El Escorial están registrados como socios de AES. En cuanto a la procedencia por lugar de trabajo de los inscritos, el 39% procedía de Universidades y otros centros de investigación, el 23,4% de hospitales y centros de salud, el 23% de Ministerios y Departamentos de Salud de las CC.AA., el 11% de laboratorios farmacéuticos y el 3,6% restante de consultoras relacionadas con el ámbito sanitario.

Procedencia asistentes	Nº	%
Madrid	64	23,88
Cataluña	57	21,27
Andalucía	25	9,33
Canarias	18	6,72
País Vasco	15	5,60
Asturias	12	4,48
Castilla-La Mancha	11	4,10
C. Valenciana	9	3,36
Navarra	7	2,61
Baleares	6	2,24
Argentina	6	2,24
Aragón	5	1,87
La Rioja	5	1,87
UK	5	1,87
USA	4	1,49
Castilla-León	3	1,12
Portugal	3	1,12
Cantabria	2	0,75
Murcia	2	0,75
Costa Rica	2	0,75
Venezuela	2	0,75
Galicia	1	0,37
Brasil	1	0,37
Francia	1	0,37
Bélgica	1	0,37
Suiza	1	0,37
TOTAL	268	100,00

Fieles al espíritu del lugar de celebración (muy próximo al Monasterio de San Lorenzo de El Escorial, que muchos de los asistentes tuvieron oportunidad de visitar en alguna de las dos visitas guiadas organizadas), las Jornadas transcurrieron en un ambiente propicio para la meditación y la reflexión –quizás también para la oración– gracias a que todas las actividades, científicas o no, tuvieron lugar en el mismo edificio –salvo la cena de clausura, que se celebró a escasos metros de Euroforum

Infantes–. La ausencia de televisión en las habitaciones colaboró en cierta medida a que buena parte de los asistentes se concentrara en la revisión de los trabajos que se presentaron a lo largo de las Jornadas. No obstante, el “secuestro” intencionado de los asistentes contribuyó a evitar la más que probable dispersión que se habría producido de haberse celebrado el congreso en algún otro lugar del caótico Madrid. Confiemos en que la barra libre que se ofreció a los asistentes noche tras noche ayudase a compensar –o, al menos, a confundir– la sensación de claustrofobia que nos transmitió una parte de los sufridos congresistas. Al menos todos pudimos mantener el contacto con el mundo exterior gracias a los ordenadores desde los que conectarse a internet y consultar el correo electrónico que Euroforum puso a nuestra disposición.

En esta edición las Jornadas contaron con la presencia, tanto en la inauguración como en la clausura, de importantes representantes del gobierno central y regional, respectivamente. **Alfonso Jiménez Palacios**, Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y Consumo, fue el encargado de inaugurar las XXIV Jornadas AES. Por su parte, **María Inés López-Ibor**, Viceconsejera de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, asistió a clausurar el encuentro. La presencia de ambos es señal de la importancia que los decisores sanitarios conceden a los trabajos producidos por los economistas de la salud, y esperamos que esta señal se traduzca en una mayor implicación de las instituciones con las sociedades científicas en el futuro próximo.



Desde el Comité Organizador queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los patrocinadores de las Jornadas (Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Pedro Laín Entralgo, Fundación Gaspar Casal, Fundación BBVA, Química Farmacéutica Bayer, MSD, Esteve, Pfizer, GSK, Lilly, Novartis, Fundación SIS y SESAM) que con tan buena disposición y exquisito trato han colaborado en su organización. Y en el ámbito de los agradecimientos a personas concretas, cabe destacar a **Carmen Estévez** (Agencia Laín Entralgo) y a **Rosario Rodríguez y Laura Casales** (Observatorio del SNS), quienes dedicaron muchas horas de trabajo a hacer posible que las Jornadas se desarrollaran con éxito.

Por último, sólo queda pedir las disculpas de rigor por las incidencias que pudieran producirse durante el congreso a todas aquellas personas que las padecieran. Esperemos que estas XXIV Jornadas hayan contribuido, un año más, a acercar a todos los interesados en los temas de Economía de la Salud a los avances científicos en este ámbito y a reforzar el impacto que nuestros trabajos tienen sobre el mundo sanitario. Las últimas palabras de esta breve crónica han de ser, necesariamente, para desear suerte y éxito al Comité Organizador de las XXV Jornadas. Lo primero apenas lo necesitan. Lo segundo está, sin duda, asegurado.

XXIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD. VISIONES PARTICULARES DE ALGUNAS SALUDABLES ACTIVIDADES SOCIALES

Ricard Meneu

Presidente del Comité Científico

La literatura especializada (Economía y Salud 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, entre otros) tiene sobradamente descrito el irracional comportamiento de la mayoría de presidencias de comités científicos de AES por el que al aceptar el encargo omiten en el cómputo de costes la necesidad de rendir cuentas de las Jornadas cuando ya creen que su trabajo ha acabado. Ahora que el destino me alcanza, reparo en que no soy tan distinto como imagino. Tal sensación se acrecienta al intentar aplicar las habilidades de “corta-pega” para hacer un refrito de informes de otras ediciones. Descubro que **Voro Peiró** ya lo intentó el año pasado y que coincido con él en apreciar que el resultado se aguanta pero no resulta satisfactorio.



Como el texto contiguo de la presidenta del Comité Organizador ya da cumplida cuenta del programa científico de las Jornadas, aprovecho la revisión sistemática que he hecho de los informes de los Comités Científicos para proponer unas reflexiones sobre éstos. Todos los artículos identificados –hasta la publicación de éste– cumplían sobradamente los criterios de calidad exigibles para su inclusión. En cuanto a su contenido, las crónicas de los Comités Científicos se acogen a tres grandes tradiciones literarias: a) Los textos pulcros, rigurosos e informativos que desarrollan en mayor o menor medida el programa de conferencias y ponencias invitadas; b) los escritos más o menos de estirpe dogmatizante o canónica –en sentido eclesiástico– que proporcionan la adecuada interpretación de lo allí visto pero quizá no debidamente percibido; y c) un par de meritorios ejemplos de realismo mágico o literatura fantástica.

Hay Comités Científicos que parecen tener una idea preestablecida de cómo deben desarrollarse las jornadas, trazan sus líneas maestras y despiezan sus elementos, encomendando cada uno de ellos a quien a su juicio mejor lo encarna. En lugar de publicar el libro que ya tienen “*in mente*”, permiten su representación espectacular bajo la forma de lo que se llama “un evento” desde que se ha privado a este vocablo de su componente de “*imprevisto o de realización incierta o contingente*”. De hecho los eventos son ahora cualquier cosa menos imprevistos. Otros comités parecen no estar tan bien dotados de presciencia, no compartir visiones comunes o carecer del liderazgo necesario para imponer alguna de ellas. En ese caso su mejor opción pasa por proponer un marco general para la reflexión, lo suficientemente amplio para acoger múltiples perspectivas y esfuerzos, pero no tan inconcreto que haga de las jornadas un “*bric-à-brac*”, una historia llena de ruido y pasión fiera pero sin ningún significado (Shakespeare W. Macbeth, Acto V, escena 5). A partir de ese marco, concretado en un lema y desarrollado en un breve y siempre retrasado folleto, deben llevar a cabo un eficaz y discreto activismo para conseguir la atención y participación de profesionales que trabajan en distintos aspectos de la disciplina. Atraer a gentes de diferentes perfiles, ocupaciones e intereses, distrayéndoles de sus obligaciones, seduciéndolos –“*se-ducere*”: llevar aparte– este año hacia El Escorial, es uno de los mayores méritos de las jornadas. Especialmente si se considera que la Economía de la Salud no es un saber curricularmente reconocible ni facilita una identificación profesional.



Llegando ya –qué remedio– a las XXIV jornadas, aun no me considero capaz de una evaluación mínimamente objetiva de sus logros. Me limitaré pues a dar algunas pinceladas *donabedianas* sobre la estructura, proceso y resultados de las actividades del Comité desde la perspectiva conocida en los estudios cualitativos como “observación participativa”, llamada “testimonio” en los medios de comunicación, “cotilleo” en la calle y “membrillo” en el hampa y las prisiones. Este año las tareas colectivas del Comité Científico se concretaron en sendas reuniones acogidas en los locales del MSC, al que hay que agradecer que prestara sus instalaciones sin convocar a la prensa, tal y como tiene por costumbre cada vez que dice que hace algo o que algo debe ser hecho. Ambos triunfos son debidos al fugaz y benéfico paso de **Rosa Urbanos** por el valioso solar del Paseo del Prado. Entre las mejores decisiones del Comité, en el que participaban **Paloma Alonso, José Manuel González Páramo, Félix Lobo, José Ramón Repullo, y Fernando Rodríguez Artalejo**, hay que destacar el acierto de confiar a gente ajena al mismo la configuración de un buen número de mesas. Más allá del trabajo de los miembros del “Científico”, gran parte del éxito de estas jornadas se debe a los esfuerzos de **Enrique Bernal, Juan Cabasés, Jaime Pinilla, David Casado, Pere Ibern, Xavier Serna, Indalecio Corugedo** y los espléndidos ponentes y comunicantes que consiguieron atraer.

Cualquier “scoop” sobre las jornadas tiene que resaltar las conferencias inaugural y de clausura, de **Fernando Rodríguez Artalejo** y **Francesca Colombo**, así como la de **Elliott Fisher** y su elaborada participación en el Taller de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud patrocinado por la Fundación BBVA. Por parte de la prensa destacada en las Jornadas se ha prestado especial cobertura a intervenciones como las de **Enrique Castellón, Javier Hernández, Eusebi Castaño, Francesc Moranta** o **Pere Ibern**. Sin embargo, debo aprovechar estas líneas para confesar mi principal satisfacción, que no procede únicamente de la calidad de las ponencias invitadas o de la cobertura periodística obtenida, sino de la percepción expresada por muchos participantes sobre el magnífico nivel de los trabajos presentados. El peaje más ingrato de la trastienda de unas Jornadas es el consiguiente incremento de pérdida de grados de libertad para estar donde uno quisiera en cada momento. Pese a ello, la necesidad de evaluar e incluso premiar algunas de las presentaciones exige una búsqueda activa de información que supla estas lagunas. Mis extensas pesquisas en pos de las aportaciones más relevantes de las jornadas se toparon con que una mayoría de los numerosos asistentes a los que pregunté

no establecían ningún tipo de diferencias entre ponencias y comunicaciones, destacando de modo indistinto algunas de las ya citadas junto a –entre otras muchas que lamento omitir– las de **Ariadna García Prado, Manuel García Goñi, Marcos Vera-Hernández, Mónica Ausejo, Ignacio Abasolo, Céu Mateus, Rafael Pinilla, Javier Mar, Carlos Mediano, Juan Oliva** u **Oriol de Solà Morales**. Habrá quien quiera interpretar esto como una descalificación del buen juicio del Comité Científico y está en su perfecto derecho a hacerlo. Agradeceré que por su parte me permita considerarlo el mayor timbre de su éxito.

Finalmente mi notoria (Gac Sanit 2004, 18: 72-3) familiaridad con el consumo etílico me permite informar, sin miedo a sesgos atribuibles a la barra libre, sobre las actividades públicas de las noches, componente esencial de estas reuniones. Hoy en día es perfectamente factible –y quizá menos oneroso– organizar unas Jornadas de Economía de la Salud virtuales, poniendo a disposición del público interesado los textos, proyecciones y exposiciones de los comunicantes sin necesidad de que autores y receptores coincidan en el espacio-tiempo. Pero en ese caso se perdería el importante valor añadido de la interacción, la complicidad o el comentario iluminador. Aportaciones éstas que encuentran uno de sus mejores caldos de cultivo en locales oscuros y ruidosos, preferiblemente en horas robadas al sueño. En este sentido la elección de una sede tan desafortunadamente monacal como San Lorenzo de El Escorial se ha revelado como un enorme acierto. Con la experiencia de haber presidido unas cuantas mesas, puedo asegurar que resulta mucho más satisfactorio moderar o animar la barra que las prolonga o la pista de baile que las clausura.



Una aproximación, más o menos personal, a la aportación de Elliott S. Fisher

Salvador Peiró y Enrique Bernal-Delgado

Grupo de variaciones en la práctica médica de la Red IRYSS.

Elliott S. Fisher fue uno de los conferenciantes invitados en las últimas Jornadas AES (El Escorial, mayo de 2004). Su participación en el Taller BBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud y su conferencia titulada "La sostenibilidad de las políticas públicas en un entorno de decisiones privadas. El caso de Medicare" tuvieron un gran impacto sobre los asistentes y despertaron el interés por sus trabajos y líneas de investigación, aspectos que intentaremos resumir en estas notas.

Elliott Fisher es *Professor de Medicine and Community and Family Medicine* en la *Dartmouth Medical School*. Realizó la especialidad de Medicina Interna en el *Department of Veterans Affairs Medical Center* (White River Junction, Vermont), el Master de Salud Pública en la Universidad de Washington (1985) y el doctorado en la Harvard Medical School (1981). Ha participado en diversos Comités Nacionales de Estados Unidos y es miembro del *National Advisory Council* de la *Agency for Healthcare Research and Quality*. También es uno de los investigadores del Atlas de Dartmouth, un proyecto que cartografía la variabilidad en la utilización de servicios sanitarios en Estados Unidos. Fisher ha publicado numerosos trabajos en revistas científicas, incluyendo los prestigiosos *New England Journal of Medicine*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, *Annals of Internal Medicine*, *British Medical Journal (BMJ)*, *Medical Care*, *Health Affairs* o *Health Services Research*. Delimitar exactamente líneas de investigación no es fácil.

En todo caso, nuestra aproximación a los trabajos de Fisher parte de la evolución de nuestras propias preocupaciones como investigadores, que lo situarían en 4-5 líneas de investigación. La línea más antigua -cronológicamente se podría situar entre 1990 y 1995- se referiría a aspectos metodológicos del manejo de bases de datos administrativas (tipo Conjunto Mínimo de Datos Básicos). Incluye fundamentalmente trabajos sobre la calidad de los datos, posibilidades de identificar complicaciones (Fisher participó en el proyecto dirigido por Lisa Iezzoni de desarrollo del *Complication Screening Program*) y algunos aspectos más metodológicos. Una segunda línea, central en la obra de Fisher y que se desarrolla a lo largo de toda la década de los 90, correspondería a los estudios de utilización de servicios sanitarios (variaciones en la práctica médica, y variaciones en gasto), pero también su relación con los resultados clínicos (por ejemplo, en los trabajos con el *Patient Outcomes Research Team* de próstata). En esta



línea ha colaborado con Wennberg, Roos, Malenka, Welch o Newhouse. Una tercera línea, relacionada con la anterior pero muy específica, se refiere a la utilización de los estudios de variaciones para planificar recursos, incluyendo el número de médicos. Su línea más actual, que podría definirse como "más no siempre es mejor", integra las anteriores e intenta relacionar las variaciones en recursos y utilización con los resultados de salud para los pacientes. La sorpresa es que, al menos en muchas ocasiones, más recursos y mayor utilización de servicios no suponen mejoras de salud e incluso pueden suponer peores resultados. En la tabla 1 pueden verse los trabajos más significativos en cada una de estas áreas. Hay que señalar que existen trabajos en otros campos, en los que cabría destacar algunas aproximaciones a la mejora de calidad o al papel de los centros no lucrativos en el sistema sanitario estadounidense.

El Professor Fisher no sólo fue un conferenciante excepcional en las Jornadas AES, sino que sus líneas de investigación, especialmente el "más no es mejor", tienen un interés extraordinario para la política sanitaria. En Estados Unidos y en Europa, incluyendo el Sistema Nacional de Salud. Sería bueno verlo más veces por estas tierras. También estar atentos a lo que va publicando.

Tabla 1. Trabajos más significativos de Elliott S. Fisher, por "líneas" de investigación

<p>Más no siempre es mejor</p>	<p>Wennberg JE, Fisher ES, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Bronner KK. Use of hospitals, physician visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. BMJ 2004;328:607.</p> <p>Fisher ES. Medical care—is more always better? N Engl J Med 2003;349:1665-7</p> <p>Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS. Geography and the debate over Medicare reform. Health Aff (Millwood) 2002; Supp Web Exclusives:W96-114.</p> <p>Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med 2003;138:288-98.</p> <p>Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. Ann Intern Med 2003;138:273-87.</p> <p>Goodman DC, Fisher ES, Little GA, Stukel TA, Chang CH, Schoendorf KS. The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality. N Engl J Med 2002;346:1538-44.</p> <p>Fisher ES, Welch HG. Could more health care lead to worse health? Hosp Pract (Off Ed) 1999;34:15-6, 21-2, 25</p> <p>Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Skinner JS, Sharp SM, Freeman JL, Gittelsohn AM. Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. Health Serv Res 2000;34:1351-62.</p> <p>Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? JAMA 1999;281:446-53.</p>
<p>Planificación de recursos basada en los estudios de variaciones en la práctica médica</p>	<p>Goodman DC, Fisher ES, Little GA, Stukel TA, Chang CH. The uneven landscape of newborn intensive care services: variation in the neonatology workforce. Eff Clin Pract 2001;4:143-9.</p> <p>Goodman DC, Fisher ES, Little GA, Stukel TA, Chang CH. Are neonatal intensive care resources located according to need? Regional variation in neonatologists, beds, and low birth weight newborns. Pediatrics 2001;108:426-31.</p> <p>Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA, Mohr JE, Poage JF, Wennberg JE. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. JAMA 1996; 276:1811-7.</p> <p>Feil EC, Welch HG, Fisher ES. Why estimates of physician supply and requirements disagree. JAMA 1993; 269:2659-63.</p>
<p>Estudios de utilización de servicios sanitarios: variaciones en la práctica médica, gasto y resultados clínicos</p>	<p>Fisher ES, Wennberg JE, Stukel TA, Sharp SM. Hospital readmission rates for cohorts of Medicare beneficiaries in Boston and New Haven. N Engl J Med 1994;331:989-95.</p> <p>Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. N Engl J Med 1993;328:621-7.</p> <p>Roos LL, Fisher ES, Brazauskas R, Sharp SM, Shapiro E. Health and surgical outcomes in Canada and the United States. Health Aff (Millwood) 1992;11(2):56-72.</p> <p>Roos NP, Wennberg JE, Malenka DJ, Fisher ES, McPherson K, Andersen TF, Cohen MM, Ramsey E. Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 1989; 320:1120-4.</p> <p>Goodman DC, Fisher ES, Gittelsohn A, Chang CH, Fleming C. Why are children hospitalized? The role of non-clinical factors in pediatric hospitalizations. Pediatrics 1994; 93:896-902.</p> <p>Fisher ES, Baron JA, Malenka DJ, Barrett JA, Kniffin WD, Whaley FS, Bubolz TA. Hip fracture incidence and mortality in New England. Epidemiology 1991;2:116-22.</p> <p>Roos LL, Fisher ES, Sharp SM, Newhouse JP, Anderson G, Bubolz TA. Postsurgical mortality in Manitoba and New England. JAMA 1990;263:2453-8.</p>
<p>Limitaciones (y soluciones) de las bases de datos clínico-administrativas para evaluar la calidad de la atención.</p>	<p>Welch HG, Black WC, Fisher ES. Case-mix adjustment: making bad apples look good. JAMA 1995; 273:772-3.</p> <p>Malenka DJ, McLerran D, Roos N, Fisher ES, Wennberg JE. Using administrative data to describe casemix: a comparison with the medical record. J Clin Epidemiol 1994; 47:1027-32.</p> <p>Iezzoni LI, Daley J, Heeren T, Foley SM, Fisher ES, Duncan C, Hughes JS, Coffman GA. Identifying complications of care using administrative data. Med Care 1994; 32:700-15.</p> <p>Stukel TA, Glynn RJ, Fisher ES, Sharp SM, Lu-Yao G, Wennberg JE. Standardized rates of recurrent outcomes. Stat Med 1994;13:1781-91.</p> <p>Iezzoni LI, Foley SM, Heeren T, Daley J, Duncan CC, Fisher ES, Hughes J. A method for screening the quality of hospital care using administrative data: preliminary validation results. QRB Qual Rev Bull 1992;18:361-71.</p> <p>Iezzoni LI, Foley SM, Daley J, Hughes J, Fisher ES, Heeren T. Comorbidities, complications, and coding bias. Does the number of diagnosis codes matter in predicting in-hospital mortality? JAMA 1992; 267(16):2197-203.</p> <p>Fisher ES, Whaley FS, Krushat WM, Malenka DJ, Fleming C, Baron JA, Hsia DC. The accuracy of Medicare's hospital claims data: progress has been made, but problems remain. Am J Public Health 1992; 82:243-8.</p> <p>Fisher ES, Baron JA, Malenka DJ, Barrett J, Bubolz TA. Overcoming potential pitfalls in the use of Medicare data for epidemiologic research. Am J Public Health 1990; 80:1487-90.</p>

Perfiles de necesidad y utilización de servicios de atención a los mayores

Pilar García, Pere Ibern, David Casado
Universitat Pompeu Fabra

No es posible entender la utilización de servicios en la atención a la dependencia sin comprender los perfiles de necesidad. La medición de la necesidad es un aspecto clave en cualquier análisis sobre la dependencia y discapacidad en los mayores. Y además al tratarse de un fenómeno cambiante en el tiempo conviene disponer de series temporales de datos. En este artículo se resumen los aspectos más relevantes de una presentación realizada al respecto en las recientes Jornadas de Economía de la Salud en El Escorial.

En Catalunya, el Instituto Catalán de Servicios Sociales recibe anualmente miles de peticiones para acceder a los diferentes servicios sociales de atención para la gente mayor disponibles. Desde hace unos años, con el objetivo de adaptar la concesión de uno u otro servicio al grado de necesidad de cada una de estas personas, el Departamento de Bienestar y Familia (DBF) desarrolló la llamada "solicitud única" (Solicitud de programas y servicios sociales de atención a los mayores, en adelante SPS). Este instrumento, que actualmente lleva generados más de 70.000 registros, incorpora información de carácter individual sobre el grado de necesidad asistencial de los solicitantes. No obstante, dado que para cada una de estas dimensiones la solicitud única contiene múltiples variables, la clasificación de los solicitantes de acuerdo a su nivel de necesidad global no es una tarea metodológicamente sencilla. Tampoco lo es analizar cómo estos niveles de necesidad influyen sobre el tipo de recurso asistencial finalmente otorgado a cada uno de los solicitantes.

Los registros informatizados de la SPS utilizados en la muestra analizada contienen información sobre 37.906 individuos que entre enero del 1996 y agosto del 2003 solicitaron acceder a los servicios del DBF y se les concedió alguno de los servicios especializados ofrecidos por el mismo. Se disponía pues de un conjunto de variables que podrían considerarse sociodemográficas, de las que cabe destacar el elevado envejecimiento de los solicitantes (una media de 82 años), la notable feminización (73% son mujeres), el predominio de personas viudas (53%), así como el predominio de vivienda en régimen de propiedad y los problemas de adaptabilidad del mismo que afectan a la cuarta parte de los individuos. Finalmente, más del

70% de los solicitantes no tienen problemas de accesibilidad geográfica a los servicios comunitarios. El segundo bloque de variables serían aquellas relativas a la red de cuidadores informales con las que cuenta el solicitante, de las que cabe destacar que en un 40% de los casos existe una ausencia total de apoyo, y un 20% de los cuidadores informales no puede asumir el esfuerzo físico que comporta esta tarea y/o están emocionalmente agotados.

El tercer bloque de variables venía constituido por aquellas que configuran el concepto de necesidad asistencial en una persona mayor, tal como el grado de deterioro físico y cognitivo, la existencia de distintas enfermedades y problemas de salud, y finalmente las intervenciones terapéuticas y las atenciones especiales a los problemas de salud. En este grupo, encontramos que cerca del 53% de las personas tiene problemas en las 8 actividades básicas de la vida diaria; que la media del índice de dependencia en las actividades básicas es de 48,7; y que la mayoría de los solicitantes presentan un deterioro grave (38%) o moderado (25%) de la evaluación cognitiva. Por otro lado, si agrupamos las enfermedades en categorías, se constata que un 72% de los individuos tiene diagnosticada alguna enfermedad circulatoria; que casi un 69% tiene alguna enfermedad osteoarticular; y que cerca del 50% padece Alzheimer u otra demencia asociada a la edad. Asimismo, en relación con los problemas de salud más prevalentes, destaca la presencia de dolor crónico (48%), la incontinencia urinaria (46%) y los déficits visuales (39%) y auditivos (28%). Finalmente, en relación a la necesidad de recibir curas o atenciones especiales, cabe destacar la utilización de pañales que afecta a más del 46% de los individuos.

Al hablar de perfiles de necesidad se supone, implícitamente, que la necesidad de las personas mayores es un concepto multidimensional que se manifiesta con grados de intensidad variable entre los distintos individuos. El método de los grados de pertenencia (Grade of Membership, GoM) permite identificar perfiles multidimensionales de necesidad y, al mismo tiempo, determinar el grado en que los individuos se ajustan a cada uno de estos perfiles¹. En concreto, las características de los perfiles, o en terminología GoM de los "tipos puros" se corresponden con las de ciertos individuos que podríamos

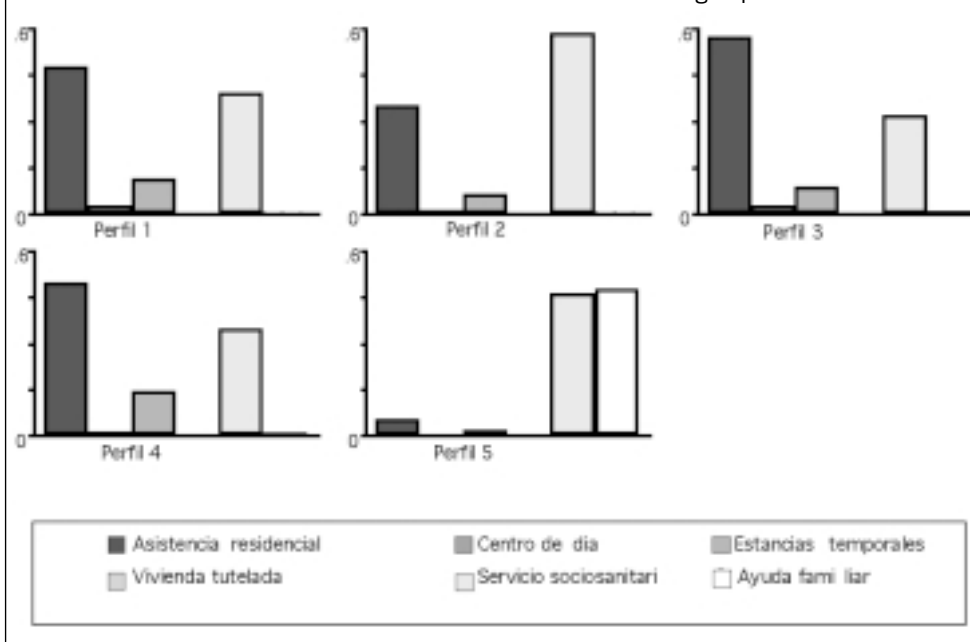
considerar arquetipos. Una vez definidos, el método determina la similitud de cada individuo con cada uno de los tipos puros mediante pesos que toman valores entre 0 y 1, y suman 1 para un mismo individuo. De este modo, la principal ventaja del método GoM es que permite disminuir la elevada dimensionalidad de concepto de necesidad, mediante la creación de perfiles, pero sin que se elimine la diversidad existente entre individuos.

Con la muestra utilizada, el modelo resultante ha sido de 5 tipos puros, que ordenados de peor a mejor estado de salud, presentan las características

siguientes: El tipo puro V se corresponde con el de individuos con grados extremos de necesidad. Además de tener estados de salud inestable, son personas con probabilidades próximas al 100% de recibir curas tanto de profesionales como de familiares, habiendo posibilidad de revertir estas situaciones mediante procesos rehabilitadores. El tipo puro II se caracteriza por tener una elevada dependencia física y grave deterioro cognitivo, pero no aparecen las agravantes de inestabilidad clínica, necesidad de curas ni problemas de salud. El tipo puro IV tiene un grado de dependencia física ligeramente inferior que el tipo anterior, así como un deterioro cognitivo menos pronunciado. Finalmente, los tipos puros III y I en comparación con los anteriormente comentados presentan una acusada disminución del grado de deterioro físico y cognitivo, así como la práctica ausencia de problemas de salud destacables. El tipo III presenta un nivel de necesidad superior, originado por la existencia de cierto deterioro cognitivo inexistente en el tipo I.

Una vez definidos los perfiles de necesidad a través del GoM, resulta de interés explorar cómo la pertenencia a los distintos tipos influye sobre el recurso asistencial otorgado a cada individuo. De este modo, tomando como punto de partida la pauta de utilización de los diferentes servicios observada en el pasado, es posible desarrollar una metodología que no tan sólo nos permita analizar la influencia de los tipos puros, sino también del resto de las variables, que podríamos llamar moduladores de necesidad (grado de apoyo familiar, características del hogar y otras variables socioeconómicas). Esta metodología pasaría por la estimación de un modelo logit multinomial,

Gráfico 1: Probabilidades de utilizar los diferentes servicios según perfiles.



o alguna otra especificación similar, que nos permita predecir para cada individuo, dadas sus características concretas, la probabilidad de ser asignado a uno u otro recurso. Si tomamos, por ejemplo, 5 individuos con todas las características iguales, a excepción de la pertenencia a tipos puros distintos, es decir, el perfil 1 es de un individuo tipo puro I, el perfil 2 tipo puro II y así sucesivamente, la estimación nos predeciría unas probabilidades de asignación de recursos como las que se pueden observar en el gráfico 1.

La metodología estadística desarrollada puede constituir una herramienta capaz de guiar el proceso de evaluación de solicitudes y la asignación posterior de uno u otro recurso ampliando la información de cara a la toma de decisiones. En esta línea, gracias al hecho de que todo el proceso esté ya informatizado, sería posible definir algoritmos que calculasen el grado de pertenencia de los solicitantes, y que a continuación, mediante las estimaciones del logit multinomial, asignasen propensiones de los sujetos a utilizar los diferentes recursos asistenciales existentes. Este proceso podría facilitar la toma de decisiones por parte del trabajador social encargado de la asignación de recursos. El análisis detallado de la necesidad y la utilización de recursos nos puede permitir mejorar la asignación. El estudio realizado ha mostrado cómo puede contribuir a ello.

¹ Esta metodología ha sido ampliamente aplicada a estudios sobre discapacidades, dependencia y envejecimiento en los últimos 20 años (Manton, Kenneth G.; Woodbury, Max A.; Tolley, H. Dennis. *Statistical applications using fuzzy sets*. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics: Probability and Mathematical Statistics. A Wiley-Interscience Publication. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1994).



HEALTH CARE PROVIDERS' BEHAVIOR IN DEVELOPING COUNTRIES

Ariadna García Prado

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía de la Universidad Pública de Navarra el 12 de Marzo de 2004. Dirigida por los doctores Juan Manuel Cabasés Hita y Jorge Nieto Vázquez, obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail: ariadna@unavarra.es

Introducción

En esta tesis doctoral se analiza, tanto desde un punto de vista teórico como empírico, el comportamiento oportunista de los profesionales sanitarios que trabajan en instituciones sanitarias públicas de países en desarrollo. Concretamente, se analizan cuatro prácticas comunes entre el personal sanitario de estos países como son el absentismo, la provisión de información no veraz con el fin de obtener mayores ingresos, la aceptación o exigencia de pagos informales y la poca dedicación o bajo esfuerzo en el trabajo. Además, se evalúa el impacto de ciertas reformas en este tipo de actividades y se identifican opciones de política que pueden mejorar el desempeño de las instituciones sanitarias públicas y reducir el comportamiento oportunista de los médicos y del personal sanitario que trabaja en las mismas. Tras una sección introductoria, la tesis consta de tres capítulos que presentan artículos de investigación independientes y de una última sección en donde se presentan las principales conclusiones de este trabajo. El contenido de cada uno de los artículos se detalla a continuación.

Sweetening the carrot: motivating public physicians for better performance

Es común observar que muchos médicos que trabajan en organismos sanitarios públicos no dedican el esfuerzo o tiempo requeridos en el desarrollo de su trabajo. Al mismo tiempo, otros médicos que trabajan en estos organismos están altamente motivados y trabajan muchas horas, ofreciendo servicios de calidad a cambio de una pequeña remuneración. Esta heterogeneidad en el comportamiento de los profesionales sanitarios debe ser tenida en cuenta en el diseño de mecanismos de compensación y control de estos profesionales. En este capítulo se explora cuál es la mejor combinación entre mecanismos de incentivos y supervisión de tal modo que se consiga motivar a aquellos profesionales sanitarios "perezosos" sin desincentivar a aquellos que ponen alto esfuerzo y dedicación en su trabajo. A partir del modelo clásico de Shapiro y Stiglitz (1984) y del modelo de costumbre social de Chang y Lai (1999), se desarrolla un modelo teórico en el que se muestra que, en aquellos casos en los que un sistema de supervisión intensa consigue mejorar el esfuerzo de los perezosos pero desmotiva a los más aplicados, el reconocimiento y la recompensa no monetaria puede paliar los efectos negativos de la supervisión. Las implicaciones de este modelo se ilustran mediante la discusión de casos reales en los que se implantaron mecanismos de incentivos que contenían recompensas no monetarias. Concretamente se analizan los casos de Polonia, en donde se hizo una interesante reforma del sistema de atención primaria que mejoró el comportamiento de los médicos, y Georgia, en donde se introdujeron novedosos mecanismos de incentivos en algunos hospitales lo que contribuyó a mejorar el rendimiento de los especialistas y la satisfacción de los pacientes.

An analysis of under reporting and informal payments among physicians

En este capítulo se examinan las posibles respuestas de los médicos ante un sistema de incentivos que consiste en reforzar la supervisión, así como en la introducción de un nuevo mecanismo de pago a los médicos. Este sistema es positivo en cuanto que permite la reducción de actividades no deseadas como el absentismo y/o el escaqueo pero, sin embargo, también ofrece incentivos perversos a los médicos. Estos pueden responder negativamente ofreciendo información no veraz sobre el número de pacientes que atienden y/o aceptando o exigiendo pagos informales a cambio de servicios de mayor calidad. Estas actividades no deseadas son analizadas mediante el desarrollo de dos modelos

teóricos. En el primero, se describe la conducta de aquellos médicos que proveen información no veraz acerca del número de pacientes que han atendido con el fin de maximizar sus ingresos. En este modelo se desarrollan dos escenarios distintos. En el primero, se fijan las horas de trabajo, ignorando la decisión tradicional entre consumo y ocio para centrarnos en la elección entre ingreso y la desutilidad que el médico experimenta como resultado de ser deshonesto. En el segundo escenario se introduce flexibilidad de horas en el trabajo lo que permite investigar el efecto que tiene la elección del médico con respecto al número de pacientes a declarar sobre el número de horas que decide trabajar. En el segundo modelo, se describe la negociación entre el médico y el paciente que conduce a la existencia de un pago informal y se determina cuál es el nivel de pagos informales en función del poder de negociación de cada uno de los agentes.

El desarrollo de estos modelos nos permite analizar las causas e implicaciones de estas actividades así como identificar cuáles son los instrumentos de gestión más apropiados para enfrentarse a las mismas.

Efficiency, Quality and Absenteeism in Public Hospitals: Evidence from Costa Rica

En la mayoría de países en desarrollo, la financiación y provisión de servicios sanitarios es esencialmente pública. El gobierno financia las instituciones sanitarias mediante presupuestos históricos lo que en la práctica se traduce en reembolso de costes. El personal sanitario que trabaja en las mismas lo hace bajo regulación funcional lo que limita la capacidad de gestión. Además, la supervisión del personal sanitario suele ser débil o inexistente sin un sistema de sanciones efectivo y creíble. Esto permite que los trabajadores disfruten de un alto grado de discreción en el tiempo que dedican a su trabajo lo que explica que el absentismo sea frecuente en las instituciones sanitarias públicas. En consecuencia, este sistema carece de incentivos para producir con eficiencia y ofrecer servicios de salud de calidad. En respuesta a estos problemas, muchos países, entre ellos Costa Rica, están implantando nuevos sistemas de organización y financiación de los proveedores sanitarios.

En este capítulo se presenta un estudio empírico en el que se evalúa el impacto de la introducción de contratos de gestión entre la Caja Costarricense del Seguro Social y sus hospitales públicos sobre la productividad y la tasa de absentismo de los mismos. Con este objetivo, primero, calculamos la eficiencia ajustada por la calidad de los hospitales públicos costarricenses. Para ello utilizamos una formulación del Análisis Envoltante de Datos que nos permite obtener una medida de la eficiencia hiperbólica. Segundo, evaluamos el impacto de los contratos de gestión sobre la tasa de absentismo del personal sanitario a lo largo del período considerado (1997-2001), ligando de este modo el nivel organizacional con el individual. Los resultados muestran que los contratos de gestión mejoraron la productividad de los hospitales públicos costarricenses pero no tuvieron ningún impacto sobre las tasas de absentismo de los mismos. Se identifican los fallos de diseño e implantación de estos contratos y se proponen instrumentos que pueden mejorar su efecto sobre las tasas de absentismo, especialmente para los hospitales más grandes.

Conclusiones

En general, esta tesis resalta la importancia de diseñar mecanismos de incentivos adecuados para reducir el comportamiento oportunista de los médicos y profesionales sanitarios. Muchas de sus conclusiones son extensibles a los países desarrollados.

SALUD PARA LA POBLACIÓN

Análisis sociológico de la estructura del sector sanitario y evaluación de su calidad

Eduard Olivares Llenas

Tesis doctoral defendida en el departamento de Análisis de las Organizaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universitat de Barcelona el 17 de octubre de 2003. Dirigida por el catedrático Jesús M. de Miguel obtuvo la calificación Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. e-mail: eolivares@uoc.edu



La presente tesis doctoral se refiere a la situación catalana. Su anatomía es el estudio básico de la estructura del sector sanitario; su filosofía es el análisis de la evaluación de la calidad. Este trabajo pretende contribuir a analizar deficiencias y necesidades que las personas han identificado como importantes, y ayudar a entender cómo se consigue una mayor calidad de vida para la población. La tesis doctoral se divide en siete capítulos relacionados entre sí, que tratan de explicar y valorar, de forma estructurada y lógica, la sanidad desde el punto de vista de la población.

El primer capítulo analiza la utilización de los servicios sanitarios y necesidades de atención primaria, predicciones para los próximos años, gasto y participación de los usuarios en la financiación de las prestaciones. En el segundo capítulo se explican las diferencias que se producen en la utilización de los servicios sanitarios y, por consiguiente, las diferencias de salud. Mención especial tiene el mutualismo por su importancia en Catalunya, y Barcelona como plaza sanitaria internacional o centro médico en su conjunto. Se plasman aquí el seguimiento y actualidad de los planes y políticas que pueden y quieren dar soluciones a los retos planteados por los cambios demográficos: el plan integral

de urgencias, problemáticas de las listas de espera, en especial para los enfermos del corazón, y el envejecimiento de la población con las necesidades de dependencia que ello conlleva. Por último, se presentan los problemas de salud principales que afectan a la población en Catalunya. El capítulo tercero analiza la satisfacción del paciente, conceptos como la «calidad percibida» en la asistencia sanitaria, encuestas de satisfacción de usuarios, cambios de organización y gestión que se están planteando para el hospital del futuro, el cual debe dar respuesta a las nuevas necesidades planteadas. El capítulo cuarto presenta las necesidades y demanda de servicios sanitarios y atención sociosanitaria. Los temas tratados son el impacto del envejecimiento, cuidados para enfermos terminales, demanda asistencial para la tercera edad, seguros de dependencia, tratamiento del dolor, demanda de trasplantes, participación de los pacientes en la toma de decisiones y su derecho a la información, al riesgo medioambiental y su efecto en la salud. El capítulo quinto explica las deficiencias percibidas por usuarios de los servicios sanitarios. Los apartados analizan los aspectos más problemáticos del sistema sanitario, servicios de urgencias, listas de espera, falta de plazas en geriátricos y residencias, deficiente información facilitada al paciente así como las deficiencias observadas desde los profesionales sanitarios. El capítulo sexto estudia las reclamaciones que se producen en los servicios sanita-

rios, ya sean debidas a malprácticas, negligencias o motivadas por deficiencias. Apartado especial merece la contribución del Síndic de Greuges de Catalunya en su denuncia de deficiencias y sus propuestas por mejorar los servicios sanitarios. En el séptimo capítulo se presentan los objetivos de conocimiento. Parte de la evaluación global de la calidad del sector sanitario catalán con una propuesta de indicadores e Índice de calidad de Salud, obtenidos y estudiados sobre la base de investigaciones y captación de datos, y posterior tratamiento informático con diferente *software* estadístico. Incluye al final de la tesis un conjunto de aportaciones a tener en cuenta para dar respuesta a aspectos o temas como la mejora de información de los usuarios, conocimiento de expectativas, identificación de desigualdades, análisis de medidas, aportación de información que permita la evaluación de las macro-políticas sanitarias. En un apéndice se presentan las innovaciones en el sector de las nuevas tecnologías junto con el de las tecnologías de la información y comunicación, y cómo afectan o irrumpen en el marco de la salud y de la medicina. Aportaciones en la cooperación y continuidad asistencial, Internet como herramienta de consulta médica, historial clínico en formato electrónico, clínica virtual, sistemas informáticos para el apoyo de las decisiones médicas, riesgos de la telemedicina y los diferentes servicios de salud que se pueden encontrar en la red, son temas tratados en este apéndice.



Control de calidad de procesos sanitarios

Armando Aguirre Jaime, Justo Artiles Sánchez.
Editado por el Servicio Canario de la Salud.
126 páginas
Año de edición: 2003.

Como los propios autores indican en la presentación de este texto indican, se trata de una "guía práctica" para profesionales médicos, para la aplicación de técnicas de construcción y empleo de los gráficos de control de calidad estadísticos en el pronóstico, monitorización y mejora continua de los procesos asistenciales. El texto se divide en capítulos relativamente cortos que tratan de explicar y presentar de forma sencilla pero rigurosa los fundamentos, construcción y utilización de gráficos de control, utilizados para el control de calidad de procesos sanitarios.

El libro se divide en seis capítulos. Los cinco primeros son teóricos y en el sexto se recogen nueve ejemplos prácticos. En los tres primeros capítulos de la parte teórica se presentan la base teórica del control estadístico de procesos, los gráficos de control y sus fundamentos. En los dos siguientes capítulos se distingue entre gráficos para variables cuantitativas y variables cualitativas.

Se trata de un texto interesante, y útil, como ya se ha mencionado para aquellos profesionales con un interés en el control de la calidad de distintos procesos asistenciales. Los autores explican las condiciones que las variables objeto de análisis deben satisfacer para poder obtener gráficos de control de calidad. Las explicaciones de cómo construir los gráficos se presentan con claridad distinguiendo los distintos tipos de variables y gráficos posibles. Si a lo largo del texto algún concepto no pudiera quedar claro para aquellos que no tienen ningún conocimiento previo de estadística, el capítulo sexto resulta muy útil para poder comprender mejor los conceptos previamente presentados. En definitiva una buena guía para aquellos profesionales que quieran monitorizar algún proceso asistencial. **Solicitud de ejemplares:** Juan Luis Olmedo Guerrero, Servicio de Estudios y Análisis Económicos, Dirección General de Recursos Económicos, Servicio Canario de la Salud, Calle Pérez de Rozas nº 5, 38004, Santa Cruz de Tenerife o jolmgue@gobiernodecanarias.org.



Análisis coste-beneficio en la salud. Métodos de valoración y aplicaciones

José Luis Pinto, María Xosé Vázquez, Angelina Lázaro, Jorge Eduardo Martínez.

Editorial Masson.
182 páginas.
Año de edición: 2003.

Este número realiza una revisión de los métodos utilizados en economía de la salud para la valoración monetaria o económica de programas sanitarios. Los autores distinguen entre las técnicas de preferencias reveladas y las de preferencias declaradas. A las primeras se dedica el segundo de los cinco capítulos de que consta el libro, describiendo el método del coste de la enfermedad, de la función de producción de salud, del coste de viaje y el de precios y salarios hedónicos. Estas técnicas se explican de forma descriptiva por no ser el objetivo principal del libro, pero cuya mención es necesaria por ser metodologías existentes para la valoración de la salud. Los capítulos tercero, cuarto y quinto respectivamente se centran en la valoración contingente, el análisis conjunto y los experimentos de elección y el valor monetario de los años de vida respectivamente. Se incluyen también ejemplos de trabajos publicados en los que dichas técnicas son utilizadas.

Se trata por tanto de un texto interesante ya que presenta el estado de la cuestión en cuanto a la valoración monetaria de la salud. Se trata de un texto que trata de dar una visión general de las técnicas tratadas, sin entrar en detalles técnicos o muy complejos sobre la estimación del valor monetario para cada una de las técnicas tratadas. Es quizá este el caso de las técnicas multiatributo, sobre las cuales los autores no profundizan sobre las herramientas (econométricas) utilizadas en la estimación de valores monetarios. Quizá hubiera sido positiva la inclusión de algún cuestionario para demostrar de qué se trata cuando hablamos de cuestionarios, el tipo de preguntas o las descripciones que habitualmente se hacen en este tipo de estudios. Al mismo tiempo hay que decir que se incluye un capítulo (el quinto) sobre la valoración monetaria de los años de vida ajustados por calidad, el cual es un tema de investigación de gran actualidad para los economistas de la salud que posiblemente vea en el futuro muchos adelantos.

Se trata por tanto un buen texto que reúne las principales ideas sobre la valoración

monetaria de la atención sanitaria y por tanto interesante para aquellos que quieran conocerla en detalle, sin llegar a profundizar en aspectos muy técnicos.

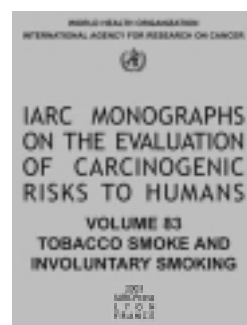
Priority setting toolkit: A guide to the use of economics in health care decision making

Craig Mitton, Cam Donaldson.
Editorial BMJ Books.
Año de edición: 2004.

De corte muy parecido al anterior, el punto de vista de este libro está un escalón por encima del mismo. Se refiere a la aplicación de criterios y principios económicos para la toma de decisiones en la atención sanitaria, y no solamente centrado sobre la evaluación económica de programas sanitarios. Este libro analiza las diferentes metodologías existentes y se centra en dos específicas: *Programme Budgeting and Marginal Analysis* (PBMA). En el texto se demuestra cómo esta metodología puede ser muy útil para establecer prioridades incorporando la complejidad de la atención sanitaria y siguiendo criterios económicos.

En primer lugar se analizan algunos conceptos económicos básicos y las diferentes alternativas existentes para el establecimiento de prioridades. Tras revisar la literatura de PBMA, el texto analiza en detalle distintas cuestiones relacionadas con la técnica como la cuestión de los datos; la restricción presupuestaria; la valoración de beneficios; la implicación de la población; y la organización.

El texto incluye también una serie de "case studies". Un texto que puede ser de interés para managers y gestores clínicos, así como para estudiantes o economistas de la salud que quieran conocer en detalle dicha metodología.



Tobacco smoke and involuntary smoking

Organización Mundial de la Salud.
International Agency for Research on Cancer.
Año de edición: 2004.

Presentamos para finalizar el libro del mes de la Organización Mundial de la Salud. El texto está escrito en inglés y pese a su extensión (1470 páginas), se centra en un tema siempre de actualidad y de gran interés: la relación existente entre el consumo de tabaco y la inhalación de humo de forma pasiva con distintos tipos de cáncer. Para ello se describen y presentan un número de estudios que se centran en el tema.

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

La “evidencia empírica”, la “os ratio”, Allan Greenspan y El Escorial

José A. Tapia Granados

Institute of Labor and Industrial Relations
School of Social Work
The University of Michigan
jatapia@umich.edu

Las XXIV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud celebradas en El Escorial el pasado mes de mayo fueron mi primer contacto con la AES. En El Escorial tuve la oportunidad de conversar con personas que sólo conocía por correo electrónico (por su amabilidad me gustaría mencionar a Marisol Rodríguez y Rosa Urbanos, gracias a las cuales participé en las jornadas). Los trabajos que se presentaron en El Escorial me parecieron de mucho interés en general, algunos –como la panorámica de los servicios de salud en los países de la OCDE que presentó Francesca Colombo– especialmente destacables.

Una semana antes de las jornadas de El Escorial se celebró en Toledo en II Congreso Internacional de Traducción al Español, en el cual participé.¹ Los traductores suelen ser gente preocupada por el idioma y uno de los temas que surgió una y otra vez en el congreso de Toledo fue lo que los traductores y lingüistas llaman *falsos amigos*, palabras similares en dos idiomas que sin embargo tienen significados distintos en cada uno. Así, por ejemplo, lo que se denomina en inglés *anthrax* en castellano es “carbunco”, no “ántrax”; *pollution* no es “polución”, sino contaminación o envenenamiento; *crimes* no son “crímenes”, sino “delitos”, y así sucesivamente.

La palabra inglesa *evidence* y la española “evidencia” constituyen un

ejemplo de falsos amigos muy típico. Lamentablemente, el uso de “evidencia” en castellano con un significado que es el del inglés *evidence* es cada vez más frecuente en la lengua hablada y escrita de todos los países hispanohablantes. Tradicionalmente, como prueban los diccionarios, en español “evidencia” es aquello que no necesita ser probado ni demostrado, mientras que en inglés *evidence* se refiere muy laxamente a lo factual, a lo que contribuye a probar o demostrar cierta idea o hipótesis. Bill Clinton dijo una vez que *Politics is not religion and we should govern on the basis of evidence, not theology*, frase que podría traducirse por algo así como, “puesto que la política no es religión, debemos gobernar en función de los hechos, no de la teología”. Como “evidencia” en castellano tiene la connotación de lo que no hace falta probar ni demostrar, la expresión “evidencia empírica”, traducción literal del inglés *empirical evidence*, es casi una contradicción en los términos y provocará extrañeza a cualquiera que reflexione sobre lo que “evidencia” significa en castellano. “Datos empíricos”, “observaciones”, o simplemente “pruebas” a favor de una hipótesis son expresiones mucho mejores que “evidencia empírica” para traducir *empirical evidence* y para referirse a aquello que tiende a apoyar una teoría en cuestión. Quizá alguien pueda argüir que todo el mundo sabe lo que significa “evidencia empírica” cuando lo oye en un foro como las jornadas

de El Escorial, en el que dicha expresión se oyó muy a menudo. Y sin duda es cierto, si por “todo el mundo” entendemos los economistas, epidemiólogos y otras gentes acostumbradas a leer textos en inglés o en un castellano en el que abunda la jerga y el espanglish. Pero usar constantemente ese estilo no sólo contribuye a empobrecer el idioma, sino también a elevar esas barreras que tantas veces hacen que los legos miren con desconfianza a los especialistas que hablan en su jerga. Ante el “Señora, tiene usted una faringoamigdalitis purulenta y vamos a tener que darle una cefalosporina” del otorrinolaringólogo, la señora Goicoechea, que tiene un doctorado en filosofía e historia, se queda *in albis*, casi como si le hablaran en chino. El uso acrítico de la terminología hace también que aparezcan incomprendimientos y bloqueos de comunicación entre distintos grupos profesionales. Así, los epidemiólogos hablan del fenómeno de confusión (*confounding* en inglés) y de las variables o factores de confusión (*confounders*) para referirse a lo que los economistas suelen llamar variables omitidas (*omitted variables*) y alguna vez he visto hablar a epidemiólogos y economistas de factores de confusión y variables omitidas como si estuvieran refiriéndose a distintas cosas. Pocos médicos entenderán si se les dice que la elasticidad-precio del consumo del diurético K es elevada, aunque com-

prenderán muy bien la idea correspondiente si se les dice que el consumo de K es muy sensible a los cambios de precio y se reducirá o se incrementará mucho, respectivamente, si K se encarece o se abarata. De la misma manera, una persona culta, como la señora Goicoechea, generalmente entenderá al galeno si este le explica que por la presencia de una infección con pus en la garganta se hace aconsejable el uso de un antibiótico.

La hegemonía del inglés en lo científico-técnico es innegable y eso hace que la terminología correspondiente en castellano se llene constantemente de términos adoptados “a las bravas” o más o menos a medias. Igual que el término inglés *stress* se castellanizó a “estrés”, *standard* se ha convertido finalmente en el castellano “estándar”, pero durante muchos años circularon por ahí (y todavía se ven) las grafías “stres”, “estress”, “standard”, “standar” y todas las variantes de estas con acento diacrítico (“stréss”, “stándard”, etc.). No es de extrañar pues que en el habla de los economistas y los médicos haya mucho espanglish. En varios de los talleres de El Escorial oí hablar de algo pronunciado como “os ratio”. Casi todo el mundo sabe que eso es lo que en inglés se escribe *odds ratio*, pero lo que ya no parece saberse es que eso se pronuncia en inglés algo así como “ots reísio”. Esa “os ratio” que tanto se oye en reuniones sobre temas sanitarios es un híbrido de español e inglés que sería irreconocible para cualquier anglohablante. La OMS suele usar “razón de posibilidades” como traducción de *odds ratio*, en México se usa a veces “razón de momios”, y Martín Moreno sugirió en *Gaceta Sanitaria*, hace ya 15 años “oportunidades relativas”, pero estas propuestas de traducción de *odds ratio* no han tenido mucha aceptación. En cualquier caso, es ya hora de que a esa “os ratio” se le busquen sustitutos, aunque sólo sea por lo ajena que es la expresión al genio y a la fonética de nuestro idioma y por lo mal que se pronuncia cuando se intenta dejarla

en inglés. Una persona que vea *freudian* y pronuncie fre-u-diano y no “froidiano” no dará la impresión de tener una cultura muy sólida y si es un psiquiatra o un psicólogo, probablemente hará el ridículo. ¿No hay que aplicar similares parámetros a la lengua especializada que se usa en otros campos? .

El monasterio de San Lorenzo de El Escorial se construyó cuando España era un gran imperio, en una época que no sólo nos ha legado monumentos arquitectónicos y filias o fobias en todo el mundo, sino también una lengua, el castellano, que hoy hablan varios cientos de millones de personas y que junto con el inglés, el chino, y quizás el francés y el ruso, será uno de los idiomas principales del siglo que ahora comienza. Sin embargo, la situación del castellano es ambigua en cuanto a su posición en distintos ámbitos de la cultura, porque si su producción literaria no tiene nada que envidiar a ningún otro idioma, en lo científico aún está a mucha distancia de lo que se produce en la lengua hegemónica, el inglés. Eso también contribuye a que los científicos hispanohablantes tengan poco interés por el dominio de su propia lengua. Al fin y al cabo, muchos pensarán, lo que cuenta es publicar en inglés. Resulta así que cuando intentan escribir en castellano, los profesionales hispanohablantes a menudo usan un espanglish que haría a Fernando Lázaro Carreter disparar cientos de dardos. En el caso de los economistas hay un factor más que agrava la situación lingüística: el uso de un lenguaje en el que abunda la jerga matemática y que a menudo incorpora como tecnicismos términos comunes (elasticidad, capital social, salario real...) con significados técnicos que a menudo son contraintuitivos. A eso se añade el estilo hermético y rebuscado de no pocos economistas, sobre todos aquellos directamente implicados en el mundo de la política.

Probablemente uno de los economistas más famosos en todo el mundo es Allan Greenspan, ya muchos

años al frente de la Reserva Federal, que viene a ser el banco central de Estados Unidos. Recientemente, respondiendo a preguntas sobre los tipos de interés en EE. UU., muy bajos a juicio de muchos dada la presente situación económica, Greenspan declaró (*New York Times*, 9-6-2004, p. C9) lo siguiente: *so far, we have no reason to believe we will not be able to maintain a measured pace in the elimination of what we presume to be at this time an unnecessary degree of accomodation*. En castellano, eso podría ser algo así como “por ahora, no vemos razones para pensar que no seremos capaces de mantener un ritmo gradual en la eliminación de lo que nos parece en este momento un grado excesivo de acomodación”. No hace falta ser muy sagaz para advertir que esta frase es un prodigio del lenguaje sibilino y retorcido que a menudo usan los políticos para no comprometerse con una afirmación o una negación explícita de algo. En cristiano y en pocas palabras, lo que dijo Greenspan es que, a su juicio, las tasas de interés se subirán poco a poco. Pero tal como lo dijo, se comprometió mucho menos y arrojó sobre sí un halo de lenguaje críptico, esotérico y rebuscado. El escritor Ernesto Sábato comentó una vez que como lo profundo suele ser oscuro, muchos piensan que todo lo que es oscuro, es profundo. Lo cual, obviamente, es una tontería. Y claro está que en cuestiones lingüísticas, en economía de la salud, más que de personajes como Greenspan habría que aprender de los autores que escriben bien y de los clásicos que se expresan en un lenguaje claro y conciso. Quizá la ocasión de El Escorial sea buena para traer a colación el consejo de Fernando de Rojas en la *Celestina*, la famosa tragicomedia de Calixto y Melibea: “Deja, señor, esos rodeos, deja esas poesías, que no es habla conveniente la que a todos no es común, la que todos no participan, la que todos no entienden”.

¹ En <http://www.toledo2004.net/html/comunicaciones.htm> pueden verse las comunicaciones presentadas a dicho congreso.

BOLSAS DE VIAJE PARA ASISTENCIA A LAS JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD 2004

Dolores Jiménez Rubio	"Decentralization of health care and its impact on health outcomes".
Eduardo González Fidalgo	"Aplicación y utilidad del análisis envolvente de datos en la medida de la eficiencia de los equipos de Atención Primaria en Asturias".
Elisa Hernández Torres	"Industria farmacéutica e integración económica en Europa".
Francisco M. Suárez García	"Influencia del estado de salud y la calidad de vida sobre la mortalidad de la población mayor de 64 años".
Oliver Rivero-Arias	"Estimating the association between the SF-36 responses and EQ-5D utility values by direct mapping".

XIII EDICIÓN DE LA BECA AES DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD, FINANCIADA POR LA EMPRESA QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER

Durante el transcurso de las XXIV Jornadas AES, Bayer entregó la Beca de Investigación en Economía de la Salud, dotada de 12.000 euros, por décimotercer año consecutivo. En esta edición 2004 se presentaron 6 proyectos:

- Aitana Lertxundi Manterola y Marc Sáez Zafra. Influencia de la privación sobre la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en la Región Sanitaria Girona.
- Alexandrina P. Stoyanova. El estado de salud y la utilización de los servicios sanitarios durante la infancia y la adolescencia.
- David Elvira Martínez. Modelización y medición de la calidad hospitalaria: un modelo multidimensional.
- Elisa Hernández Torres, José Luis Navarro Espigares y Beatriz González López-Valcárcel. Evaluación económica de métodos alternativos de estimulación ovárica en técnicas de reproducción asistida.
- Joaquín Beltrán Peribáñez, Jesús M. Aranaz Andrés, Francisco Bolumar Montrull, Enrique Bernal Delgado y Luis Rosado Bretón. ¿Cuál es el papel del envejecimiento de la población en el consumo de recursos sanitarios?.
- José María Abellán Perpiñán y Jorge E. Martínez Pérez. Una aproximación a la valoración monetaria de los Años de Vida Ajustados por Calidad.

El Tribunal, formado por los Doctores Salvador Peiró (presidente), del EVES de Valencia; Juan M. Cabasés, de la Facultad de Económicas de la Universidad Pública de Navarra; Diego Prior, de la Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Barcelona y Carmen Piñol (que actuó como secretaria sin voto), de Q.F. Bayer, SA, concedió el premio a Aitana Lertxundi Manterola (investigadora principal) y Marc Sáez Zafra, del Grup de Recerca en Estadística, Economía Aplicada i Salut (GRECS).

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES. San Lorenzo de El Escorial, 27 de mayo de 2004.

Texto completo disponible en la web: <http://www.aes.es>.

1. Informe de la Junta Directiva: Memoria de actividades 2003-2004. Se informa detalladamente sobre el contenido de la Memoria de Actividades 2003-2004, distribuida previamente. Entre las actividades recogidas se señala que, en paralelo al XI Congreso Nacional de SESPAS, que tendrá lugar en Maspalomas en noviembre de 2005, se celebrará una Jornada Técnica de AES dedicada al análisis de la movilidad humana, organizada por Beatriz González.
2. Cuentas Anuales de 2003 y Presupuesto de 2004. Se aprueban por unanimidad.

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

3. *Renovación Junta Directiva.* Cesan Vicente Ortún y Juan Ventura (no renovables) y Rosa Urbanos (con posibilidad de renovación). Se convocan las tres plazas vacantes. Enrique Bernal y Josep Fusté resultan elegidos miembros de la Junta Directiva y Rosa Urbanos resulta reelegida. La Asamblea reconoce la brillante labor desempeñada por Juan Ventura como vocal de la Junta Directiva y por Vicente Ortún como presidente de AES.

4. *iHEA y XXV Jornadas AES.* Guillem López i Casanovas, responsable de la organización del próximo Congreso de la iHEA informa a la Asamblea al respecto, indicando que la clausurada el 13 de julio de 2005 coincidirá con la apertura de las XXV Jornadas AES. Vicente Ortún aclara que existirá una diferenciación temática, con comités organizadores y presupuestos independientes, reiterando el apoyo que la Junta Directiva ha prestado siempre a la organización de ambos congresos.

AES Argentina

Juan Ventura, en representación de AES, presentó la intervención "Cambios y tendencias en la organización del Sistema Nacional de Salud en España" en las XIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud y XIV Jornadas Nacionales de Economía de la Salud, sobre Financiación y asignación de recursos para la atención de la salud, organizadas por AES Argentina y celebradas los días 22 y 23 de abril de 2004, en Pilar, Provincia de Buenos Aires.

Formación

EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública): información sobre Masters, cursos cortos, semipresenciales y descentralizados en <http://www.easp.es>.

ENS (Escuela Nacional de Sanidad): información sobre Masters, Diplomaturas, cursos cortos y cursos a distancia en <http://www.isciii.es>.

Universidad de Oviedo (IUDE): información sobre el título de Especialista Universitario en Gestión Sanitaria en <http://www.uniovi.es/iude/>.

Universidad Pompeu Fabra (CRES): información sobre el programa de formación on line en las áreas de economía de la salud y del medicamento en <http://www.upf.es/idec/cast/postgraus/dfac>.

JUNTA DIRECTIVA AES 2004/2005

Presidenta: Beatriz González López-Valcárcel
 Vicepresidente 1º: Ricard Meneu de Guillema
 Vicepresidente 2º: Pere Ibern Regàs
 Secretaria: Rosa Urbanos Garrido
 Tesorero: Josep Fusté Sugrañes
 Vocales: Mª del Puerto López del Amo González
 Enrique Bernal Delgado
 Laura Cabiedes Miragaya
 Francisco Gómez Luy
 David Casado Marín

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