

# Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 21 MAYO 2008 n° **62**

**ASOCIACIÓN  
DE ECONOMÍA  
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

## en este número

	pág.
EDITORIAL .....	1
JORNADAS AES .....	3
– XXVIII Jornadas AES Salamanca, 28-30 de mayo de 2008	
TEMAS .....	6
– Reflexiones sobre la profesión de enfermería en España y en otros países europeos.	
– Instituciones de protección social y relación renta-salud en la Unión Europea.	
LIBROS.....	12
TESIS.....	13
– Estudio económico-sanitario de las necesidades de equipamiento de alta tecnología médica en Galicia: planificación.	
– La mortalidad hospitalaria en los hospitales públicos de agudos de canarias 1996-2005.	
CON ACUSE DE RECIBO .....	16
– Cuando los viajeros hablan de Argentina... Noticia de las Jornadas de AES-Argentina.	

## editorial

Sección coordinada por Juan Oliva  
([Juan.OlivaMoreno@uclm.es](mailto:Juan.OlivaMoreno@uclm.es))

### UNA PROPUESTA DE GUÍA PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA APLICADA A LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS. ¿HA LLEGADO EL MOMENTO?

**Julio López-Bastida, Juan Oliva, Fernando Antoñanzas,  
Anna García-Altés, Ramón Gisbert, Javier Mar y Jaume Puig-Junoy**



La evaluación económica de tecnologías sanitarias se ha convertido en los últimos años en Europa en una herramienta de primer orden para los decisores sanitarios en sus estrategias de priorización de recursos sanitarios y de adopción de nuevas tecnologías.

El experimento del Estado de Oregón de establecer prioridades en la asistencia sanitaria a nivel comunitario, empleando únicamente los criterios de eficiencia derivados de la evaluación económica señaló claramente que esta información debe servir para ayudar a la toma de decisiones y no para reemplazarla. Por lo tanto, no deben ser utilizados mecánicamente. Hay otros elementos como la justicia, la equidad, el acceso, o la elección, que deben ser tenidos en consideración en el proceso de toma de decisiones. Utilizados correctamente, pueden aportar una información primordial en dicho proceso.

Más éxito han tenido las propuestas de Australia o de la provincia de Ontario (Canadá) cuando a comienzos de los años 90 condicionaron la financiación pública de los medicamentos y ligaron la negociación de los precios de los mismos a la relación incremental entre su coste y efectividad. Con posterioridad, otras tecnologías sanitarias tuvieron que superar este filtro o barrera.

En Europa, aunque agencias de evaluación de tecnologías vienen funcionando habitualmente desde los años 90, la experiencia del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha supuesto un antes y un después en el papel y la influencia jugadas por este tipo de agencias en el proceso de toma de decisiones. Los responsables sanitarios europeos tienen el deber de poner a disposición de sus ciudadanos aquellos avances tecnológicos que ayuden a mejorar su esperanza y calidad de vida e invertir recursos en prevenir problemas de salud. Sin embargo, también se es consciente de que estas mejoras suelen implicar un mayor gasto sanitario y que su adopción indiscriminada implicaría un serio riesgo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos. El debate y el cambio cultural que ha supuesto la existencia y el trabajo desempeñado por NICE en estos años, sin duda ha contribuido a modificar la visión sobre las responsabilidades de las agencias de evaluación de tecnologías y a subrayar las potenciales ventajas de contar con sus recomendaciones.

España fue uno de los países pioneros en realizar propuestas de estandarización metodológica aplicable a estudios de evaluación económica. No obstante, la falta de una decisión administrativa y de un apoyo de los gestores sanitarios a este tipo de herramientas hizo que las propuestas cayeran en desuso. Una década después el escenario ha cambiado. En los últimos años, varios países

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

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

Editora del boletín:  
**Laura Cabiedes ([lcabie@uniovi.es](mailto:lcabie@uniovi.es))**

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

Han colaborado en este número:  
**Julio López-Bastida, Juan Oliva, Fernando Antoñanzas, Anna García-Altés, Ramón Gisbert, Javier Mar, Jaume Puig-Junoy, Rubén Martín, Yolanda Valcárcel, Andrea Espiñeira, Pilar García, Ángel López, Ana Tur, Francisco Reyes, Mª Dolores Fiuza y Salvador Peiró**

Europeos han aceptado la información proveniente de la evaluación económica como un elemento de utilidad para la asignación racional de los recursos sanitarios disponibles.

España es uno de los pocos países europeos que aún no da señales explícitas de su orientación en esta cuestión, pero lo esperable es que las nuevas tecnologías sanitarias que deseen recibir financiación pública deban aportar una adecuada evidencia de su valor económico, comparando lo que cuestan con lo que aportan en relación con otras tecnologías alternativas. Un elemento necesario para la utilización de estas herramientas es que los agentes que realizan las evaluaciones económicas cuenten con unas reglas mínimas del juego. Por ello, un paso previo a la utilización generalizada de estas herramientas es la adopción de una serie de reglas claras y consensuadas por parte de los agentes del sistema sobre las cuestiones técnicas o metodológicas para garantizar una cierta homogeneidad en la realización de estos análisis, en la interpretación de los mismos y en la utilidad que aporten a los decisores sanitarios.

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Laín Entralgo de Madrid realizó el encargo de la elaboración de un instrumento para la evaluación de la calidad de los análisis económicos en evaluación de tecnologías sanitarias. Este encargo forma parte de un proyecto más amplio de estandarización metodológica de evaluación de tecnologías sanitarias financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Los coordinadores de este apartado (Julio López-Bastida y Juan Oliva) insistieron en la necesidad de dar forma a una guía que diera soporte y apoyo al citado instrumento.

El objetivo del trabajo de la misma es presentar una propuesta de estandarización de métodos de evaluación económica de tecnologías sanitarias<sup>1</sup>, la cual pueda ser empleada como referente para la elaboración o interpretación de este tipo de trabajos. Los principales destinatarios de la propuesta serían las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, las empresas comercializadoras de tecnologías sanitarias, los responsables sanitarios a nivel de macro (Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas), meso (gerentes de área, de hospital, centros de información de medicamentos y agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, etc.) y microgestión (comisiones de farmacia hospitalaria y terapéutica de los hospitales, Equipos de Atención Primaria), los responsables de empresas aseguradoras privadas), etc.

Los coordinadores seleccionaron a un grupo de expertos con demostrada experiencia nacional e internacional en el ámbito de la evaluación económica, política sanitaria y economía de la salud. En todos los casos aceptaron participar de manera desinteresada en la elaboración de la propuesta. Los cinco expertos seleccionados son: Fernando Antoñanzas (Universidad de la Rioja), Ramón Gisbert (Universitat de Vic), Anna García-Altés (Agència de Salut Pública de Barcelona y Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud); Javier Mar (Hospital Alto Deba) y Jaume Puig-Junoy (Universitat Pompeu Fabra/CRES)<sup>2</sup>.

Tomando como punto de partida la anterior propuesta de estandarización española se procedió a la revisión de las guías

<sup>1</sup> Tecnología sanitaria entendida en sentido amplio, esto es, cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir y tratar enfermedades y mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo.

<sup>2</sup> Se ha sido consciente en todo momento de que en el medio español existen muchos otros profesionales con méritos más que sobrados para integrar un grupo de expertos en materia de evaluación económica de tecnologías sanitarias. No obstante, fue opinión de los coordinadores que para optimizar el grado de operatividad del grupo, en esta fase inicial, el número de expertos que lo integrara debía ser reducido.

oficiales de evaluación económica de tecnologías sanitarias de varios países, así como de los trabajos metodológicos más recientes de interés sobre el tema. En paralelo, el grupo de expertos aportó su opinión sobre puntos clave que debían introducirse y discutirse explícitamente en la propuesta de guía (perspectiva, comparador, fuentes de información, tasas de descuento, tipo de análisis recomendado, etc.).

Posteriormente tuvo lugar una reunión con expertos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias españolas que revisaron el manuscrito inicial y aportaron ideas para matizar parte de su contenido y organización. Tras revisar el borrador de propuesta, éste se difundió en busca de recabar opiniones de distintos agentes del sistema que enriquecieran su contenido. Las respuestas de los mismos fueron organizadas por los coordinadores y discutidas con el grupo de expertos para incorporar e integrar una parte de las mismas en el texto final del documento.

Es de subrayar la importancia de este proceso puesto que se considera que el éxito o el fracaso de esta propuesta dependen de tres condicionantes fundamentales. Primero, la *transparencia del proceso*, la cual queda reflejada en el planteamiento claro del objetivo, destinatarios, agentes interesados y planteamiento. Ello no implica que el proceso no esté imbricado de ciertas dosis de discrecionalidad. Discrecional puede ser la elección de los coordinadores entre un amplio número de posibles candidatos con más experiencia y mejor currícula vitarum que los seleccionados. Discrecional puede ser la elección de los profesionales integrantes del grupo de expertos entre un amplio abanico de candidatos. Sin embargo, los pasos de elaboración de la propuesta han sido siempre claros. En un primer momento, para la institución que encargó el trabajo (instrumento de calidad) y para el financiador se fue transparente en el objetivo buscado y en el procedimiento. En segundo lugar, una vez alcanzado un texto preliminar, se difundió con objeto de conocer la opinión de otros expertos. Ello nos lleva al siguiente punto.

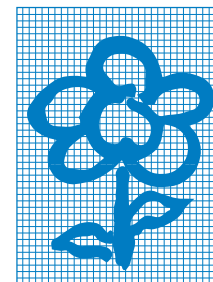
En segundo lugar, la guía debe buscar que sea reconocida por su *legitimidad*. En un doble sentido. Primero, legitimidad desde las instancias donde se encarga su elaboración: agentes públicos que buscan incorporar tecnologías sanitarias innovadoras que cubran las necesidades de la población que tienen a su cargo, pero que deben hacerlo basándose en criterios de racionalidad a la hora de asignar sus recursos. Segundo, legitimidad en el sentido de contar con la experiencia y opinión de un alto número de expertos para que enriquecieran el contenido de la propuesta. Dichos expertos fueron seleccionados de ámbitos diversos (centros sanitarios, universidades, fundaciones, consultorías, centros públicos y privados de investigación y empresas farmacéuticas y comercializadores de tecnologías sanitarias)<sup>3</sup>.

Por último, las anteriores condiciones son necesarias pero no suficientes. Sin el *apoyo institucional* explícito de las autoridades sanitarias, la tercera condición, y la aceptación y aplicación habitual de esta propuesta, su uso será muy limitado y no habrá alcanzado a cubrir su objetivo principal.

Ello, sin embargo, escapa al objeto de este trabajo y a las posibilidades y deseos de todas las personas que han colaborado en su elaboración. Cerrando el círculo, ello nos retrotrae al título del editorial: ¿ha llegado el momento?

<sup>3</sup> Una futura tarea será plantear un sistema que alcance el grado máximo de consenso sobre el contenido de la propuesta de guía por parte de los agentes que se benefician y expertos que elaboren este tipo de análisis.

## XXVIII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD ECONOMÍA, COMPORTAMIENTO Y SALUD SALAMANCA, 28-30 DE MAYO DE 2008



### PRESENTACIÓN

Durante los días 28, 29 y 30 de mayo se celebrarán en Salamanca las XXVIII Jornadas de Economía de la Salud. Además de presentarse trabajos sobre el lema principal, "Economía, comportamiento y salud", las Jornadas ofrecen de nuevo la oportunidad para exponer y conocer las investigaciones recientes sobre Economía de la Salud, Política y Gestión sanitaria.

El entorno histórico-monumental de la ciudad de Salamanca, que celebra los 790 años de su Universidad, supone un atractivo marco para el mejor desempeño en el contenido científico de las Jornadas y para el disfrute de las actividades lúdico-sociales complementarias. El desarrollo de estas dos dimensiones se hará íntegramente dentro del casco histórico de la ciudad, eliminando así la necesidad de utilizar medios de transporte motorizados.

La sede de las Jornadas será el Palacio del Arzobispo Fonseca del siglo XVI dividido en la *Hospedería de Fonseca* y el *Colegio Arzobispo Fonseca*. En la Hospedería, que acogió la XV Cumbre Iberoamericana en 2005, se celebrarán las sesiones plenarias, las mesas de ponencias, el taller y las presentaciones en forma de póster. El Colegio Arzobispo Fonseca acogerá las comidas de las Jornadas, que se servirán en torno al conocido claustro renacentista obra de Diego de Siloé. La tradicional cena de las Jornadas se celebrará en el Palacio Rodríguez de Figueroa, construido en 1545, que este año se celebra su 150 aniversario como Casino de Salamanca. En su claustro interior cubierto podremos disfrutar de la gastronomía local, así como del ya tradicional baile posterior en la pista central.

Os invitamos a todos a asistir y participar en Salamanca en unas Jornadas de Economía de la Salud que esperamos resulten interesantes, agradables y difíciles de olvidar.

### PROGRAMA CIENTÍFICO

#### Martes, 27 de mayo

##### 09.45h-18.30h VIII TALLER FUNDACIÓN BBVA

Técnicas para la evaluación de impacto de políticas públicas en Economía de la Salud

Coordinador: Juan Oliva, *Universidad de Castilla-La Mancha y FEDEA*

Ponentes: Marcos Vera, *University College London and Institute for Fiscal Studies*

Samuel Berlinski, *University College London and Institute for Fiscal Studies*

#### Miércoles, 28 de mayo

##### 09.30h-10.30h Acreditación y entrega de documentación

##### 10.30h-11.15h Acto inaugural

##### 11.15h-12.30h Conferencia inaugural

##### La conducta de alto riesgo como una enfermedad transmisible

Jeffrey Harris, *Massachusetts Institute of Technology*

##### 13.00h-15.00h Sesiones simultáneas

Mesa de ponencias I: El valor social del Año de Vida Ajustado por la Calidad y su aplicación a la política sanitaria

Coordinador y moderador:

José M<sup>a</sup> Abellán Perpiñán, Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia

Ponentes: José Luis Pinto Prades, Oriol Solà-Morales Serra, Belén Corbacho Martín

Mesa de ponencias II: Investigación en servicios sanitarios I

Moderador: Lluís Bohigas, Presidente de SESPAS

Coordinador: Enrique Bernal-Delgado, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Ponentes: Mike Herdman, Anna García-Altès, Manuel García, Salvador Peiró y Pilar García

Mesa de comunicaciones I: Inmigración

Mesa de comunicaciones II: Análisis económico de la sanidad (I)

Mesa de comunicaciones III: Evaluación económica y evaluación de tecnologías (I)

Mesa de comunicaciones IV: Estilos de vida y valoración de estados de salud

16.00h-17.00h **Sesión de presentación de comunicaciones cartel**

17.00h-19.00h **Sesiones simultáneas**

Mesa de ponencias III: Financiación de los centros provisos públicos en los Servicios Regionales de Salud: situación actual y propuestas de futuro

Coordinador y moderador:

Andrés Carrillo González, Director General de Régimen Económico y Prestaciones del Servicio Murciano de Salud

Ponentes: Eloy Jiménez, Francisco Fontella, Pere Ibern

Mesa de ponencias IV: Investigación en servicios sanitarios II

Moderador: Alberto Infante, Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (pendiente de confirmación)

Coordinador: Enrique Bernal-Delgado, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Ponentes: Xavier Castells, Mireia Espallargues, Txema Quintana, Antonio Escobar, Antonio Sarrià, Enrique Bernal-Delgado

Presentación de libros.

Mesa de comunicaciones V: Econometría y métodos cuantitativos

Mesa de comunicaciones VI: Desigualdades y equidad

Mesa de comunicaciones VII: Evaluación económica y evaluación de tecnologías (II)

20.00 h.

**RECEPCIÓN DE BIENVENIDA**

## Jueves, 29 de mayo

09.30h-11.30h **Sesiones simultáneas**

Mesa de ponencias V: La dependencia y sus implicaciones para los sistemas sanitario y social

Coordinador: David Casado Marín, Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Moderador: Sergi Jiménez Martín, Universitat Pompeu Fabra

Ponentes: Juan Oliva, David Casado, François Béland

Presentación de los resultados de la Beca AES de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por Bayer 2007

Iván Moreno

Mesa de comunicaciones VIII: Variabilidad y adecuación de la práctica clínica

Mesa de comunicaciones IX: Organización industrial y regulación

Mesa de comunicaciones X: Evaluación económica y evaluación de tecnologías (III)

Mesa de comunicaciones XI: Análisis económico de la sanidad (II)

12.00h-13.00h **Conferencia**

Can pay regulation kill? Evidence on the effect of labor markets on hospital performance

Carol Propper, University of Bristol

13.00h-14.00h **Sesión de presentación de comunicaciones cartel**

15.30h-17.30h **Sesiones simultáneas**

Mesa de ponencias VI: Obesidad, comportamiento y economía

Coordinador y moderador:

Juan Oliva, Universidad de Castilla-La Mancha y FEDEA

Ponentes: José M<sup>a</sup> Labeaga, Beatriz González López-Varcárcel, Félix Lobo, Fernando Rodríguez Artalejo

Mesa de ponencias VII: Elección en políticas de Salud Pública: ¿efectividad, eficiencia y sostenibilidad?

Coordinadora: María José Rabanaque, Universidad de Zaragoza

Moderador: Vicente Ortún Rubio, Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Ponentes: Andreu Segura Benedicto, José Ramon Repullo Labrador, Milagros Pérez Oliva

Mesa de ponencias VIII: La incorporación de las tecnologías sanitarias en el SNS: expectativas y retos

Moderador: Antonio Sarriá, Director de la AETS del Instituto de Salud Carlos III

Ponentes: Alfonso Jiménez, José Asua, José Luis de Sancho, Margarita Alfonsel

Mesa de comunicaciones XII: Demanda/Utilización de servicios sanitarios

Mesa de comunicaciones XIII: Gestión, organización e innovaciones en centros sanitarios (I)

Mesa de comunicaciones XIV: Gasto sanitario y financiación de la sanidad pública

18.00h-19.30h **ASAMBLEA AES**

21.00h. **CENA DE LAS JORNADAS**

### Viernes, 30 de mayo

10.00h-12.00h **Sesiones simultáneas**

Mesa de ponencias IX: Regulación y política farmacéutica

Coordinadores: Marcos Vera y Jaume Puig Junoy

Moderador: Jaume Puig Junoy, Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Ponentes: Ricard Meneu, Begoña García Marinoso, Pau Olivella, Ester Martínez Ros

Mesa de ponencias X: Measurement of health and work disability with self-reports.

Coordinadora y moderadora:

Teresa Bago d'Uva, the Erasmus School of Economics

Ponentes: Carol Propper, Omar Paccagnella, Teresa Bago d'Uva

Mesa de comunicaciones XV: Gestión, organización e innovaciones en centros sanitarios (II)

Mesa de comunicaciones XVI: Deterioro de la salud, mercado laboral y dependencia

Mesa de comunicaciones XVII: Evaluación económica y evaluación de tecnologías (IV)

Presentación de libros

12.30h-13.30h **Conferencia:** The giants of excess: individual behaviour and public health

Julian Le Grand. London School of Economics and Political Science

13.30h-14.00h **Entrega de premios y acto de clausura**

### COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Fernando Rodríguez López

Vocales: Juan Carlos Alonso Punter, José M<sup>a</sup> Elena Izquierdo, Juan Carlos Gamazo Chillón, Carlos Polanco Sánchez, José Ignacio Sánchez Macías

### COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Ángel López Nicolás

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

### SEDE DE LAS JORNADAS

Hospedería Fonseca  
C/ Fonseca, 2  
37002 Salamanca

### SECRETARÍA TÉCNICA

AES  
SUPPORT SERVICIOS  
Calvet, 30  
08021 Barcelona  
Tel.: 932017571-Fax: 932019789  
E-mail: aes2008@aes.es  
www.aes.es/jornadas



# REFLEXIONES SOBRE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES EUROPEOS

Rubén Martín Payo<sup>1</sup>, Yolanda Valcárcel Álvarez<sup>1</sup>, Andrea Espiñeira Iglesias<sup>2</sup>

<sup>1</sup>: Profesor Universidad de Oviedo- Área de Enfermería

<sup>2</sup>: Diplomado Universitario en Enfermería

Correspondencia: [martinruben@uniovi.es](mailto:martinruben@uniovi.es); [valcarcelmaria@uniovi.es](mailto:valcarcelmaria@uniovi.es)

## Introducción

Los orígenes de la enfermería se pierden en el concepto de "arte de cuidar". La profesión ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha sido conocida con distintos nombres, como por ejemplo sanador, practicante..., adaptándose a las transformaciones sociales y tecnológicas pero, sin perder nunca de vista el objetivo final de la profesión que es la de prestar cuidados de calidad de forma eficiente apoyados en una base científica. Este proceso de cambio, ha propiciado que los profesionales de enfermería estén sometidos a una continua adaptación tanto en la práctica profesional como en su formación.

En nuestro país, si revisamos la historia más reciente, desde el año 1953 hasta el 1977, los enfermeros obtenían el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) tras cursar tres años académicos en las Escuelas de Enfermería no universitarias. En aquel momento surge el germen de las Especialidades Enfermeras pero no llega a tener un desarrollo significativo excepto la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). En el año 1977 la enfermería española entra en la Universidad, pasando entonces a denominarse el título como Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), la formación continúa siendo de 3 años (180 créditos) y se unifican los planes de estudios. La historia de la regulación de las especialidades es aún más reciente, en el año 2005 se ha publicado el RD 450/2005 de 22 de abril,<sup>1</sup> en el que se definen las siguientes:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica

Si bien ya existe la norma reguladora, actualmente sólo es posible cursar y ejercer como especialista en el caso de las dos primeras.

<sup>1</sup>. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril. Sobre especialidades de enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 108, (6-5-2005).

<sup>2</sup>. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco del título de grado de enfermería. ANECA; 2004 [acceso el 8 de abril de 2008]. Disponible en: [http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/activin/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf)

La reforma universitaria tras el acuerdo de Bolonia va a suponer un hito para los enfermeros, nos abre las puertas a la enseñanza de grado superior, con un primer ciclo de 4 años académicos (240 ECTS) y la opción de un segundo ciclo de Master, Especialidad y finalmente Doctorado, con ello rompemos ese techo con el que nos encontrábamos y que limitaba nuestro acceso a la docencia y a la investigación, pilares básicos para el desarrollo y el reconocimiento social de una profesión.<sup>2</sup> Ante esta perspectiva, y teniendo en cuenta la movilidad de profesionales en el entorno europeo que preconiza Bolonia, cabe preguntarse ¿cuál es la situación en otros países de nuestro entorno? Y, ¿con qué "equipaje formativo" nos lanzamos los enfermeros españoles al mercado de la sanidad europea?. La respuesta a estas preguntas se refleja en el Cuadro 1.

**Cuadro 1**  
**Formación de enfermería en Europa**

	<i>Francia</i>	<i>Italia</i>	<i>Portugal</i>	<i>Reino Unido</i>	
<b>Nivel educativo</b>	Universitario/ Master	Universitario Master Doctorado	Educación superior Licenciatura Master Doctorado	Universitario Doctorado.	Master Educación Sup.
<b>Título</b>	Diplome d'Infirmier d'Etat	Laurea in Infer- mieristica	Diploma del Curso Superior de Enfermería	Nursing Degree	Diploma of Nursing
<b>Duración en años</b>	3 años	3 años	4 años	4 años	3 años
<b>Organismo que titula</b>	Ministerio de Salud	Ministerio de Educación	Ministerios de Educación y Salud	United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting	
<b>Especialidades de post-grad</b>	Puericultura Obstetricia Quirúrgica Clínica	Cuidados Críticos Geriátrica Pediatria Salud Mental Salud Pública	Materno- Infantil Salud Mental Salud Pública Medico- Quirúrgica Geriátrica	Enf. del Adulto Salud Mental Infantil	
<b>Duración de las especialidades</b>	1 ó 2 años	1 año	1 ó 2 años	2 ó 3 años	
<b>Nombre de la titulación superior y duración</b>	Master en Ciencias Sanitarias y Sociales	Laurea Specialistica in Scienze Infermie- ristiche	Master en Ciencias de Enfermería	Master	
<b>Programas de doctorado</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	

Fuente: *Libro Blanco de la Titulación de Enfermería*- ANECA.<sup>2</sup>

## Funciones del personal de enfermería

Las funciones de enfermería son definidas por las organizaciones profesionales, de acuerdo con la legislación del país, basándose en criterios de competencia, responsabilidad y eficacia. Una buena definición útil para describirlas está extraída de la Declaración de Viena (1988): "los enfermeros tienen un papel activo en los servicios de salud a nivel local, regional y nacional con intervenciones en la gestión, planificación y asistencia y especialmente en el campo de la prevención capacitando a los ciudadanos para asumir su autocuidado informándoles de las consecuencias positivas y negativas de sus conductas así como del coste de las mismas".

En el SNS las funciones asumidas, tal como se recoge en Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias del 23 de mayo del 2003, se agrupan en cuatro grandes apartados: asistencial, docente, de gestión y de investigación.<sup>3,4</sup> Las labores asistencial y docente se identifican tradicionalmente con la profesión, mientras que las otras dos están menos desarrolladas y son más desconocidas para la población general. Los enfermeros especialistas se encuadran en el campo específico para el que se han formado, y se rigen por un marco legislativo y reglamentario propio. Con respecto a los países que se describen en el Cuadro 1, no hay prácticamente diferencias legislativas en lo relativo a funciones y responsabilidades, pero sí en el grado de desarrollo de las mismas. Los enfermeros (no especializados) franceses, italianos y portugueses en general se integran en equipos muy jerarquizados y desempeñan principalmente actividades dependientes, mientras que en España y Reino Unido han alcanzado más autonomía, acercándose a la propuesta de las organizaciones internacionales, el CIE (Consejo Internacional de Enfermería). Ya en el año 1975 en su informe *Autoridad Enfermera* plantea: "la enfermería es una profesión independiente aunque contribuye con otras profesiones afines a proporcionar cuidados de salud que la población necesita. Las enfermeras son responsables de los servicios de enfermería que proporcionan a toda persona enferma o sana". En 1985 la OMS declaró con el fin de alcanzar la meta *Salud para todos en el año 2000* que "... las enfermeras deben ser integradas definitivamente y firmemente como líderes y administradoras del Equipo de Atención Primaria de Salud".<sup>5</sup>

La resolución 49.1 de la Asamblea Mundial de Salud (1996) refleja el reconocimiento del potencial de enfermería para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de la atención en la salud por parte de los Estados Miembros.<sup>5</sup> En todo caso, el desarrollo de la profesión enfermera va ligado al desarrollo de los servicios de salud y por tanto depende de los procesos sociales económicos y políticos que se suceden en cada país. En España, cabe destacar la reforma de la Atención Primaria del Sistema Sanitario, regulada en el RD 137/1984, y la Ley

General de Sanidad de 1986, donde se reorganiza la prestación sanitaria nacional en dos niveles de asistencia: Atención Primaria y Atención Especializada y que permitió tal como proponía la OMS la creación de las Consultas de Enfermería en los Centros de Salud.<sup>6</sup>

## Los salarios

Es difícil realizar una comparación de las remuneraciones en el sector sanitario, los datos son escasos y exigiría tener en cuenta aspectos nacionales como: regímenes fiscales, deducciones o nivel de vida, influyen el sistema sanitario establecido en cada país y su organización como sector público o privado y según se trabaje por cuenta propia o en régimen asalariado. Hay diferencias sustanciales, incluso dentro de un mismo país, como es el caso de España, que al tener transferidas las competencias en materia de salud a las Comunidades Autónomas estas han desarrollado sus propios sistemas retributivos.<sup>7</sup> El Cuadro 2 pretende darnos una orientación comparativa de la remuneración en varios países Europeos.<sup>8</sup>

**Cuadro 2**  
**Comparación del salario de los enfermeros**  
**(Sobre una base de 100, definida para España)**

	España	Francia	Italia	Portugal	Reino Unido
Media horaria anual trabajada fuente EIRO, 2004	1.747,2	1575 h	1672 h	No disponible	1676,2 h
Sector público	100	81	81	80	89

Fuente: *Adecco Medical & Science*

Criterios adoptados:

- Salarios anuales brutos del sector público
- Para jóvenes titulados (menos de un año de antigüedad)
- Excluidos los complementos (nocturnidad, días festivos trabajados)

En cifras absolutas el sueldo medio de un de un Diplomado en Enfermería en el SNS Español es aproximadamente 1.600€/mes, algo más elevado en Atención Primaria. En Francia cercano a 1.400€/mes en el sistema público, en Portugal es próximo a los 1.300€/mes, en Italia aproximadamente 1.400€/mes y en el Reino Unido es variable en función de la formación del profesional (Véase el Gráfico 1), pero en general más elevado que en España.

<sup>3</sup>. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 280, (22/11/2003)

<sup>4</sup>. Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 55/2003 de 16 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 301, (17-12-2003).

<sup>5</sup>. Torres Esperón JM. Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400009&script=sci_arttext).

<sup>6</sup>. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-4-1986).

<sup>7</sup>. Gervas J, Ortún V. Atención Primaria en España 1985, 1999. Monografía en Internet [acceso el 10 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper13.pdf>

<sup>8</sup>. Adecco Medical and Science. Los profesionales de la salud en Europa. Estudio documental Lab'Ho, el Observatorio del Grupo Adecco. Glattburg: Adecco Medical and Science; 2007

**Gráfico 1- Oferta de empleo en el Reino Unido**

Job	Location	Salary	Job type	Posted / Closing
School Health Advisor School Health	Newcastle Upon Tyne	Band 5 £19,683- £25,424 pr	Permanent	07/04/2008 / 21/04/2008
PLEASE NOTE THAT IF YOU WERE SUCCESSFUL AT THE SHORTLISTING STAGE INTERVIEW DETAILS WILL BE SENT TO YOU VIA THE EMAIL ADDRESS THAT YOU APPLIED... have first level <i>nursing</i> qualification and some experience of working with children/young people and their families. You will have knowledge of Safeguarding Children and the ability to work with minimum supervision. You will have good...				
Team Sister - IF Unit St. Mark's	Harrow	Band 6	Permanent	07/04/2008 / 14/04/2008
We are seeking to appoint a highly motivated, dynamic and enthusiastic Sister/Charge nurse to join our existing team. St Mark's is a tertiary referral centre... supporting the lead nurse in providing a... the Burdett Institute Nursing on site there are exceptional opportunities for professional development and higher academic achievement For further information and informal visits please contact Jane Campbell, Modern...				
Department Sister/ Manager Dermatology Day Unit Paignton Hospital Dermatology	Paignton	£13,136 to £17,796	Permanent	07/04/2008 / 14/04/2008
We need a dynamic specialist nurse to take responsibility for the Phototherapy Day Unit at Paignton Hospital. The successful post holder will be responsible for maintaining and developing high standards of nursing care for patients undergoing treatment. You will be expected to take charge and manage the unit, supervise and teach junior staff. As a Trust we are committed and...				
School Nurse Administrative Assistant South East - Shoreham Health Centre	Shoreham	£12,577- £15,523 pro rata	Permanent	07/04/2008 / 21/04/2008
SCHOOL NURSE ASSISTANT Band 2 Hours 16 per week, Term-Time only Base: Shoreham Health Centre The School Nursing Service is committed to the modernisation agenda for children's services. A vacancy has arisen within the pro-active team in Adur, and they are looking for an administrative assistant to join the team. Good communication and computer skills are essential for this post....				

Fuente: NHS, extraído el 7 de abril de 2008 de <http://www.jobs.nhs.uk/>

Anuncios como éste, difícilmente visibles en el SNS español, son comunes en el Reino Unido, y de él se deducen varias conclusiones. La primera de ellas es que el profesional puede circunscribir su trabajo a su especialidad. La segunda, la importancia del desarrollo de la carrera profesional a la hora de aspirar a un determinado puesto de trabajo y finalmente, la diferencia de remuneración en función de los dos aspectos indicados anteriormente.

#### La escasez de profesionales de enfermería en Europa

Los expertos sanitarios alertan de la escasez de enfermeros en Europa desde hace ya algún tiempo. El origen del problema deriva de varios factores:

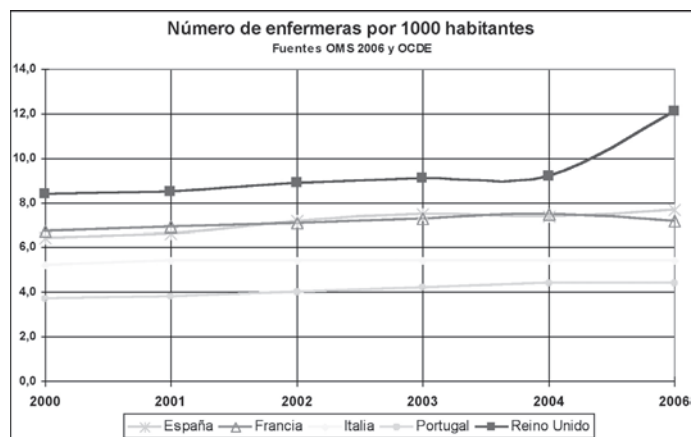
- El envejecimiento de la población que implica una mayor necesidad de cuidados.
- Mayor grado de desarrollo de los países y por tanto, aumento de las prestaciones socio-sanitarias por parte de los gobiernos.
- Políticas de planificación sanitaria inadecuadas en cuanto a previsiones de personal y escaso apoyo a la promoción y desarrollo de la profesión.
- El abandono de la profesión motivado por las peculiaridades de la jornada laboral, las dificultades de conciliar vida familiar y laboral en un colectivo eminentemente femenino y su escasa consideración social.

En cuanto al número de profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes, se aprecian diferencias significativas entre los países mencionados en este artículo, tal y como indica el informe de la Organización Mundial de la Salud, The World Health Report 2006 (véase el Gráfico 2).

<sup>9</sup>. Organización Mundial de la Salud. Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. OMS; 2006 [acceso el 10 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e88366.pdf>

<sup>10</sup>. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report. OMS; 2006 [acceso el 10 de abril de 2008]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2006/annex/06\\_annex3\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex3_en.pdf)

**Gráfico 2**



Fuente: Organización Mundial de la Salud, The World Health Report 2006.

Como se observa en el Gráfico 2, la tendencia general en estos países es a mantener, o incluso a aumentar, como es el caso de Reino Unido, el número de profesionales de enfermería. El porqué de este empeño se puede concretar en tres aspectos. El primero de ellos, y quizás el más importante para las autoridades sanitarias, es lo eficiente que esta profesión resulta para la economía del país, sobre todo en los equipos de Atención Primaria. Hay estudios que demuestran que la calidad de atención sanitaria en este nivel asistencial mejora cuando el trabajo del médico se complementa con el de profesionales de enfermería.<sup>9,11</sup>

Otra circunstancia a considerar es la demanda que los ciudadanos hacen de estos profesionales, debido fundamentalmente a la consideración integral del ser humano, enfoque del profesional de enfermería. Esta circunstancia ha dado lugar a un hecho, la "importación" de enfermeros de otros países por parte de los estados europeos y otros más desarrollados y que por tanto ofrecen mejores condiciones que sus países de origen.

Esta medida, considerada globalmente como positiva, ha sido tratada por la OMS, ya que si bien es verdad sirve de solución a algunos países, potencialmente puede generar un déficit de profesionales en los países menos desarrollados.

Finalmente, y también en relación con el auge de la movilidad de profesionales de enfermería en la Unión Europea, esta situación posibilita la contratación de profesionales cualificados para desarrollar las funciones de la profesión independientemente del país donde se demanden.

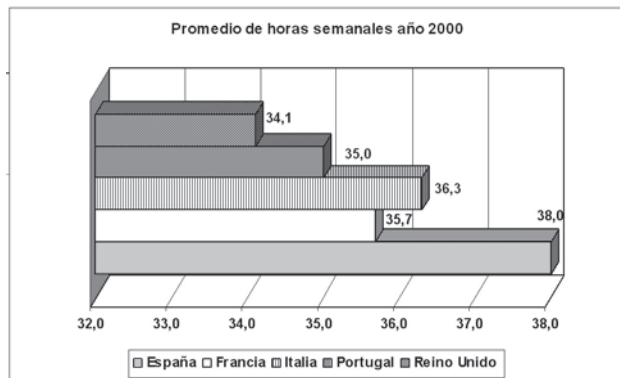
La solución a la escasez de profesionales al que nos estamos refiriendo no es la única, otras estrategias también se están utilizando son, aumentar el número de plazas de formación, mejorar las condiciones laborales con medidas de conciliación familiar, reduciendo la carga de trabajo, reduciendo la jornada laboral (véanse los Gráficos 3 y 4) o aumentando el poder adquisitivo.<sup>12</sup>

<sup>11</sup>. Gervas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del Siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. SEMERGEN 2004; 30(5): 245- 57.

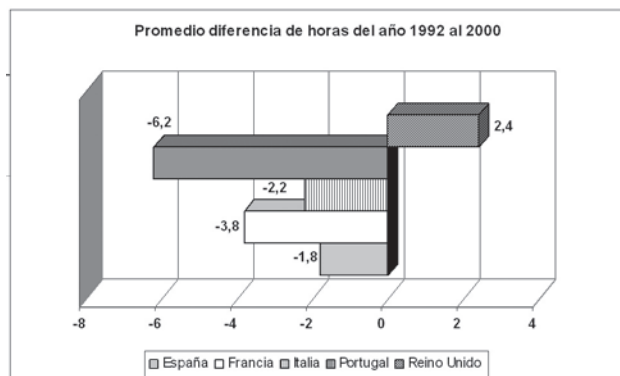
<sup>12</sup>. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD; 2005 [acceso el 12 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/10/34571365.pdf>.



**Gráfico 3**



**Gráfico 4**



Fuente: Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD; 2005.

## Conclusiones

Si bien en el ámbito europeo la Enfermería tiende a una convergencia en cuanto a formación, grado y postgrado, que se va a ver favorecida por los acuerdos de Bolonia, el desarrollo de la profesión está marcado por grandes diferencias, condicionadas fundamentalmente por las características del sistema de salud y el reconocimiento social de la profesión.

En muchos países de Europa se espera un déficit de personal de enfermería, ocasionado por la creciente demanda social de estos profesionales, el envejecimiento de la población, la falta de motivación laboral y las propias características de la profesión, como son el trabajo a turnos, la carga de trabajo... para paliar esta previsión se están adoptando medidas, entre las que destacan incentivos económicos, reorganización de las jornadas de trabajo e importación de profesionales de otros países. Además de lo anterior, y como opinión personal, consideramos que entre las opciones de mejora para la profesión estarían: un replanteamiento del rol enfermero, ya que si se tiende en Europa a la unificación de formación y título, las funciones también habrían de asimilarse; su promoción, para favorecer un mayor prestigio social; y mayor desarrollo y cualificación, de forma que se avance hacia una identidad propia e independiente. Por último, y en el caso de España, sería deseable reforzar la consideración que el grado de desarrollo profesional tiene en la nivelación salarial.

# INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN SOCIAL Y RELACIÓN RENTA-SALUD EN LA UNIÓN EUROPEA \*

Pilar García Gómez<sup>1</sup>, Ángel López Nicolás<sup>2</sup>, Ana Tur Prats<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Universitat Pompeu Fabra/CRES

<sup>2</sup>. Universidad Politécnica de Cartagena y CRES

La literatura en el ámbito de la salud pública y la economía de la salud contiene abundante evidencia sobre la relación entre condiciones socioeconómicas y estado de salud. Sin embargo el paso desde la evidencia empírica a la recomendación de políticas no es fácil en este contexto, dado que el estado de salud y el nivel

socioeconómico están relacionados a través de mecanismos de causalidad directa e indirecta: ¿son los individuos menos sanos relativamente más pobres porque no pueden trabajar? o ¿es acaso un menor nivel de renta lo que causa un peor estado de salud? En función de cuál sea el mecanismo causal, las políticas para suavizar dicha asociación son bien diferentes. En el primer caso, se podrían considerar políticas que incentiven la oferta laboral de los individuos con peor estado de salud reduciendo los costes directos de trabajar. Si tuviera más peso el segundo

\* Resumen del proyecto ganador de la Beca AES de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por la empresa QF Bayer (Edición 2006).

mecanismo, la clave podría residir en medidas que se centraran en el acceso a la atención sanitaria, la reducción de la pobreza o la promoción de hábitos de vida saludables entre determinados colectivos de la población.

En este contexto, nuestro trabajo analiza las relaciones de causalidad entre salud y situación ocupacional. Si bien la literatura internacional parece confirmar que los cambios en el estado de salud causan cambios en el estatus laboral, no existe consenso sobre la magnitud de los mismos. Ello se debe a que la variedad de muestras y métodos utilizados dificultan la comparación de los resultados de distintos estudios. Nuestro estudio parte de la premisa de que las diferencias en las estimaciones de dichos efectos para distintos países se puede explicar por el énfasis con que en cada país se aplican medidas sociales que potencialmente se contrarrestan: protección de rentas ante cambios en la salud vs. fomento de la participación laboral de las personas con problemas de salud. Por otro lado, a la hora de analizar las características de estas políticas, no debe olvidarse que los individuos, tras un deterioro del estado de salud pueden transitar a diferentes estados ocupacionales (inactividad económica, desempleo o jubilación) y, por tanto, debe considerarse la importancia de los incentivos que provee el Sistema de Seguridad Social en su conjunto.

En concreto, en este trabajo analizamos si tras un deterioro en el estado de salud disminuye la probabilidad de seguir trabajando y, en caso de ser así, hacia qué estado se transita. Dado que el interés radica en las transiciones que no se deben a la disponibilidad de la jubilación, nuestra población de interés son individuos de 16 a 60 años. Nuestra estrategia empírica explora la secuencia temporal de los eventos como fuente de identificación del efecto del deterioro en el estado de salud sobre los resultados laborales. De este modo estimamos los efectos de interés examinando a individuos que inicialmente presentan un buen estado de salud y que se encuentran trabajando. Con dicho objetivo usamos técnicas de evaluación de programas para datos observacionales (propensity score matching y propensity score matching combinado con dobles diferencias) con datos procedentes de la encuesta del Panel de Hogares de la Unión Europea que cubre el período 1994-2001 para un total de 9 países europeos (Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia y Portugal). La comparabilidad de los datos, así como la homogeneidad en el método permiten la comparación de los efectos estimados entre países.

Nuestros resultados muestran que, en la mayoría de los países analizados, los individuos que sufren un deterioro en el estado de salud son más propensos a dejar de trabajar, aunque la magnitud del efecto difiere entre países. Las cifras de la primera columna del Cuadro 1 corresponden a las estimaciones del cambio en la probabilidad de continuar trabajando para los individuos que sufren un deterioro en su estado de salud. Las columnas restantes muestran los cambios en las probabilidades de transitar a otros estados laborales. Los países en los que el efecto es mayor son Dinamarca, Holanda e Irlanda, mientras que no es significativo estadísticamente en Francia, Italia y Grecia. También cabe destacar que si bien en la mayoría de casos los individuos transitan hacia la inactividad económica, en Dinamarca y Holanda encontramos que los individuos también transitan

hacia el desempleo. Al mismo tiempo, tan sólo en Dinamarca los individuos optan por la jubilación anticipada.

**Cuadro 1**  
**Efecto medio de sufrir un deterioro en el estado de salud sobre la probabilidad de encontrarse en diferentes estados laborales (para el conjunto de individuos que sufren un shock en el estado de salud)**

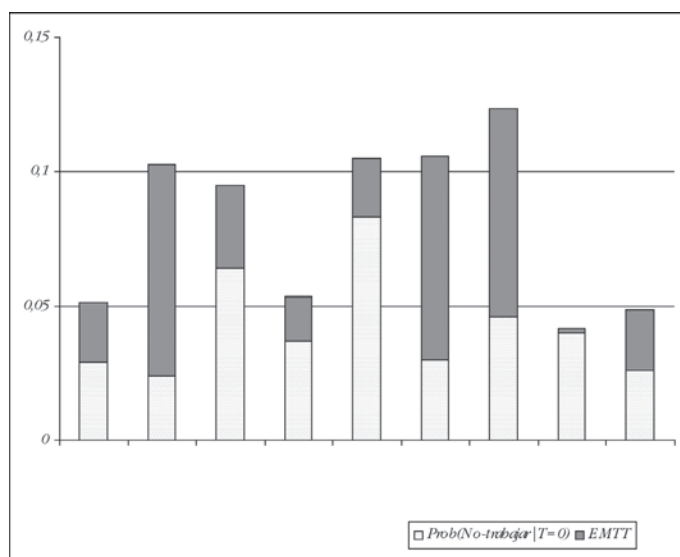
País	Trabajar	Desempleo	Inactividad	Jubilación	Inactividad o Jubilación
Bélgica	-0,0221	0,000	<b>0,0177</b>	0,0088	<b>0,0265</b>
Dinamarca	<b>-0,0786</b>	<b>0,0437</b>	<b>0,0262</b>	<b>0,0218</b>	<b>0,048</b>
España	<i>-0,0306</i>	-0,0162	<b>0,054</b>	-0,0018	<b>0,0522</b>
Francia	-0,0163	0,0113	0,0013	0,0025	0,0038
Grecia	-0,0219	0,0044	0,0000	0,0000	0,0000
Holanda	<b>-0,0756</b>	<b>0,0315</b>	<b>0,0126</b>	0,0000	<b>0,0126</b>
Irlanda	<b>-0,0774</b>	0,0000	<b>0,0516</b>	0,0065	<b>0,0581</b>
Italia	-0,0016	0,000	0,004	-0,0049	-0,0008
Portugal	<b>-0,0229</b>	0,0042	<b>0,0083</b>	0,0028	0,0111

Nota: en negrita valores significativos al 95% y en cursiva al 90%

Aunque la magnitud estimada de los efectos varía entre los diferentes países europeos que hemos considerado, para evaluar en qué medida dicho efecto es relevante es necesario comparar los valores mostrados en el Cuadro 1 con la probabilidad de que nuestra población de interés no trabajase en caso de que su estado de salud no hubiese empeorado. Esta comparación se muestra en el Gráfico 1. La barra inferior muestra la probabilidad de abandonar el empleo si dichos individuos hubiesen mantenido un buen estado de salud, mientras que la barra superior muestra el incremento en tal probabilidad a causa del deterioro en el estado de salud. Se puede apreciar que la magnitud relativa del efecto del shock sobre el estado de salud no es trivial, dado que la probabilidad de no estar trabajando aumenta a más del doble en varios casos. Aún más, se puede apreciar que no existe una asociación clara entre la probabilidad a priori de abandonar el mercado de trabajo y la magnitud del efecto. Por ejemplo, el efecto medio estimado para Dinamarca e Irlanda es similar, pero mientras que para Dinamarca la probabilidad de abandonar el mercado de trabajo en ausencia de un deterioro en el estado de salud es la más pequeña, la correspondiente probabilidad para Irlanda se encuentra entre las más altas. Así pues,

para Dinamarca encontramos un mayor efecto en términos relativos. Nótese que, de igual manera, al comparar España y Portugal encontramos que el efecto relativo es menor en nuestro país.

**Gráfico 1**  
**Relevancia de la magnitud de los efectos encontrados.**  
**Cambios en la probabilidad de no trabajar tras**  
**sufrir un shock en el estado de salud**  
**(para el conjunto de individuos que sufren**  
**un shock en el estado de salud)**



Un análisis del contexto institucional nos permite explicar parcialmente las diferencias entre los efectos estimados para estos países. Así, en uno de los países donde el efecto es más alto, Irlanda, la percepción de prestaciones por incapacidad es incompatible con cualquier tipo de renta laboral, lo cual probablemente incentiva el completo abandono del mercado de trabajo de individuos con una discapacidad parcial. Al mismo tiempo, el efecto estimado no es significativo en el caso de Italia y Francia, lo cual podría reflejar la existencia de cuotas obligatorias (7% en Italia y 6% en Francia) en los puestos de trabajo que el empresario debe reservar a individuos con discapacidades. Estos resultados empíricos son consistentes con la percepción de que en los países en los que las cuotas son mayores, los empresarios tienen incentivos a conservar a

los trabajadores con una discapacidad declarada<sup>1</sup>. La ausencia de una política de cuotas es un rasgo que comparten Irlanda, Holanda y Dinamarca, los tres países en los que la estimación del efecto de interés es mayor.

La constatación de que los individuos transitan hacia el desempleo tanto en Holanda como en Dinamarca puede responder a dos características distintivas de estos dos países. Por un lado, la tasa de sustitución de los ingresos (el cociente de los ingresos en desempleo sobre los ingresos trabajando) en ambos países es de las más altas de Europa. Por otro, estos países han articulado un amplio conjunto de políticas de integración laboral para las personas que padecen discapacidad. Desafortunadamente, para discernir si los efectos observados se deben a una u otra de dichas características sería necesario seguir a los individuos en el tiempo y observar su comportamiento una vez finalice la percepción de prestaciones por desempleo, lo cual no es posible con los datos disponibles.

Si, tal como se argumenta<sup>1</sup>, la renta media de los individuos que padecen discapacidades y trabajan es similar a la del resto de trabajadores mientras que la de aquellas personas con discapacidad que no trabajan es sensiblemente inferior, resulta desafortunado que el contexto institucional de algunos países incentive en mayor manera que otros el abandono del mercado laboral tras un deterioro en el estado de salud.

En resumen, constatamos que el estado de salud es un determinante importante de las transiciones ocupacionales de los trabajadores jóvenes, que suelen pasar a la inactividad económica si les sobreviene un deterioro de su estado de salud. Esta es una situación preocupante porque el flujo de salida de este estado es muy bajo<sup>1</sup>. Ello sugiere que, para conseguir mayores tasas de participación en edades avanzadas, las políticas socio-laborales no sólo deben buscar la manera de incentivar el retraso en la edad de jubilación, sino también preocuparse por mantener a los individuos más jóvenes con problemas de salud en el mercado de trabajo. En este sentido nuestros resultados muestran que existe cierto margen para aprender del contexto institucional de otros países de nuestro entorno.

<sup>1</sup> OECD (2003) "Transforming Disability into Ability. Policies to promote work and income security for disabled people". Paris.



**Rodríguez Martínez M, Urbanos Garrido R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier; 2008.**

Si no me descuento, este libro hace el número 21 en la colección dirigida por **Vicente Ortún, Marisol Rodríguez y Rosa Urbanos**, sus coordinadoras, dicen que fue concebido (sic) a modo de novela clásica. Bajo el esquema de planteamiento, nudo y desenlace. Apuntan que el planteamiento corre a cargo, además del capítulo introductorio firmado por ambas editoras, de **Enrique Regidor** (Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud) y **Xavier Metzger y Ignacio Abásolo** (Aversión a la desigualdad socioeconómica en salud). En estos tres capítulos se presentarían los fundamentos morales del tema que justifican la adopción de políticas para la reducción de las desigualdades, se revisarían las evidencias sobre el problema y se examinaría, desde el punto de vista teórico y práctico, la aversión de los individuos y las sociedades a la desigualdad socioeconómica en salud.

El nudo de la cuestión, la gran pregunta, sería cómo las desigualdades socioeconómicas dan lugar a desigualdades en salud. A ello se dedican los capítulos siguientes, que profundizan en las hipótesis de la renta absoluta, la renta relativa o el capital social como mecanismos mediadores. También se recoge la posibilidad de la transmisión intergeneracional de la salud y la hipotética responsabilidad del sistema sanitario en dichas desigualdades, en caso de que éste no trate por igual a todos los individuos con igual necesidad. Los autores de estos capítulos son **Pilar García-Gómez, Cristina Hernández-Quevedo y Ángel López-Nicolás** (Renta absoluta y renta relativa: ¿cuál es su papel en la determinación de las desigualdades en salud?). **Alexandrina Stoyanova y Luis Díaz-Serrano** (Salud y capital social), **David Cantarero y Marta Pascual Sáez** (Transferencia intergeneracional de desigualdades en salud) **Rosa Urbanos Garrido y Ricard Meneu de Guillema** (La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes), y de nuevo **Ricard Meneu**, ahora con **Salvador Peiró** (Disparidades en la efectividad y utilización de los servicios sanitarios e implicaciones de equidad). Finalmente, en el último capítulo, y a modo de desenlace, **Meritxell Solé Juvés y Marisol Rodríguez** (Las políticas de corrección de las desigualdades en salud: un intento de clasificación y síntesis) sintetizan y ordenan las principales estrategias y propuestas para corregir las desigualdades en Salud.

El libro no solo “trata de sistematizar [...] el conocimiento disponible sobre las desigualdades sociales en salud (en términos de magnitud, relevancia social, mecanismos causales y estrategias para su reducción) tanto en España como internacionalmente” sino que aporta evidencias locales y, también, elementos para orientar el diseño de políticas para corregir inequidades. Un nuevo libro importante en una colección de libros importantes. Y si no fuera el 21, tampoco sería la primera vez que me fallan los dedos.

**Puig-Junoy J, coord. La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Barcelona: Fundació Rafael Campalans; 2008. Accesible en : <http://www.fcampalans.cat/newsletter.asp?id=46>**

El objetivo del informe en palabras de su coordinador es “...contribuir a difundir información y conocimiento basado en la investigación sobre las posibilidades y el impacto de la contribución financiera del usuario de la sanidad pública en el futuro de la financiación de prestaciones sanitarias y farmacéuticas (en el marco del SNS)”. Con tal fin, el informe despliega ocho capítulos elaborados por investigadores y colaboradores del CRES (**David Casado, Beatriz González, Guillem López, Ivan Planas, Ángel Puyol González, Marisol Rodríguez, Anna Tur** y el propio **Jaume Puig**) donde se analiza, entre otros temas, la racionalidad de la contribución financiera del usuario a la sanidad pública, el impacto de los copagos sobre la utilización, el gasto, la equidad y la salud, un panorama de la contribución financiera de los usuarios en Europa, el reparto de costes en la atención a la dependencia y se cierra con una propuesta para la articulación de un sistema de copagos basados en la renta.

Cada uno de los capítulos ha tratado el tema con rigor y calidad y sería complicado destacar uno por encima de otro. No obstante, es muy interesante comparar la heterogeneidad existente en los diferentes países europeos en cuanto a la articulación de sus sistemas de repartos de costes en diferentes niveles asistenciales y la intensidad de los mismos. Asimismo, una reflexión aparte merece la comparación del actual sistema de copagos sanitarios en España frente a la que se da en la financiación de plazas residenciales para el cuidado a personas dependientes. En suma, una obra de interés que contribuye al debate sobre el reparto de costes en el medio sociosanitario, sin eludir sus problemas, pero sin demonizarlos. Sin dejar de destacar potenciales ventajas, pero sin loarlas acríticamente. Comentario de Juan Oliva. O casi.



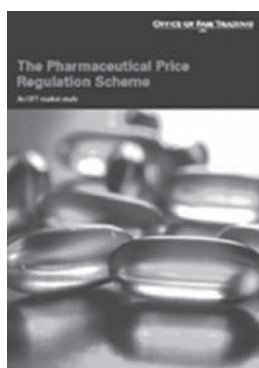




**Carrasco R, Jara M, Vidal J. Conspiraciones Tóxicas. Cómo atentan contra nuestra salud y el medio ambiente los grupos empresariales. Madrid: Ediciones Martínez Roca; 2007.**

Este libro me lo recomendó **Miquel Porta**. Me decía que “en un lenguaje accesible para muchos lectores ofrece numerosos ejemplos sobre las relaciones de las grandes empresas y el poder político para evitarle regulaciones exigentes a la energía nuclear, a los alimentos transgénicos, a las megaurbanizaciones costeras o a los innumerables tóxicos esparcidos al ambiente por la industria química” y que “aunque, por supuesto, no es perfecto, el libro tiene calidad y representa un avance en el tratamiento riguroso de estas cuestiones”.

Según **Miquel Porta** este libro “aporta algo nuevo a la información que hasta ahora se ha dado de los asuntos ecológicos en España: una investigación sobre el trabajo en la sombra de estos grupos de presión, que no suelen aparecer en la foto pero que están detrás de numerosas decisiones ambientales de envergadura y de muchos de los problemas ambientales y de salud pública que nos aquejan”. Pues eso.



**The Pharmaceutical Price Regulation Scheme. An OFT market study. London: Office of Fair Trading; 2007. Accesible en:**

Hace meses que intento hacer una reseña de este extenso informe sobre el esquema de regulación del precio de los medicamentos en el Reino Unido que, por estas fechas, cumplirá el año de su aparición. Se trata de un documento importante cuya principal recomendación es reformar profundamente el actual sistema de regulación de precios y sustituirlo por una aproximación en la que el precio de los medicamentos estaría basado fundamentalmente en su aportación clínico-terapéutica, esto es, en su valor. El informe apunta no solo ahorros para los pacientes o el National Health Service sino un sistema de incentivos a la innovación orientado hacia la inversión en los medicamentos más beneficiosos para la sociedad.

El informe no tiene desperdicio en los aspectos descriptivos y argumentales. Pero su importancia, y el motivo por el que ha levantado ampollas en la industria farmacéutica británica, estriba en que no se trata tanto de un ejercicio académico como de una propuesta pragmática, capaz de ser puesta en marcha (en el informe se apuntaba el 2010) y que tiene en cuenta los condicionantes para su aplicación.

En nuestro territorio, y pese a que sin duda todo el mundo encontrará motivos para discrepar en algún punto, la lectura de este texto es imprescindible para los interesados en los mecanismos de regulación de precios de los medicamentos. No porque los Ministerios de Industria, de Sanidad y los propios laboratorios no se encuentren cómodos con los actuales esquemas de negociación, sino porque no deberían estarlo.

## tesis

Sección coordinada por Jaime Pinilla  
([jpinilla@dmc.ulpgc.es](mailto:jpinilla@dmc.ulpgc.es))

# ESTUDIO ECONÓMICO-SANITARIO DE LAS NECESIDADES DE EQUIPAMIENTO DE ALTA TECNOLOGÍA MÉDICA EN GALICIA: PLANIFICACIÓN

**Francisco Reyes Santías**

*Tesis Doctoral defendida en el Departamento de Análisis Económico y Administración de Empresas de la Universidad de A Coruña, dirigida por el Prof. Andrés Faiña Medín y que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad.*

*E-mail: [francisco.reyes.santias@sergas.es](mailto:francisco.reyes.santias@sergas.es)*

### Introducción

Se justifica la elección de las tecnologías de Ct y RM para su estudio en base a las prioritizaciones realizadas por el Prof. David Banta, la OTA y el Ministerio de Sanidad y Consumo en España.

### Objetivos:

Evaluar las circunstancias de la adopción de la Tomografía Computerizada (TC) y la Resonancia Magnética (RM); analizar sus curvas de difusión; valorar la extensión de su uso.

### Material y métodos:

El estudio se basa en una muestra de datos de panel, que consta de la totalidad de los hospitales públicos pertenecientes al SERGAS

Las variables utilizadas para el estudio se han agrupado en variables sociodemográficas, variables de recursos y estructura de los hospitales y variables de actividad de los hospitales.

Se han realizado análisis cluster de los hospitales y las variables.

Se ha reducido el número de variables a emplear en el estudio agrupándolas en factores con un análisis de componentes principales.

El estudio de la difusión de las tecnologías y la obtención de la curva de difusión se ha realizado empleando la metodología de modelos lineales generalizados de medidas repetidas aplicada a los cluster.

El estudio de la adopción de la tecnología por un hospital se ha realizado empleando la metodología de análisis discriminante.

El estudio de la extensión de uso de las tecnologías se ha realizado siguiendo la metodología de la regresión lineal múltiple de mínimos cuadrados ordinarios.

#### **Resultados y discusión:**

El análisis cluster muestra que las tecnologías de CT y RM se sitúan de forma preferente en localizaciones urbanas; que la motivación en la adquisición de tecnología está influida por la actividad docente y que uno de los factores más importantes que explican la variación entre áreas y hospitales en la adopción de esta tecnología médica es la proporción de tecnología de titularidad privada y pública.

Los resultados del análisis de componentes principales, muestran un primer factor referido a los recursos sanitarios y a la actividad hospitalaria, un segundo factor muestra la actividad radiológica del hospital y el equipamiento de titularidad pública de la tecnología de CT, un tercer factor hace referencia a las variables de investigación y docencia, un cuarto factor conformado por la actividad trasplantadora, un quinto factor se refiere fundamentalmente al diagnóstico y tratamiento del cáncer y un sexto factor referido a la dispersión geográfica.

La difusión de la tecnología de RM en el período estudiado se ha producido en los hospitales universitarios. Esta situación coincide con las sendas de difusión de la tecnología de RM en otros países de la OCDE.

Contrasta la curva de difusión de la tecnología de CT en el sector privado con las curvas con pendiente creciente en el sector público, lo que determinaría que la oferta de equipos de CT en el sector público y privado no sería una oferta complementaria sino una oferta sustitutiva.

Los factores más influyentes en la adopción de la tecnología de CT por un hospital público son, por este orden: la dimensión de los recursos hospitalarios y su actividad, la actividad trasplantadora, el diagnóstico y tratamiento del cáncer y la dispersión de la población; mientras en la adopción de CT por el sector privado influyen el factor dimensión del hospital, el factor diagnóstico y tratamiento del cáncer y el factor investigación y docencia.

Los tres factores que explican la adopción de tecnología RM por un hospital público son la dimensión del hospital, la actividad radiológica y el factor cáncer. Los mayores valores para los coeficientes de la función discriminante explicativa de la adopción de la RM privada, los presentan el factor cáncer, la dimensión de los hospitales y el factor trasplantes.

Las variables con mayor influencia en el número de exploraciones de CT son el factor radiología, el factor de dimensión y volumen del hospital y su actividad, y el factor diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Las variables con mayor influencia en el número de exploraciones de RM son el factor radiología, el factor trasplantes y el factor de dispersión geográfica, que muestra que la mayor concentración de población influye en el incremento del número de exploraciones de la tecnología de RM.

#### **Conclusiones:**

1) En la utilización de las tecnologías de CT y RM se cumple la Ley de Roemer, que relaciona la utilización de los servicios hospitalarios con su disponibilidad; 2) Las tecnologías de CT y RM son complementarias; 3) La difusión de la tecnología de CT en los hospitales públicos se ha realizado conforme al criterio de equidad; 4) La dimensión y el volumen de actividad del hospital son el principal factor que determina la adopción de las tecnologías de CT y RM en los hospitales de titularidad pública en Galicia; 5) En su actual estadio de difusión, la tecnología de RM se puede considerar un sustitutivo de la medicina nuclear; 6) Existe inducción de la demanda de exploraciones de CT en los hospitales públicos; 7) La adopción de la tecnología de CT y RM por el sector privado es sustitutivo de la actividad radiológica en el sector público; 8) El sector privado localiza la tecnología de CT y RM en los núcleos de mayor densidad de población.

## **LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE AGUDOS DE CANARIAS 1996-2005**

**M<sup>a</sup> Dolores Fiuza Pérez**

*Tesis doctoral dirigida por el Prof. Dr. Lluís Serra Majem, defendida el 5 de noviembre de 2007 en el Departamento de Ciencias Clínicas de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad.*

*E-mail: mfiuper@gobiernodecanarias.org*



**Introducción:** La práctica médica en sociedades desarrolladas ha posibilitado la definición de ciertos perfiles (profiling), basados en las tasas de determinados sucesos involucrados en la atención al paciente. De la información

obtenida en el análisis de estos sucesos podría inferirse la adecuación de la asistencia prestada, en términos de calidad y eficiencia de los cuidados médicos proporcionados.

La mortalidad hospitalaria es un evento cuyo estudio ha sido propuesto por diferentes investigadores de las ciencias de la salud para proporcionar información relevante en cuanto

a las prácticas asistenciales en un determinado ámbito. La mortalidad evitable, valorada también en función de criterios estandarizados, puede ser utilizada como "indicador centinela" de prácticas, al menos cuestionables, en cuanto a la asistencia prestada y podría constituir una alternativa para valorar posibles fallos de la calidad del sistema.

La existencia de un registro autonómico del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta de hospitalización (CMBD) nos permite disponer de bases de datos Clínico-Administrativas, construidas con arreglo a criterios homologables internacionalmente, que contienen herramientas adecuadas para el estudio de determinados eventos de la práctica clínica como morbilidad y mortalidad en base a la Codificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), Mortalidad Evitable, Índice de Charlson, etc.

**Objetivo:** Desarrollar la metodología que nos permita el análisis de la mortalidad intrahospitalaria dentro de un sistema de monitorización continua de la calidad asistencial.

**Material y Método:** Hemos realizado un estudio Observacional Retrospectivo para conocer la tasa de mortalidad hospitalaria en los hospitales públicos de agudos de Canarias y las variables que en ella influyen durante los años 1996 a 2005. La población objeto del estudio la constituyen las altas de hospitalización un total de 899.815 asistencias obtenidas a través del CMBD. Con objeto de homogeneizar la población del estudio hemos excluido las altas de los Servicios de Cuidados Paliativos, ya que nos interesaba analizar la mortalidad hospitalaria en procesos agudos de atención.

Para analizar la causa de muerte obtenida a partir del Diagnóstico Principal del CMBD, hemos utilizado la lista de categorías de la CIE-9-MC a tres dígitos. La Mortalidad Evitable se construyó a través de la Lista de Consenso para España propuesta por Gispert y cols en 2006, considerado sólo las causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS).

A través de los Diagnósticos Secundarios hemos podido aproximarnos a la medición de la comorbilidad asociada, aplicando el Índice de Comorbilidad de Charlson de la versión adaptada por Librero y cols. 1999.

Hemos estipulado como Complicaciones de Cuidados Quirúrgicos y Médicos a las altas hospitalarias por esta causa, seleccionando los códigos 996 a 990 de la CIE-9-MC.

Además del análisis descriptivo y bivariante, se construyó un modelo de regresión logística. La estimación de un modelo de regresión logística proporciona los odds-ratio que, en nuestro caso, constituyen un estimador de magnitud de riesgo relativo de muerte intrahospitalaria. Para establecer dicho pronóstico se fijó un punto de corte del 0.03 ya que la tasa de mortalidad del periodo es del 3%.

La variable dependiente es el fallecimiento (exitus) y las variables independientes incluidas en el modelo: Causas de muerte más frecuentes (lesiones, circulatorio, digestivo,

respiratorio y neoplasias) Sexo (hombre o mujer) Edad en 4 intervalos (se ha tomado como referencia los menores de 29 años) Estancias en 4 intervalos (se ha tomado como referencia las estancias menores o iguales a 2 días) Comorbilidad en 4 intervalos (se ha tomado como referencia el índice de Charlson igual a 0) Tipo de ingreso (urgente o programado) Hospital en 7 categorías (se ha tomado como referencia el Materno-Infantil). Se han analizado 635.342 casos perdiendo un 3,9%. Siendo el ajuste global del modelo del 78,1%.

**Resultados y Discusión:** La tasa bruta de mortalidad intrahospitalaria en los hospitales públicos de agudos de Canarias es del 3% en el periodo 1996-2005. Existiendo diferencias entre los hospitales analizados (0,36% al 5,93%), si bien tanto la tasa bruta global como por hospitales están dentro de los rangos publicados en otros estudios (0,3% al 6,6%). Las causas de muerte intrahospitalaria siguen el mismo patrón que la mortalidad proporcional poblacional (sistema circulatorio 25,4%, neoplasias 21,95%, aparato respiratorio 14,17%, aparato digestivo 10,13% y lesiones y envenenamientos 6,6%). Si bien los índices de letalidad los encabezan las enfermedades cerebrovasculares 11,2%, las lesiones intracraneales 11,1% y las neumonías 10,94%. La mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención por los servicios sanitarios (ISAS) es del 16,2% dentro de los márgenes comunicados por otros estudios. Existiendo variabilidad entre los hospitales (9,4% al 18,9%). La principal causa de mortalidad evitable la constituyen las enfermedades cerebrovasculares (27,4%), seguidas de las cardiopatías isquémicas (21,8%). La tasa de atenciones en nuestros hospitales por complicaciones de los cuidados quirúrgicos y médicos es del 1,9% con un índice de letalidad del 1,9%, comparables a las publicadas para España (1,4% tasa de atenciones y 2,17% índice de letalidad), existiendo variaciones por hospitales (0.3% al 3%). En nuestro estudio en relación al fallecimiento confieren riesgo: la edad, el sexo masculino, la comorbilidad, el ingreso urgente, las cinco causas de muerte más frecuentes y el no intervenir. Nosotros no encontramos que la estancia confiera riesgo en contraposición con los estudios clásicos. En relación a la mortalidad intrahospitalaria por Infarto Agudo de Miocardio la tasa global de mortalidad por esta causa es del 10% similar a la del resto del estado (9,5%), siendo en las mujeres mayor que en los hombres en todos los tramos de edad y en todos los años. La diferencia es de 6,5 puntos en nuestra serie frente a 3,3 a nivel nacional.

**Conclusiones:** En relación a la metodología propuesta para el análisis de la mortalidad intrahospitalaria:

- a) Es útil para monitorizar tendencias y para identificar procesos o centros que precisarían estudios en profundidad.
- b) Es sencilla y se puede realizar de forma rutinaria, ya que los CMBDs están disponibles en los hospitales y en el registro autonómico.
- c) Es necesario potenciar la calidad de los registros sobre todo en las variables de lugar de residencia y socioeconómicas, así como disponer de los CMBDs de la actividad de los centros concertados con el Servicio Canario de Salud.

## CUANDO LOS VIAJEROS HABLAN DE ARGENTINA... NOTICIA DE LAS JORNADAS DE AES-ARGENTINA

Cuando los viajeros hablan de Argentina, hablan, sobre todo, de su enorme patrimonio natural. La Patagonia. Tierra del fuego. Los glaciares. El Parque del Iguazú. Las cataratas. La selva subamazónica. El Valle de la Luna. Los Andes. El tren de las nubes. Pero yo no puedo hablar de nada de esto. No estuve en esos sitios. Las XVI Jornadas Internacionales y XVII Nacionales de AES Argentina se celebraron el 27 y 28 de septiembre en San Javier, Tucumán, al Noroeste de Argentina y a unos 1300 kilómetros de Buenos Aires. San Javier es un cerro desde el que puede verse todo San Miguel de Tucumán. Un millón de habitantes en casas de una planta conforman una extensa ciudad de largas, larguísimas, avenidas hechas de "cuadras" de una hectárea. La iluminación nocturna traza una cuadrícula perfecta que sólo se oscurece con el enorme Parque 9 de Julio. Tucumán es una ciudad histórica. En 1812, el General Belgrano derrotó allí a las tropas realistas. Y allí, en 1816, se declaró la independencia argentina de España. Los reclamos turísticos de la ciudad están muy marcados por estos avatares. La Casa de la Independencia, la de Gobierno, la Catedral, la Iglesia de San Francisco. Los grandes parques.

Las Jornadas AES Argentina se celebraban bajo el lema "Volviendo a los Fundamentos de la Economía de la Salud. Análisis de la Inversión, Gestión de Recursos Humanos y Uso Racional de Tecnologías Sanitarias". Se notaba en el ambiente el poco más de un mes que faltaba para las elecciones generales. Presentado por **Arturo Schweiger**, **Ginés González**, en aquel momento Ministro de Salud de la Nación, abrió las Jornadas. A su estilo. Desistió de exponer la conferencia que tenía preparada y se despidió, con mucha soltura,

sobre todos los temas posibles. Cierta tono, premonitorio, de despedida del Ministerio (que no de AES). **Juan Luís Manzur**, Ministro de Salud de la Provincia de Tucumán, habló a continuación. Fundamentalmente de los desafíos sanitarios que ha estado afrontando esa provincia. **Mónica Levcovich** presentó mi conferencia. Hablé de las cosas de las que suelo hablar: la medida del producto, la utilización, la calidad, los sistemas de pago por calidad. Debate animado tras el cual los asistentes se dividieron en dos salas.

Yo también me dividí en dos salas, siguiendo las exposiciones de casuística y las de farmacia (y, cuestión de gustos y aficiones, esquivando las más directamente relacionadas con salud pública y promoción de salud). En <http://www.aes.org.ar/> están buena parte de los textos. Pese al lema, poca teoría económica. Muchas de las aportaciones, la mayoría, relatan experiencias de interés local. Sobre todo en hospitales municipales o de las provincias. Conocimiento imprescindible para quienes quieran acercarse a la realidad sanitaria argentina. Eché en falta a **Marisa Buglioli**, caída del programa unos días antes. Y me alegré mucho de volver a ver a **Daniel Vitali**, ahora representante del Barça, y miembro de la Directiva de AES Argentina. Me gustó especialmente la conferencia de **Boi Ruiz**, de la Unió Catalana d'Hospitals, entidad que gestiona un hospital público en la provincia de Salta en una interesante experiencia tipo Alzira (salvando las distancias).

Había llegado a Buenos Aires unos días antes de las Jornadas. Ciudad inmensa. Aunque en Argentina todo es desmesurado. Anduve la ciudad. Microcentro, Recoleta y Retiro. Puerto Madero y la Costanera Sur. Todos los Palermos: el Viejo, el Soho, el Hollywood. Las Cañitas, claro. San Telmo y La Boca. Un tren de cercanías y un paseo por Delta y el Tigre. Qué puedo decir. Buenos Aires, más allá de los tópicos turísticos, el Café Tortoni, el Caminito y el Viejo Almacén, impresiona de ser una ciudad viva y vital. Con un día primaveral, disfruté mucho el paseo por la Costanera. El Río de la Plata está siempre presente. Al Este, como en Valencia (aunque aquí tengan el Este al revés). Palermo tiene un buen anochecer. Me sorprendió el trato de la gente. Comparado con España es muy afable. Y hablando de estas cosas, debo agradecer su excelente acogida a **Arturo Schweiger**, Presidente de AES Argentina, **Arnaldo Medina**, Vicepresidente electo en estas Jornadas, y a **Mónica Levcovich**, la Secretaria General de AES Argentina. También a la Quilmes, por no escatimar en el tamaño de las cervezas. Recuerdos a todos.



Salvador Peiró, en San Telmo. Con una Quilmes.

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

### ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Support Servicios • Calvet 30-entr.2ª • 08021 Barcelona • Teléfono 93 201 75 71  
• Fax 93 201 97 89 • e-mail: [aes@supportserveis.com](mailto:aes@supportserveis.com) y [secretaria@aes.es](mailto:secretaria@aes.es)

**HORARIO:** Lunes a Viernes: de 9 a 14 h. y de 15 a 18 h.