

COMUNICACIONES ORALES

MESA 1 Análisis económico de la sanidad 1/2

CHILD HEALTH STATUS, LEARNING CAPACITY, AND THE INTERGENERATIONAL EFFECTS OF COMPULSORY SCHOOLING

P. Rungo

Universidade da Coruña.

Objetivos. An OLG model has been developed in order to analyze the effects of the complementarity of child health and child learning capacity on schooling-based human capital accumulation. The intergenerational transmission of health status, the effect of health on child cognitive capacity, and the double causality between health and education provide the means for assessing the potential benefit of compulsory schooling. The theoretical conclusion about the effect of child health on schooling decisions, which is crucial for the development of the model, has been tested empirically.

Methods. A two periods, OLG model has been developed in this paper. Individual maximize lifetime earnings by choosing an optimal length of schooling, given their initial health status and the expected returns to schooling. Education attainment influences health status during adulthood, and the level of health human capital. Parent health status is transmitted to children, and this bequest affects schooling decisions of the new generation. The consideration of the dynamical setting allows for analyzing the intergenerational effects of compulsory schooling, which may be an effective policy aimed at reducing poverty and inequality. The empirical verification of the effect of child health on the length of schooling has been carried out by using data from a Brazilian household survey, which includes an extended set of variables regarding health status and education. I have made use of instrumental variables regressions in order to deal with endogeneity.

Results. Child health and the complementarity of child health and the ability to learn are likely to influence the length of schooling. The empirical analysis confirms this conclusion, by showing that individuals endowed with an unfavourable health status do dedicate a shorter period to education. This effect may explain the emergence of poverty traps and the scant accumulation of human capital of deprived dynasties. On considering compulsory schooling, the model shows that it may favour the development of human capital in the long run, by reducing income and well-being of the first generations.

Conclusions. Firstly, improved child health results in larger length of schooling and longer educational attainment, and the empirical analysis support this conclusion. On considering the dynamical framework, it is shown that compulsory schooling causes an intergenerational transfer, which reduces lifetime earnings of one generation in order to providing better parents and a more favourable environment for the newborns. In addition, since compulsory schooling affects individuals in the lower cue of the health human capital distribution function, it also determines a reduction of inequality, by enhancing both the quality and the educational attainment of children of deprived families.

POLICY AND REGULATORY RESPONSES TO DUAL PRACTICE IN THE HEALTH SECTOR

A. García-Prado and P. González

The World Bank; Universidad Pablo Olavide.

Objetivos. Study and analyze different governmental responses to dual practice in the health sector across countries.

Methods. We review the literature on dual job holding in the health sector, both empirical and theoretical, categorize the existing policy measures and regulatory instruments and present the pros and cons of each of them.

Results. We find that in some countries dual job holding is totally or partially forbidden while in other is allowed but coupled with incentive mechanisms or some regulations that try to prevent or mitigate the adverse consequences associated to dual practice. The following measures are being implemented both in developed and developing countries: 1) limiting the income physicians can earn through dual job holding, 2) raising public salaries, 3) offering work benefits to physicians in exchange for their working exclusively in the public sector, 4) allowing physicians to perform private practice at public facilities, and 5) introducing performance-based incentives.

Conclusions. Each of the strategies presented has advantages and disadvantages, which are extensively discussed in the paper. However, it is not possible to reach a clear conclusion on which of them work better as the success in the implementation of such strategies is subject to the specific conditions of each country such as the existing institutional arrangements, government ability to enforce contracts, and budget constraints. This study has also allowed us to identify the need for further empirical research on the effect of certain policies in dual job holding.

CLINICAL TRIALS: THE EFFECTS OF REGISTRIES AND RESULTS DATABASES

M. Dahm, P. González y N. Porteiro

Universitat Rovira i Virgili; Universidad Pablo de Olavide.

Objetivos. Actualmente, existe un gran consenso sobre la necesidad de una mayor transparencia en todo lo relacionado con la realización y difusión de los resultados de ensayos clínicos. Para lograr esta mayor transparencia se barajan, principalmente, dos tipos de medidas: por un lado, el establecimiento de registros de los ensayos clínicos en curso y, por otro, la creación de una base de datos de resultados clínicos. El ICMJE mostró, recientemente, su apoyo al establecimiento de registros, haciendo público su compromiso de no publicar ningún artículo de investigación que analice los resultados de un ensayo clínico, si dicho ensayo no había sido registrado previamente a su realización en una lista pública y de libre acceso. El objetivo de este trabajo es analizar los efectos que un sistema de registro de ensayos clínicos (y la creación de bases de datos de libre acceso) tiene sobre las decisiones de la industria farmacéutica.

Métodos. Modelizamos, desde una perspectiva de economía política y teoría de juegos aplicada, la interacción entre un decisor público y una empresa farmacéutica. Planteamos el problema de decisión de la empresa farmacéutica como un juego en dos etapas. En la primera etapa, la empresa decide sobre la realización de ensayos clínicos para promover el uso de un determinado medicamento (y la revelación del resultado de los mismos). En la etapa 2 la empresa compete vendiendo su medicamento en un mercado oligopolístico, y su posición en el mismo mejora si, como consecuencia de los ensayos, obtuvo información favorable.

Resultados. Encontramos que la introducción de registros de ensayos clínicos voluntarios no resuelve el problema de provisión selectiva de información por parte de la empresa farmacéutica: la empresa nunca puede beneficiarse de la inclusión de su ensayo en el registro y, por tanto, no hará uso de mismo. Por otro lado, la introducción de registros obligatorios es perjudicial en el sentido de que reduce los incentivos de la empresa farmacéutica a realizar ensayos clínicos. Si estos registros se combinan con una base de datos de resultados de los ensayos clínicos realizados, el efecto disuasorio sobre la realización de ensayos clínicos persiste. Sin embargo, dependiendo de las condiciones de competencia en el mercado la disuasión puede ser mayor o menor que en ausencia de bases de datos.

Conclusiones. Este trabajo busca contribuir al debate sobre el diseño adecuado de incentivos dirigidos a la realización y difusión de investigación clínica, proporcionando un modelo formal sobre los registros clínicos y las bases de datos. Concluimos que i) la introducción de registros no genera los resultados deseados y ii) la conclusión se mantiene si el registro obligatorio se complementa con bases de datos de resultados clínicos.

LA CONCENTRACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y LA MORBILIDAD EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA

P. Ibern, J.M. Inoriza, M. Carreras, L. Vall-Ilosera, J. Coderch, et al
Universitat Pompeu Fabra; Serveis Sanitaris Integrats del Baix Empordà; Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos. La distribución de la morbilidad en una población y la forma como se atiende determina unos costes sanitarios. Múltiples estudios han mostrado con anterioridad que una pequeña proporción de la población consume la mayor parte de los recursos. Este trabajo es una continuación de análisis precedentes y muestra los resultados obtenidos a partir de un sistema de registro sanitario de base poblacional en una Organización Sanitaria Integrada que permite la estimación del coste de los pacientes en base a la morbilidad atendida en cualquier ámbito asistencial utilizando los Clinical Risk Groups como sistema de medida de la morbilidad.

Métodos. En la comarca del Baix Empordà (N=90.849 residentes) una misma organización ofrece la atención sanitaria a la población residente. En la medida que hay un registro unificado de morbilidad, actividad y costes individuales en un entorno de seguro obligatorio es posible estimar el nivel de concentración. Los costes relativos a pacientes atendidos fuera de la organización sanitaria integrada no se han incorporado al análisis. Esto afecta fundamentalmente a las altas de hospitales de alta tecnología, y también a los costes en salud mental y sociosanitarios. Por este motivo cabe considerar que los resultados no afectan la totalidad del coste incurrido. Los residentes fueron agrupados utilizando el software CRG (versión 1.2B) Se realizó un análisis descriptivo del coste según la morbilidad y el análisis de concentración de gasto según actividad o prestación.

Resultados. El coste medio de las prestaciones sanitarias recibidas por los residentes en el Baix Empordà fue de 560 euros en 2005. Por orden decreciente, cabe destacar la proporción de coste respecto al total de la farmacia ambulatoria (34,5%), atención primaria (17%), estructura (13,6%) y hospitalización (7,17%). En relación a la concentración de gasto, el 50% que menos consume acumula el 4,37% del gasto total. En cambio el 1% que más consume representa el 18,6% del total, o al 5% le corresponde el 42,8%. En el gasto farmacéutico total, el 1% que más consume representa el 25,1%, mientras que el 5% supone el 55,1%. En relación al copago, y teniendo en cuenta únicamente aquellos que lo asumen, el 1% carga con el 23,6%, el 5% representa el 56,7%.

Conclusiones. La morbilidad es el factor clave para explicar la concentración de gasto. Dedicamos más recursos a determinadas enfermedades y necesitamos evaluar la efectividad de este esfuerzo diagnóstico y terapéutico a nivel poblacional a lo largo del tiempo. El análisis de estos resultados nos permitirá orientar y mejorar la toma de decisiones en la asignación de recursos.

FONDO DE AJUSTE DE RIESGOS EN EL SISTEMA ISAPRES

C. Cid y A. Muñoz

Superintendencia de Salud de Chile.

Objetivos. Evaluar la aplicación del sistema de ajuste de riesgos en el sistema de seguros de salud privados en Chile (ISAPRES), para los servicios garantizados por la Reforma, en su primer año de operación (2005-2006). Esta política fue planificada como forma de atenuar la selección de riesgos que opera de manera importante en este sector de la seguridad social de salud chilena.

Métodos. Cálculo del ajuste de riesgos entre las ISAPRES considerando la prima comunitaria, los factores de riesgo en base a 18 grupos de edad y por sexo, las primas ajustadas por riesgo y las compensaciones netas entre las ISAPRES participantes, en base a un modelo de celdas que se ajusta a la normativa vigente de acuerdo a las leyes impulsadas por la reforma de salud en Chile.

Resultados. La selección de riesgos que opera en el sistema ISAPRES tiene importantes efectos en la eficiencia y equidad del sistema de salud chileno en su conjunto. Los montos que el sistema de ajuste de riesgo, en aplicación, redistribuye son bajos respecto de los montos de recursos que ingresa y gasta la industria. En general las ISAPRES beneficiadas son aquellas que tienen mayor cantidad relativa de adultos mayores y niños, pero no necesariamente aquellas que tienen la población menos privilegiada en términos socioeconómicos. El hecho que el ingreso al sistema de Garantías explícitas en Salud (GES) sea voluntario en el sistema privado, genera distorsiones en el sistema de compensación por riesgos.

Conclusiones. Es preciso avanzar en el perfeccionamiento del sistema de ajuste de riesgos, en particular, respecto de la información de costos para el cálculo de los costos esperados, la incorporación de otros ajustadores de riesgo además de sexo y edad y respecto de la relación utilización GES y compensación entre ISAPRES.

LOS COSTES DE OPORTUNIDAD EN EL ANÁLISIS DE EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

J.J. Muñoz-González y E. González-Fidalgo

Gerencia Area 11 de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud; Facultad de Económicas, Universidad de Oviedo.

Objetivos. La accesibilidad que se requiere en atención primaria (AP) exige una proliferación de puntos asistenciales que hace recomendable contar con un procedimiento para identificar las unidades más eficientes. El análisis DEA es uno de los métodos que más se han empleado en del ámbito sanitario. Sin embargo, esta aproximación aún adolece de ciertas debilidades por lo que se ha intentado mejorar su capacidad discriminante depurando las medidas de producto, seleccionando mejores indicadores cualitativos o extendiendo la metodología, como en el VEA (value efficiency analysis). El objetivo de este trabajo es la evaluación del impacto en los análisis DEA y VEA de la inclusión de ajustes en las variables de input y output que tengan en cuenta los costes de oportunidad en que se incurre a consecuencia de la hiperfrecuentación (HF) y el gasto evitable en farmacia (GFE).

Métodos. Se evalúa mediante DEA la producción en 2005 de 42 Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Comunidad de Madrid. Para el ajuste de la producción se propone usar la tasa de HF como una aproximación de las visitas innecesarias que implican un coste de oportunidad. Por otra parte, se considera un indicador del GFE, construido mediante consenso, sobre 8 grupos farmacoterapéuticos como una medida del despilfarro. El análisis VEA permite introducir un ajuste sobre el output teniendo en cuenta la HF y uno sobre el input teniendo en cuenta el GFE.

Resultados. Se han estimado 3 modelos DEA con tres especificaciones alternativas del output (Pacientes atendidos, Visitas y Episodios), obteniendo eficiencias medias entre el 70% y el 90%. El modelo que utiliza los pacientes atendidos como variable de output es el más discriminador, pero utiliza la variable de output menos informativa sobre la actividad real. En ninguno de los modelos se aprecia relación entre la eficiencia y la existencia de docencia en el EAP ni tampoco con el porcentaje de población anciana. Sí se observa no obstante una relación positiva con la tasa de HF. La existencia de esta relación sugiere que la medida del output es incorrecta y debe ser ajustada. También existe relación con el GFE, lo que sugiere que también debe incorporarse esta información en el análisis. Para incorporar estos ajustes es necesario utilizar la técnica VEA. Actualmente la investigación se encuentra en esta fase de ajuste. Se buscará un referente absoluto que pondere adecuadamente la tasa de HF (mediante un precio sombra bajo) y el GFE (mediante un precio sombra alto).

Conclusiones. Consideramos que estos ajustes permitirán tener en cuenta toda la información disponible sin perjudicar la capacidad discriminante del análisis de eficiencia en AP.

MESA 1

Análisis económico de la sanidad 2/2

ANÁLISIS DEL COSTE DE LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. Berenguer-Maimó, A. Fernández-Fernández, E. Portella-Argelaguet y J. Barrubés-Sol

Hospital Universitario de Bellvitge; Antares Consulting.

Objetivos. *Objetivo principal:* Analizar los costes asociados a la investigación y a la docencia en el Hospital. *Objetivos específicos:* Determinar quien realiza estas actividades y los recursos que utilizan. Analizar las implicaciones que comportan los resultados, en términos de management y de gestión.

Métodos. La metodología utilizada para el análisis: Modelo ABC. Clasificación de los costes en 6 topologías: directos, indirectos puros, inducidos, indirectos de estructura y oportunidad. Información; entrevistas y cuestionarios personales, contabilidad analítica, contratos, listas de espera e información externa, análisis de la producción médica de los hospitales. Cálculo para cada tipo de coste a partir de los datos recogidos y metodología aplicada.

Resultados. El coste acumulado total de la investigación y la docencia representa un 25% del gasto del hospital y equivale a 54.197.046€. Horas declaradas dedicadas a la investigación en horario laboral: 118,505 (4% del total) y a la docencia: 554,239 (20% del total). Patrón asimétrico entre las horas dedicadas y los resultados. Once de los servicios no cumplen los estándares del Promed. Comparado con hospitales del mismo nivel, el hospital queda lejos de la media (13% de horas dedicadas a la investigación (4%). El 64% de las horas dedicadas por los médicos a docencia se destinan al pase de visita y en enfermería el 57% para prácticas clínicas i el 42% en tutorías. El coste de las horas declaradas se distribuye, 13% a investigación y 87% a docencia. Los costes de funcionamiento mayores en investigación corresponden a la farmacia i material sanitario y en docencia son a dietas, libros y revistas. La actividad de investigación se realiza mayoritariamente fuera del horario laboral, 52% y en docencia se realiza en horario laboral, 98%. El hospital supera al resto en tiempo dedicado a la investigación fuera del horario laboral. El coste de estructura representa un 8% y 29% respectivamente. El coste de oportunidad se ha estimado en casi 14 millones de euros. Los costes inducidos representan un 5% de los costos totales.

Conclusiones. El total de los costes de la investigación y docencia suponen el 25,5% de los costes totales del hospital. La correcta gestión de las actividades de la investigación y docencia se hace imprescindible. Conviene crear una estructura organizativa propia o diferenciada para estas actividades. La importancia de los recursos que consumen, hacen necesario la búsqueda de fuentes de financiación específicas. Necesidad de tener identificados los costes de investigación y docencia. El estudio realizado constituye una herramienta útil por sí sola.

ANÁLISIS ENVOLVENTE DE DATOS PARA DETERMINAR LA EFICIENCIA DE DIFERENTES UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

B. Rubio González y J. Repullo Labrador

Objetivos. Determinación del nivel de eficiencia y evaluación del desempeño en ocho diferentes unidades productivas sanitarias homogéneas (Servicios de: Aparato digestivo, Cardiología, Cirugía general, Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Neurología, Pediatría y Traumatología), de 30 hospitales con más de 100 camas y pertenecientes a la antigua red Insalud, transferida en 2002. Con ello se tratan de determinar las rutas de mejora de las unidades, identificar las mejores referencias y recomendar la reducción de inputs o los incrementos de outputs para alcanzar la frontera de la eficiencia.

Métodos. Aplicación de un método de frontera mediante una técnica no paramétrica, como el Análisis envolvente de datos (AED), utilizando el software "Frontier Analyst". Como inputs se han empleado: facultativos, consumos de medicamentos, consumos de material sanitario, costes totales (Capítulo II), camas, quirófanos, paritorios, incubadoras, salas de hemodinámica y otras dotaciones de tecnologías. Y como outputs: estancias, altas, pesos medios (GRD), unidades de complejidad hospitalaria (UCH), urgencias, consultas de la propia policlínica o en centros de especialidades periféricos, estudios o proyectos de investigación, intervenciones mayores (con ingreso o ambulatorias) y menores, partos, cesáreas y tasas de reingreso. Se han asumido rendimientos constantes y enfatizado la minimización de inputs.

Resultados. Con datos preliminares se ha hecho una primera explotación con combinaciones de tres outputs: número de médicos, coste total del servicio y número de camas; y dos outputs: número de UCH y número total de consultas. Tal combinación ha proporcionado la siguiente distribución de "scores" para cada unidad productiva (en términos de rango máximo, mediana y rango mínimo de eficiencia): Aparato digestivo (100% - 62,55% - 33,58%); Cardiología (100% - 93,78% - 59,51%); Cirugía general (100% - 94,37% - 76,63%); Ginecología y obstetricia (100% - 100% - 91,68%); Medicina interna (100% - 81,08% - 35,60%); Neurología (100% - 76,84 - 27,22%); Pediatría (100%/76,89% - 43,96%) y Traumatología 100% - 93,98% - 67,59%).

Conclusiones. Los servicios no quirúrgicos no solo han registrado mayor proporción de unidades ineficientes que los quirúrgicos, sino que además presentan mayor rango de variabilidad (salvo el caso de Cardiología). El servicio con mayor proporción de unidades eficientes es el de Ginecología y obstetricia; los servicios con mayor proporción de unidades ineficientes son los de Aparato digestivo y Medicina interna; y el servicio con mayor rango de variabilidad es el de Neurología.

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA Y CALIDAD CIENTÍFICO-TÉCNICA DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA SEGÚN SU MODELO DE GESTIÓN

A. Arias, C. Illa, C. Sais y M. Casas

IASIST SA.

Objetivos. Tras varios años de implantación de las nuevas formas de gestión, no han aparecido hasta la fecha evaluaciones objetivas de sus resultados en relación al modelo de los hospitales gestionados directamente por la administración pública. El objetivo del presente estudio es, precisamente, comparar los resultados obtenidos por los hospitales gestionados de forma directa por las administraciones sanitarias frente a los obtenidos por hospitales que han incorporado nuevas formas de gestión caracterizadas por incorporar personal laboral.

Métodos. Estudio retrospectivo de los hospitales que participaron en el programa Hospitales TOP 20 con datos del año 2005. Se incluyen los hospitales generales que no ofrecen especialidades de referencia (75 hospitales). Estos hospitales se clasificaron según el régimen de contratación del personal en dos grupos: modelo laboral (contrato laboral) (38 hospitales) y modelo estatutario (37 hospitales), como variable definitoria de las dos fórmulas de gestión a comparar. Se compara el comportamiento de los dos grupos de hospitales en las siguientes dimensiones de análisis e indicadores: eficiencia (estancia media ajustada por casuística y severidad; coste de producción ajustado por línea de producto); calidad asistencial científico-técnica (índices de mortalidad, complicaciones y readmisiones ajustados por riesgo). Se han contrastado diferencias de medias entre ambos grupos para el conjunto de indicadores evaluado.

Resultados. Los hospitales de modelo laboral muestran una mayor eficiencia siendo las diferencias estadísticamente significativas al 95%, con una estancia media un 7,5% menor ($p=0,010$) y un coste de producción por Unidad de Producción un 28% menor ($p=0,000$). Aunque los indicadores de calidad muestran valores más favorables en los hospitales de modelo laboral, las diferencias no son estadísticamente significativas. En los hospitales de modelo laboral se observa un índice de mortalidad un 7,8% menor ($p=0,109$), un índice de complicaciones un 9,7% inferior ($p=0,179$) y un índice de readmisiones un 4,7% inferior ($p=0,218$).

Conclusiones. Los hospitales que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados y más flexibles muestran, en el año analizado, una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector sanitario (estancia media y coste ajustados). La calidad asistencial medida a través de indicadores cuantitativos ajustados por riesgo como la mortalidad, las complicaciones y las readmisiones no se ve afectada por la implantación de uno u otro modelo. Se valoran las limitaciones y fortalezas de los datos y la metodología utilizada. Este análisis constituye, según nuestro conocimiento, la primera aportación cuantitativa y objetiva sobre la evaluación de los diferentes modelos de gestión hospitalaria en España.

EN BUSCA DE LA PRODUCTIVIDAD: MEDICIÓN DEL OUTPUT SANITARIO

R. Gisbert, M. Brosa y LL. Bohigas
Universitat de Vic; Oblikue Consulting; Generalitat de Catalunya.

Objetivos. Dada la importancia de los sectores de servicios en las economías de los países desarrollados es lógico que preocupe su eficiencia. En nuestro caso el grado de eficiencia con la que se ha comportado el sector sanitario público español en los últimos años. El grado de eficiencia, o en otras palabras, la productividad, la podemos definir como la relación existente entre la cantidad de output producido y la cantidad de inputs utilizados.

Métodos. Realizar una primera aproximación a la evolución del output real del sector sanitario público español durante el período 1980-2003.

Resultados. La actividad realizada a lo largo del período 1980-2003 se ha incrementado en un 60,64 por ciento, a una tasa aproximada de 1,97% anual. El crecimiento de la actividad es bastante desigual a lo largo del período, 3,74% en 1996-2000 frente a 8,86% en 2000-2003 o 13,66% entre los años 1990 y 1993. A modo de referencia podemos indicar que en el ámbito del NHS británico, entre los años 1995 y 2003 el output creció un 27,6 por ciento y que en el período 1993-2003 el output obtenido por nuestro sistema sanitario se ha incrementado en un 20,39 por ciento. En términos globales para el período 1980-2003, el gasto sanitario en € del año 2000 ha pasado de 13.804 millones de € a 34.284, lo que implica un crecimiento de 20.480 millones de €. Este incremento puede dividirse en dos efectos, uno generado por el incremento de la actividad (8.371), y otro producido por el resto de elementos que intervienen: precios, costes y productividad del sistema sanitario (12.469).

Conclusiones. Los resultados obtenidos deben tratarse con cautela, ya que es muy posible que ajustes y refinamientos posteriores puedan producir variaciones significativas. Quedan claras, pues, las dos grandes líneas de trabajo para el futuro: por una parte, en el campo del análisis de la actividad, introducir estimaciones con menor nivel de agregación para el cálculo de la actividad; incorporar elementos que permitan valorar los cambios en la calidad asistencial prestada a los usuarios, e introducir valoraciones de costes para las diferentes categorías que se utilicen. Por otra, estudiar los inputs que se aportan al sistema sanitario, personal, fármacos y suministros, en términos que permitan establecer la variación física de los mismos, de modo que ello conduzca a la posibilidad de calcular las variaciones de productividad del sistema.

LA APLICACIÓN DEL AJUSTE DE RIESGOS HÍBRIDO PARA LOS GASTOS SANITARIOS TOTALES

M. García-Goñi, P. Ibern y J.M. Inoriza
Universidad Complutense de Madrid; Universitat Pompeu Fabra; Serveis de Salut Integrats Baix Emporda.

Objetivos. El uso eficiente de los recursos sanitarios supone una importante preocupación para los actores de política sanitaria dada la evolución creciente del gasto sanitario. El ajuste de riesgos prospectivo utiliza información ex ante y relaciona el gasto sanitario con la morbilidad individual o poblacional. Es, por tanto, una herramienta recomendada para fomentar el control del gasto sanitario promoviendo la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios, aunque también provoca incentivos a la selección de riesgos. El ajuste de riesgos concurrente utiliza información ex post sobre gasto y morbilidad, y mejora el acceso y la calidad de la provisión eliminando los incentivos a la selección de riesgos, aunque también reduciendo los de eficiencia. Este artículo está enmarcado en una corriente de la bibliografía reciente en la que se utiliza una fórmula híbrida, que utiliza tanto información prospectiva como concurrente de manera que trata de maximizar los incentivos a la eficiencia y reduce los efectos negativos de la selección de riesgos, y muestra los beneficios en política sanitaria de la aplicación de esta herramienta.

Métodos. Utilizamos datos individuales de 2004 y 2005 de la población perteneciente a una organización sanitaria integrada en Cataluña, dividida en cuatro áreas de salud distintas. La información contiene el gasto sanitario incluyendo gasto en farmacia, atención primaria, hospitalaria y especializada, e información sobre morbilidad. El objetivo es mostrar las ganancias de la aplicación del ajuste de riesgos híbrido frente a la aplicación única del ajuste de riesgos prospectivo o concurrente. Las condiciones sanitarias de los individuos están clasificadas por la agrupación ofrecida por los Clinical Risk Groups. Aplicamos una fórmula híbrida mediante el ajuste retrospectivo para aquellos individuos de alto riesgo que sufren condiciones específicas.

Resultados. El ajuste de riesgos concurrente ofrece un poder de predicción más alto que el prospectivo en términos del R2 a pesar de que reduce los incentivos para la eficiencia. El uso de la fórmula híbrida conjugando pagos prospectivos y retrospectivos para individuos con determinadas condiciones específicas puede resolver el problema de la selección y mantener los incentivos a la eficiencia para una parte mayoritaria de la población.

Conclusiones. La aplicación del ajuste de riesgos híbrido supone un paso adelante en la solución de la tensión entre eficiencia y selección en la provisión de servicios sanitarios. Además, esta herramienta es de máximo interés en política sanitaria dada la facilidad en su implementación.

DETERMINANTES DEL GASTO EN ATENCIÓN HOSPITALARIA ¿PRECIOS O CANTIDADES?

S. Peiró, J. Libro, J. García Petit, E. Bernal Delgado, M. Ridao López, et al
Escola Valenciana d'Estudis de la Salut; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Objetivos. Desde una perspectiva poblacional, el gasto hospitalario puede ser visto como una función del número de ingresos hospitalarios (Q) y el coste unitario de cada uno de tales ingresos (P). Tradicionalmente las políticas se han centrado en el control de P, pero los estudios de variaciones en la práctica médica han mostrado que las diferencias en la Q pueden ser enormes. El objetivo de este trabajo es identificar la importancia de ambos factores en el gasto (público) en atención hospitalaria en las áreas de salud del Sistema Nacional de Salud.

Métodos. Se relacionó, siempre referido al año 2002, el presupuesto de 167 hospitales públicos de 11 Comunidades Autónomas (117 áreas de salud) obtenido de la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI) con la información del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) de tales hospitales. A partir de estas fuentes se construyó el gasto por unidad de complejidad (peso AP-DRG) para cada hospital, el coste de cada ingreso en función de su complejidad y del hospital de atención, el coste de la atención hospitalaria consumida por los residentes de cada área de salud, con independencia del hospital en el que hubieran sido atendidos (la variable dependiente en el estudio) y, para las diversas áreas (valoradas por los ingresos de sus residentes) los costes poblacionales, estancias y complejidad media, y tasas de ingreso estandarizadas por edad y sexo (referencia población española censo 2001). Mediante modelos de regresión lineal múltiple se contrastó la influencia sobre el coste por habitante de las tasas estandarizadas por edad-género (x100 habitantes-año), tiempos de estancia y complejidad media de los casos del área.

Resultados. Se analizó un presupuesto de 10.521,7 millones de euros referidos a 2,4 millones de ingresos hospitalarios que provenían de una población de 26,8 millones de habitantes de 117 áreas de salud. La correlación entre ingresos en la EESRI y el CMBD fue del =0,99. El gasto hospitalario por unidad de complejidad fue de 3.181 Euros (de 1.358 a 9.348). El coste unitario de los ingresos se relacionó inversamente con la tasa de ingresos y es influido, sobre todo, por la estancia media. El gasto en atención especializada por habitante dependió de la tasa de ingresos (Coeficiente beta: 0,89) y, en menor medida, de la estancia media (beta: 0,46).

Conclusiones. Las políticas de control de P reducen los costes por ingreso pero incrementan el gasto hospitalario poblacional (incremento de las cantidades producidas, aun sobre costes unitarios más bajos).

MESA 2 Dependencia

INFLUENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

J. Mar-Medina, E. Miranda-Serrano, I. Larrañaga-Padilla y J.M. Bequiristain-Aranzasti

Hospital Alto Deba, Mondragón; Plan de Salud de Gipuzkoa. Gobierno Vasco. Donostia, San Sebastián.

Objetivos. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utiliza para describir las características de los pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo, la mayoría de los estudios relacionan la pérdida de calidad de vida con las causas de las condiciones crónicas más que con sus manifestaciones en términos de discapacidad. Sin embargo, a la hora de planificar lo importante es definir las necesidades de los grupos para diseñar servicios adaptados a su situación. La medida de la CVRS permite conocer el impacto de la discapacidad a escala poblacional. El objetivo de este trabajo es medir la prevalencia de la dependencia en la población general del País Vasco y su repercusión en términos de pérdida de CVRS.

Métodos. La fuente de información ha sido la encuesta de Salud del País Vasco del año 2002. Se calcularon las diferentes dimensiones del SF-36 junto con el algoritmo de Brazier para utilidades (SF-6D). La capacidad funcional para las actividades de la vida diaria fue valorada mediante un valor basado en el índice de Barthel. El criterio de dependencia fue necesitar ayuda en al menos una actividad de la vida diaria. El análisis se llevó a cabo según la etiología de la discapacidad. Se construyeron diferentes modelos de regresión múltiple en los que las dimensiones del SF-36 eran la variable dependiente y el nivel de dependencia, el sexo, la edad y la clase social las variables independientes.

Resultados. El número de individuos dependientes fue de 373. Esto supone un 2,52% de la muestra (14787 individuos). Los pacientes dependientes son un grupo de población de edad superior, con mayor porcentaje de mujeres y con nivel de estudios más bajo. Las mayores diferencias se encontraron en la función física y el rol físico del SF-36 aunque las diferencias fueron significativas estadísticamente en todas las dimensiones con p menor a 0,000. Las utilidades medidas con SF-36 fueron de 0,722 en población general, de 0,725 en autónomos y de 0,598 en dependientes. Los modelos de regresión mostraron una R2 de 0,278 para el índice físico, de 0,065 para el índice mental y de 0,194 para el SF-6D.

Conclusiones. La dependencia se relaciona en mayor medida con el deterioro de las dimensiones físicas de la calidad de vida. En los pacientes dependientes como consecuencia del cáncer destaca la gran alteración del rol emocional. Las otras causas de dependencia no generan un perfil específico. La población autónoma muestra una utilidad alejada del valor 1. La explicación de las índices de las diferentes dimensiones del SF-36 debida a la dependencia es pequeña.

FACTORES DETERMINANTES DE LA CARGA FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

E. Sánchez, A. Martínez y J.M. Cabasés

Universidad Pública de Navarra; Servicio Navarro de Salud.

Objetivos. Localizar los factores que determinan la carga familiar por parte de los cuidadores y su relación con la calidad de vida asociada a la salud de los pacientes esquizofrénicos.

Métodos. Se obtiene, en primer lugar, un índice de salud utilizando el EQ-5D (EQindex) para una muestra de pacientes esquizofrénicos y sus cuidadores (N = 268). Este índice posee 2 características: a) es libre de inconsistencias, es decir, cualquier estado de salud peor recibe un valor menor en el índice (Cabasés et al. Self-Perceived... Approach. ERPOR. 2005, 5(5): 531-540.) y, b) utiliza un análisis secuencial bayesiano, introduciendo como información a priori en los coeficientes de cada año la información a posteriori del inmediato anterior. En segundo lugar, mediante análisis factorial de componentes principales se calculan los factores correspondientes a la carga familiar, utilizando el cuestionario ECFOS (Encuesta de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva), una versión validada al castellano del FBIS/SF (Family burden interview schedule-short form. Tessler RC et al. 1996; 110-112). Por último, se establece una relación lineal entre los factores de carga familiar obtenidos y el índice de salud:

$$Y_i = \beta_0 + F1_i \beta_1 + F2_i \beta_2 + F3_i \beta_3 + F4_i \beta_4 + F5_i \beta_5 + F6_i \beta_6 + F7_i \beta_7$$

$$EQindex_i \sim N(Y_i, \sigma_{\mu}) \quad \sigma_{\mu} \sim G(a, b)$$

$$\beta_j \sim N(\beta, \sigma_{\beta}), \quad j=0, \dots, 7$$

Resultados. En cuanto a la carga familiar, en la matriz de configuración se observa el resultado de 7 factores clínicamente congruentes: F1: Preocupaciones subjetivas por el paciente; F2: Alteraciones en la rutina diaria del cuidador; F3: Control de autoagresiones; F4: Control de alteraciones de conducta; F5: Ayuda en actividades de la vida diaria del paciente; F6: Control de conductas toxicofílicas, alcohol y drogas; F7: Faltas al trabajo.

El modelo lineal donde el índice de salud EQindex es la variable dependiente y los 7 factores determinantes de la carga familiar los regresores, presenta dos factores F2 y F3 con signo negativo. Los demás factores no muestran un signo definido.

Conclusiones. En la muestra de pacientes esquizofrénicos y de sus cuidadores, sólo se han localizado factores relacionados con la carga familiar que afectan de forma negativa a la calidad de vida de los pacientes, es decir, ante incrementos en los factores alteraciones en la rutina diaria del cuidador y el control de autoagresiones se producen disminuciones en el índice de calidad de vida de los pacientes. Este hallazgo puede contribuir al diseño de políticas de mejora de la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos orientadas hacia la reducción de dichos factores.

CONSIDERACIÓN DEL BALANCE TOTAL DE PROVISIONES SOCIALES PARA LA TERCERA EDAD

G. López-Casasnovas y A. Mosterín-Höpping

CRES; Universitat Pompeu Fabra.

Objetivos. En la mayoría de países desarrollados la evolución demográfica exige precisión y límites al gasto social total – y al gasto sanitario en particular, susceptible de ser transferido de la menguante población joven trabajadora a la tercera edad. En los países sur-europeos la transición de cuidados extensivos informales y cuidados en la proximidad a la muerte por parte de parientes hacia un sistema profesional socializado ayuda a cuantificar parte de esta transferencia, y a obtener una perspectiva sobre la subyacente cuestión de distribución intergeneracional. Sin embargo muchas decisiones sobre gasto sanitario como por ejemplo el copago farmacéutico, se siguen considerando de forma aislada, sin tratar de establecer la suma total del gasto social en cuidados para este grupo de edad de acuerdo con algún principio normativo como la proposición de Musgrave para una distribución de recursos intergeneracionalmente equitativa.

Métodos. Abordamos este principio de forma empírica tomando datos de política social europea como ejemplo. Observamos la ausencia de una fórmula explícita de sustitución entre la provisión de cash y de servicios, como podría ser la consideración de los niveles de pensiones en las decisiones de copago, o entre cuidados formales e informales, y, en última instancia, entre responsabilidades privadas y públicas. Esta ausencia tiende a expandir el presupuesto total para gasto social en el grupo erario mayor en detrimento de beneficiarios sociales en otros estadios del ciclo vital.

Resultados. En este trabajo mostramos que esto efectivamente ha sido el caso en España y en otros países, en los que la concentración del gasto médico en la tercera edad ha excedido el cambio demográfico, y en los que la política social no solo no ha aliviado el efecto demográfico, sino que lo ha agudizado.

Conclusiones. Para conseguir un reparto de recursos justo y eficiente vale la pena preguntar qué gasto puede considerarse social en cada etapa vital, cual es su grado necesidad, si debería ser socializado, y en qué medida. Respondemos a estas preguntas adoptando la norma de equidad intergeneracional propuesta por Musgrave en 1984 y que recomienda mantener un ratio proporcional fijo entre beneficios y cargas para todas las cohortes de edad, y sus implicaciones para los cuidados sanitarios. Una vez se establecen estas delimitaciones es posible hacer un juicio racional sobre la eficiencia de sustitución entre pagos directos y diferentes formas de provisión de servicios.

DIABETES Y DEPENDENCIA: EVOLUCIÓN DURANTE LA DÉCA-

DA DE LOS NOVENTA

A. Tur-Prats, D. Casado-Marín y J. Puig-Junoy

CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud); Departamento de Economía y Empresa; Universidad Pompeu Fabra.

Objetivos. La sostenibilidad financiera del recientemente creado Sistema Nacional de Dependencia (SND) dependerá, entre otras variables, de cuál pueda ser la evolución futura de las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia entre la población mayor, así como del tipo de atención que estas personas acaben recibiendo por parte de los sistemas sanitario y social. En este sentido, todas aquellas intervenciones que logren ralentizar el deterioro físico de las personas aquejadas de enfermedades crónicas, o incluso que lleguen a evitar la aparición de problemas de dependencia, pueden contribuir decisivamente a la viabilidad financiera del nuevo sistema público de protección a la dependencia. A este respecto, puesto que la diabetes constituye una condición crónica de elevada prevalencia, el análisis de los costes que la dependencia asociada a la diabetes tiene sobre los sistemas sanitario y social constituye un punto de partida necesario para valorar los ahorros que podría comportar el desarrollo de nuevos tratamientos contra la diabetes. En este contexto, ante la falta de estudios españoles sobre las cuestiones anteriores, el presente proyecto de investigación analiza la relación que existe entre diabetes y dependencia, tratando de determinar en qué medida el padecimiento de esta condición crónica está asociada con la aparición de problemas de falta de autonomía personal.

Métodos. Se utilizarán los microdatos de la "Encuesta Nacional de Salud 1993" y de la "Encuesta Nacional de Salud 2003", pues contienen información sobre el nivel de autonomía de los individuos para realizar un amplio conjunto de actividades básicas e instrumentales (comer, vestirse, comprar, etc.), así como sobre la presencia de ciertas condiciones crónicas entre las que se encuentra la diabetes. El objetivo es analizar en qué medida las tasas de prevalencia conjuntas dependencia-diabetes han variado a lo largo del tiempo, controlando por la evolución de otras variables socio-demográficas sobre las que la ENS también contiene información (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, etc.). Dicho análisis se realizará mediante modelos multivariantes estimados para cada uno de los años sobre los que se dispone de información.

Resultados. Los resultados preliminares señalan que se ha producido una reducción en el porcentaje de personas mayores con problemas de dependencia en actividades básicas entre 1993 y 2003 (la prevalencia ha descendido del 16,3 al 13,7%). Este dato positivo, sin embargo, contrasta con la evolución de la prevalencia de la diabetes entre las personas mayores, pues ésta ha aumentado en más de 5 puntos porcentuales a lo largo de los 10 años considerados.

Conclusiones. En fase de elaboración.

MESA 3

Equidad Desigualdades

DETERMINANTES Y DIFERENCIAS DE SALUD ENTRE LAS REGIONES DE COSTA RICA. UN ANÁLISIS DESDE LA ENSA 2006

Y. Xirinach, M. Morera, A. Aparicio, K. Hernández y J.R. Vargas
Centro Centroamericano de Población; Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Estudiar y analizar los determinantes de la salud y las diferencias regionales en salud a partir de la información contenida en la ENSA2006.

Métodos. 2006 será un punto de referencia ineludible para los economistas de la salud de Costa Rica. Han visto la luz, por primera vez, dos de las principales encuestas nacionales referidas a la salud de un país, la ENS-2006 y la SF36-2006, elaboradas por la Universidad de Costa Rica. En base a los resultados obtenidos en estas encuestas, estimamos un modelo probit ordenado, en que la variable a explicar es el estado de salud autopercebido por los individuos, variable esta medida en un escala de 5 niveles, desde muy mala a muy buena.

Resultados. La mayoría de variables de carácter sociodemográfico tienen un efecto muy estable sobre el estado de salud entre las regiones del país. Mayores niveles educativos, de renta y el hecho de ser hombre, está asociado de forma significativa a mejores estados de salud autopercebida. Sin embargo, el estilo de vida, la utilización de servicios sanitarios y la calidad y salubridad de la vivienda y del entorno muestran efectos significativamente diferenciados en la salud autopercebida por la población entre las distintas regiones del país.

Conclusiones. La utilización de modelos logísticos ordenados a partir de los datos de la ENSA-2006, primera Encuesta Nacional de Salud realizada en Costa Rica, ha permitido conocer y explicar los determinantes del estado de salud subjetiva de los ciudadanos. Además, se han determinado los factores de tipo sociodemográfico como los de mayor estabilidad en el estudio de las diferencias regionales.

GASTOS EN SALUD Y DESIGUALDAD: LOS RETOS DE LA POLÍTICA DE SALUD EN BRASIL

R.M. Pastrana, J.P. Gomes, M.C. Teixeira, M.H. Lima y G.J. Etkin
DIPLAN/Fiocruz; CPqRR/Fiocruz; SESAB; SESA/CE; PECS/BA.

Objetivos. Presentar el comportamiento del gasto en salud en Brasil partiendo de las transferencias gubernamentales a los municipios y de sus recetas propias aplicadas en la salud. El Brasil es un país marcado por profundas desigualdades sociales. El Sistema Único de Salud prevé la descentralización político-administrativa como una de las directivas para el conflicto de acentuada heterogeneidad y complejidad de los retos en el área de la salud. La distribución equitativa de recursos consiste en una estrategia capaz de minimizar la diferencia existente.

Métodos. Para seleccionar la unidad de análisis se eligieron las regiones sudeste y nordeste, teniendo en cuenta que poseen el municipio de mayor y menor Índice Desarrollo Humano (IDH), respectivamente. En seguida se procedió a un recorte por el índice de población considerando los municipios con más de 100 mil habitantes que alimentaron el Sistema de Informaciones de Gasto Público en Salud (SIOPS) en el período de 2002 a 2005. El análisis se concentró en los 15 municipios con mayor IDH y los 15 de menor índice, por región, comparados con los indicadores de participación de las transferencias para la salud en relación al gasto total del municipio con salud y la participación de la receta propia aplicada en salud.

Resultados. Comparando los años de 2002 y 2005 se constató que los municipios de la región nordeste con mayor IDH obtuvieron un incremento del 8,07% en la participación de las transferencias gubernamentales, mientras que los de menor IDH crecieron solamente 1,68%. En el Sudeste, se observó que los municipios con menor índice también aumentaron su compromiso en relación a los de mayor IDH, con 41,39% y 8,97% respectivamente, sin embargo la participación de las transferencias presentó una baja de 5,89% en los municipios de mayor IDH y una caída significativa de 22,78% en los municipios de menor índice.

Conclusiones. Aunque los resultados apunten una dirección en la participación de las transferencias, para la salud en relación al gasto total del municipio con salud, rumbo a la reducción de las desigualdades comparando las dos regiones estudiadas, se constató el agravamiento de iniquidad entre los municipios dentro de cada región. En lo que respecta al comportamiento de la participación de las transferencias en relación al compromiso de la gestión local, éste análisis pone en evidencia que los municipios están asumiendo cada vez más su papel en el financiamiento y gasto con la salud, principalmente aquellos clasificados con menor IDH, presionados por una insuficiencia de recursos centralizados por las otras esferas del gobierno, aliada a la ampliación de las responsabilidades sanitarias descentralizadas, reproduciendo un padrón de financiamiento incompatible con las necesidades de la población.

THE DYNAMICS OF HEALTH LIMITATIONS ACROSS EUROPE: A LONGITUDINAL ANALYSIS USING THE EUROPEAN COMMUNITY HOUSEHOLD PANEL

C. Hernández-Quevedo, A.M. Jones y N. Rice

Department of Economics & Related Studies, University of York; Centre for Health Economics, University of York.

Objetivos. This paper investigates dynamics, heterogeneity and the effect of socioeconomic characteristics on health limitations within and between the EU-15 Member States. In particular, we are interested in whether and to what extent, socioeconomic characteristics such as education, income and job status affect health limitations and how this varies across time and countries for the 8 waves of data available in the European Community Household Panel (ECHP).

Methods. We focus on the dynamics of two binary measures of health limitations, constructed from the answers to the question: "Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability?". We specify a dynamic model for health limitations and we estimate both pooled and random effects (RE) probit and logit models together with complementary log-log models. Average Partial Effects (APE's) are calculated for the specifications that present the lowest Information Criteria.

Results. The RE probit model, followed by the Pooled Probit model, perform best according to information criteria. APE's have been calculated for both specifications, finding that both unobserved heterogeneity and state dependence play important roles in the determination of health limitations. Besides, higher levels of income and education decrease the probability of reporting being hampered in daily activity. However, the effect of job status in health limitations is much larger than the effect of income and education for both indicators of health limitations.

Conclusions. Both models show a high persistence of health limitations even when we control for measures of socioeconomic status (SES) such as income, education and job status. Although there is evidence of heterogeneity in the effect of SES on health limitations across the nine countries included in the analysis, being previously unemployed, inactive or retired are the main contributors to health limitations among the 9 Member States.

DESIGUALDADES EN LA UTILIZACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA DEBIDAS A LA DOBLE COBERTURA: DESCOMPOSICIÓN DE OAXACA-RANSOM

M.L. González-Álvarez y A. Clavero-Barranquero

Universidad de Málaga.

Objetivos. Esta investigación pretende confirmar la existencia de desigualdades en la probabilidad de visita y en el número de visitas al médico general y al especialista entre dos tipos de asegurados: cobertura pública y cobertura pública-privada, así como cuantificar qué parte de esas diferencias observadas se deben a las características propias de los individuos y qué parte se podría atribuir a una cierta discriminación por el tipo de cobertura de que disponen.

Métodos. La metodología aplicada ha sido la propuesta por Oaxaca - Ransom (1994) para el estudio de la discriminación salarial. La fuente de información seleccionada ha sido el Panel de Hogares de la Unión Europea, que contiene información sobre los citados servicios, así como sobre aspectos relacionados con la salud, edad, sexo, nivel educativo, renta, etc. del individuo entrevistado.

Resultados. Tras un análisis descriptivo de la distribución de la población con seguro público y con doble cobertura sanitaria, según las características mencionadas, se aprecia una tipología de individuos diferente, sobre todo por lo que respecta a condicionantes socioeconómicos. En cuanto a la proporción de usuarios del médico general, ésta sólo es significativamente superior para los asegurados públicos por razones de salud y región de residencia. Por el contrario, el porcentaje de usuarios del médico especialista, en general, es significativamente mayor entre los que disponen de doble cobertura. Por lo que respecta al número medio de visitas de los usuarios, se observa que los asegurados públicos, independientemente de sus características, efectúan un mayor número de consultas al médico general, mientras que la frecuencia de visitas al especialista únicamente es diferente entre los dos grupos de asegurados por motivos de salud.

Conclusiones. Las conclusiones de la descomposición de Oaxaca-Ransom confirman, con respecto al médico general, evidencias de desigualdad a favor de los asegurados públicos, tanto en la probabilidad como en el número de visitas, explicadas por las propias características de los individuos (75 - 79%) y por la infratilización de este servicio por parte de aquellos que disponen de doble cobertura (25 - 21%). Por lo que concierne al especialista, la desigualdad en la probabilidad de visita favorece a este grupo de asegurados, motivada por la sobreutilización de las mismas (72%) y, en menor medida, por la tipología de individuos (28%). En cuanto a las diferencias en el número condicionado de visitas, éstas también favorecen al mismo grupo a pesar de que las características personales muestren una situación menos favorable de los asegurados públicos lo que evidencia una sobreutilización aún mayor de estas consultas por parte del grupo con doble cobertura.

DESIGUALDAD DE LA RENTA Y NIVEL DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS EN ESPAÑA

C. Blanco-Pérez

Universidad Autónoma de Barcelona.

Objetivos. La motivación de este trabajo es entender y confirmar (o desestimar) la relación entre la desigualdad de la renta y el nivel de salud de los individuos, utilizando datos individuales para el caso de España. La conexión entre desigualdad y salud se establece a través de efectos neomateriales o psicológicos. Nuevas hipótesis se abren camino para explicar mejor estos efectos, así se analizan también la hipótesis de la renta absoluta, el capital social y la renta relativa.

Métodos. A través de un modelo probit ordenado cluster, y con datos del PHOGUE para el año 2000, se estima el efecto de la renta, la desigualdad de la renta, el capital social y la renta relativa sobre el nivel de salud de los individuos, medido a través de un indicador de salud individual percibida. En todas las especificaciones consideradas se han introducido variables control de las características socioeconómicas y de comportamiento saludable.

Resultados. Ninguno de los tres indicadores de desigualdad de la renta utilizados (Gini y dos índices de entropía generalizada) son significativos. Por el contrario, en todos los modelos considerados existe evidencia de la asociación positiva entre el nivel de salud de los individuos y su nivel de renta. En cuanto a las hipótesis relativas, representadas por la renta media de la comunidad autónoma, y dos indicadores de pobreza, tampoco presentan un efecto significativo sobre la salud percibida de los individuos. Por último, el capital social ejerce un efecto positivo y significativo sobre el nivel de salud.

Conclusiones. La principal aportación de este trabajo es la presentación de nueva evidencia sobre la hipótesis de la desigualdad de la renta, que hasta el momento no se había analizado en profundidad en nuestro país. En concreto, no existe evidencia que la desigualdad de la renta afecte al nivel de salud. Además se introduce el capital social en el análisis. Esta variable se presenta como un firme candidato a ejercer de determinante del nivel de salud. Este último resultado debe tomarse con cautela por los problemas de medición que comporta la variable capital social en España, pero abre la puerta a un nuevo análisis donde se abandone la desigualdad de la renta como principal determinante del nivel de salud, y se profundice en la búsqueda de las verdaderas variables que determinan el nivel de salud de los españoles.

OVERWEIGHT EFFECTS ON SPANISH LABOUR PARTICIPATION: EVIDENCE BY GENDER FROM THE BARCELONA CITY

T. Mora

Universitat Internacional de Catalunya.

Objetivos. The present paper's aim seeks to analyse whether BMI (a proxy for individual attractiveness or physical appearance) has consequences or not on a specific Spanish labour outcome: being or not employed. Separate regressions by gender were considered. In some manner, our attempt is to detect labour discrimination for overweight reasons.

Methods. Four points need to be highlighted about the analysis that is carried out in this paper. First, as far as we know, this is the first attempt to analyse overweight consequences on the Spanish labour market overcoming the endogeneity problem between BMI and being employed which may be present due to several well-known reasons, so as to assume causality. Second, we have been extremely accurate to find a fine instrument which should be not correlated with unobservable factors. In this regard, we use an alternative instrument regards those used by the literature (e.g. Morris, 2004 or Cawley, 2004 among others). See Garcia and Quintana-Domeque (2006) for a comprehensive discussion of the problems arisen in these previous empirical approaches. In this regard, our approach considers the gap between the individual BMI score and the average value of those with the same attained educational level, obviously, by gender. Third, our approach includes most of unobservables factors that condition labour participation, mainly related to educational levels or health shocks. Fourth and, finally, we use a rather quite homogeneous sample of individuals, i.e. those living in the Barcelona city, which allows to find out the relevance of BMI on being employed in a concrete Spanish local labour market.

Results. Our results point to the presence of BMI effects on labour participation only for women. The region of study is also interesting on that its labour market characteristics have many features in common with the countries of South Europe, where women face worse employment conditions than in other northern EU countries. Thus, our result is extremely relevant because of the considerably lower activity rate for Spanish women than men.

Conclusions. The reported empirical evidence in the present paper has demonstrated the negative relationship between BMI (physical appearance based on medical criteria) and women labour participation (being employed) by means of an instrumental variable estimation. Our results are robust to the inclusion of weight controlling by height. Hence, our results indicate the relevance of physical appearance with labour participation, although just for women, constituting an additional discrimination point in the Spanish labour market.

MESA 4

Economía de la Salud Pública

PARTICIPACIÓN LABORAL DE PERSONAS PORTADORES DEL VIH DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN ESPAÑA

J. Oliva y J.M. Labeaga

FEDEA; UCLM; FEDEA; UNED.

Objetivos. Describir la situación laboral de las personas seropositivas y estudiar los determinantes de la participación laboral de las personas portadores del VIH en España durante el periodo 2001-2004

Métodos. Para la realización del trabajo se emplea la Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/SIDA (EH-VIH/SIDA) desde el año 2001 al año 2004. El objetivo de esta encuesta es analizar las características clínicas y socio-demográficas de los pacientes con infección por VIH atendidos en hospitales y en consultas externas. El diseño de la encuesta es un estudio de corte transversal de un día de duración con repetición anual donde se recoge la información mediante un cuestionario cumplimentado por el médico durante o inmediatamente después de atender al paciente. El tamaño muestral disponible para el análisis es de 3.200 individuos, aproximadamente. Para explicar la participación en el mercado de trabajo de los pacientes VIH/SIDA se emplearán modelos de elección discreta convencionales.

Resultados. Los resultados preliminares señalan como variables significativas, tanto variables socioeconómicas, ya tradicionales de estudios sobre el mercado de trabajo, como variables clínicas asociadas al estado de salud de las personas seropositivas. Dentro del primer grupo tendríamos la edad, el género, el nivel de estudios y una variable de comportamiento (el contagio por vía parenteral). Dentro del segundo grupo se encontrarían el nivel de defensas, el estadio de la enfermedad y la antigüedad desde el momento del diagnóstico (relacionada con resistencias a tratamientos). Asimismo, una variable que identifica una asociación positiva con la probabilidad de estar trabajando es la necesidad de haber recibido asistencia psicológica. Este trabajo es el segundo trabajo de un programa de investigación sobre la situación laboral de las personas portadoras del VIH. Una buena parte de los resultados se repiten en ambos trabajos y, por ello, ambos pueden verse de manera complementaria, reforzándose mutuamente.

Conclusiones. Como conclusión final, se puede indicar que los resultados del trabajo pueden servir de base para realizar predicciones en el medio plazo y para el diseño de políticas integrales que trasciendan tanto el ámbito únicamente sanitario como el estrictamente laboral y contribuyan a mejorar el bienestar y las oportunidades de las personas con este problema de salud

WHAT'S BEHIND THE OBESITY EPIDEMIC?: EXPLAINING THE "WEIGHT GAP" BETWEEN ITALY AND SPAIN

J. Costa-Font, D. Fabbri and J. Gil

LSE; Universidad de Barcelona; Universidad de Boloña.

Objetivos. The expansion of obesity is currently a black box for health policy analysts and demands additional empirical insights to better understand the potential socio-economic processes behind. These effects are likely to be gender and environmental specific as well as country specific. Interestingly enough, there is hardly any comparative analysis though there are wide cross-country differences. For instance, while the obesity prevalence rate is about 9% in Italy, reaches 13% in Spain. Comparing these two countries can be quite insightful as far as they are subject to similar dietary patterns and overall economic conditions, but differ according to environmental and socio-economic health production determinants.

Methods. This paper contributes to the literature in the following way. First, we analyse and compare the factors that explain the BMI in Italy and Spain, by using country specific survey data ("Encuesta Nacional de Salud-2003" and the "Indagine sugli Aspetti della Vita Quotidiana-2003", for Spain and Italy respectively). Second, after appending the two datasets gender and cross-country differentials on BMI are analysed so as to disentangle the underlying explanatory factors, by undertaking quantile regression techniques and recently developed bootstrapped counterfactual decomposition methods (Machado and Mata, 2000). Thirdly, we proceed by analysing and comparing the determinants of the prevalence and the degree of obesity in each country and the cross-country differentials by using the Fairlie (2006) decomposition method.

Results. Our preliminary results suggest that different patterns affect the prevalence of obesity in both countries. Moreover, whilst gender differences are large in Spain they are not in Italy. However, both in Italy and Spain, evidence about regional patterns in obesity suggests that large heterogeneity in the prevalence and intensity of obesity calls upon the role of environmental and cultural factors behind its generation. Finally, we estimate that approximately 16% of total BMI country differential is due to a higher proportion of low educated people in Spain.

Conclusions. Idem.

IMPACTO DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN LOS INDICADORES DE LA ATENCIÓN BÁSICA EN EL ESTADO DE RÍO DE JANEIRO-BRASIL: UNA EVALUACIÓN EMPÍRICA

R.M. Pastrana y S.C. Gomes Jr

DIPLAN/Fiocruz; IFF/Fiocruz.

Objetivos. Identificar los indicadores entre el pacto de la atención básica y los gastos municipales en la salud, asociados a la evolución del Programa de Salud de la Familia (PSF). La evaluación de un programa de salud tiene como gran desafío identificar los indicadores más importantes para medir el impacto de las acciones desarrolladas. Este estudio analiza el PSF implantado en 1994 con el propósito de reordenar el modelo de la atención a la salud. Sin embargo, este programa tiene una distribución irregular en el territorio brasileño y carece de estudios que midan su efectividad de las condiciones de salud de la población.

Métodos. La técnica de componentes principales fue utilizada para identificar los factores asociados con la evolución del PSF en 92 ciudades de Río de Janeiro. La identificación de los factores ocurrió por los años de 2000 y 2004, para percibir alteraciones en el estándar de la asociación de los indicadores. Para la formación de los componentes, se utilizó los valores absolutos de los autovectores arriba de 0.5. Los indicadores del pacto de la atención básica y de los costos municipales en salud están disponibles en el sistema de informaciones (DATASUS). Los análisis fueron realizados con la ayuda de la versión estadística 13 del paquete SPSS®.

Resultados. En el período analizado, el estándar de la asociación de los indicadores del pacto de la atención básica y el gasto en salud con el porcentaje de la población cubierta por el PSF sufrieron una serie de alteraciones. En el año de 2000, el componente porcentaje de la población cubierta por el PSF se asoció al número del recién nacidos que recibieron más de seis consultas de prenatal (0.693) y con recién nacidos de peso bajo al nacer (0.539). En el año de 2001, el PSF estuvo asociado con el número del recién nacidos con peso bajo (0.620). Durante el año de 2002, esta asociación ocurrió con el promedio de visitas domiciliarias por habitante (0.720) y el abandono del tratamiento de la tuberculosis (-0.518). En el año siguiente (2003), el porcentaje de la población cubierta del PSF se asoció al promedio de la consulta odontológica (0.633), al promedio de consulta médica y a los gastos municipales con salud. En 2004 el porcentaje de la población cubierta estuvo asociado con el promedio de visitas domiciliarias. Los recursos federales repasados a los municipios crecieron en 236% durante este período.

Conclusiones. Los resultados demuestran que el perfil del PSF se modificó durante el tiempo y todo indica que esta alteración ocurrió en función de la dinámica de la política local de salud. Este estudio señala la necesidad de evaluaciones sistemáticas con el propósito de orientar las acciones, la optimización de los recursos públicos y el impacto del Programa.

¿QUÉ VARIABLES EXPLICAN LOS MEJORES RESULTADOS EN SALUD? RESULTADOS DEL PROYECTO DE ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN EL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A. García-Altés, C. Borrell, J. Ferrando y J. Mendivil

Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament d'Educació, Generalitat de Catalunya.

Objetivos. Si bien hay evidencia de la existencia de desigualdades en España en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, no se conocen las desigualdades en el desempeño de los servicios sanitarios, ni que variables las explican. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los indicadores de resultados en salud otros indicadores de desempeño y estructura de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas en 2002-3.

Métodos. Estudio ecológico de corte transversal, siendo la unidad de análisis las 18 Comunidades Autónomas de España. Los indicadores fueron adaptados del "UK National Health Service performance assessment framework". Las fuentes de información fueron registros epidemiológicos (mortalidad y natalidad, vacunaciones, tuberculosis y VIH/sida, etc.), población, y uso de servicios sanitarios (CMBD-AH). Los indicadores fueron tasas y proporciones, calculadas para 2002-3, y estandarizadas usando la población de España de 2001 como referencia. Se realizaron correlaciones de Spearman entre todos los indicadores e indicadores de nivel socioeconómico (tasa de paro, PIB per capita) y de oferta de servicios sanitarios (gasto sanitario per capita, número de médicos, número de camas hospitalarias, número de equipos de alta tecnología).

Resultados. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre el PIB per capita y la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares (ECV) en mujeres, la tasa de hospitalización por AVC en hombres y en mujeres, y la tasa de prescripción de antibióticos. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre el número de médicos y el número de años de vida perdidos en hombres y mujeres, la tasa de embarazos en menores de 18 años, y la tasa de mortalidad y mortalidad evitable por ECV en hombres y mujeres. La correlación es positiva entre el número de médicos y el porcentaje de hombres y mujeres con buen o muy buen estado de salud, y la tasa de hospitalización por fractura de cuello de fémur en mujeres, entre otros.

Conclusiones. Esta iniciativa es útil para identificar desigualdades geográficas, de género y clase social en indicadores de desempeño de los servicios sanitarios. Ha permitido ver la relación entre variables de resultados en salud y de nivel socioeconómico y oferta de servicios sanitarios. Los resultados informan de la existencia de desigualdades en indicadores de desempeño relacionadas con factores epidemiológicos, el nivel socioeconómico y variaciones de la práctica médica, entre otros, y son directamente aplicables en el diseño de políticas sanitarias y sociales para disminuir las desigualdades.

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

P. García-Gómez, A. López-Nicolás y A. Tur-Prats

Departamento de Economía y Empresa y CRES. Universidad Pompeu Fabra; Departamento de Economía. Universidad Politécnica de Cartagena.

Objetivos. El objetivo del artículo es encontrar evidencia sobre la relación causal entre las condiciones socioeconómicas y el estado de salud en la población europea. En este sentido, el objetivo será en primer lugar evaluar cuál es el efecto de un shock en el estado de salud sobre la situación en el mercado de trabajo de los individuos, esto es, si disminuye la probabilidad de que los mismos sigan trabajando y, de ser así, hacia qué estado transitan. Aún más, intentaremos evaluar de qué manera los efectos sobre el estado ocupacional del individuo tienen repercusión sobre la renta del hogar.

Métodos. En este artículo utilizamos la información disponible en el Panel de Hogares de la Unión Europea (1994-2001) con el objetivo de condicionar en niveles de salud pasados y así aplicar las técnicas de matching (o de comparar lo comparable). Esto es, comparamos individuos que sufrieron un shock en el estado de salud (estado laboral) con individuos idénticos en el grupo de control (individuos que no sufrieron ningún shock en el estado de salud). El análisis lo realizamos separadamente para los 11 países para los que disponemos de un número suficiente de observaciones para realizar el análisis planteado.

Resultados. Los resultados preliminares muestran que el estado hacia el que transitan los individuos tras un shock en el estado de salud varía entre países. En un estado posterior de la investigación cuantificaremos la probabilidad de abandonar el mercado de trabajo, así como la de transitar tanto hacia el desempleo como hacia la inactividad.

Conclusiones. El análisis comparado entre países de la Unión Europea nos permitirá relacionar diferentes incidencias con políticas sociales y sanitarias diferentes.

LA MORTALIDAD EN LOS HOSPITALES TAMBIÉN TIENE QUE VER CON SU ORGANIZACIÓN

E. Bernal-Delgado, M.V. Villaverde-Royo, E. Andrés-Esteban, N. Martínez-Lizaga, S. Peiro-Moreno, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Escuela Valenciana de Estudios de Salud.

Objetivos. Estimar el riesgo de morir en pacientes ingresados por DRGs con baja probabilidad de muerte. Determinar si las variaciones encontradas en el riesgo de morir, son debidas a razones propias del paciente o a razones ligadas a la organización que lo atiende.

Métodos. Diseño: Estudio descriptivo de la mortalidad intrahospitalaria obtenida con datos clínico-administrativos al alta; adicionalmente, el estudio tiene un componente analítico exploratorio para determinar las causas de la variabilidad encontrada. Población y ámbito: Todas las altas hospitalarias del año 2003 y 2004 producidas por los centros hospitalarios de agudos de 12 CCAA. Resultado principal: Riesgo relativo de morir en el hospital. Variable principal: Mortalidad intrahospitalaria definida como la probabilidad de morir en pacientes ingresados por DRGs de mortalidad, a priori, inferior al 0,5%. Factores explicativos: a) del paciente: edad, género, comorbilidad, severidad; b) de la organización: tamaño del hospital, case-mix que atiende, docencia MIR. Análisis: Para la descripción del riesgo de morir se utilizó la incidencia acumulada anual de muerte para cada hospital. Se utilizó la Razón de Mortalidad Estandarizada para evaluar si el riesgo de muerte en cada centro hospitalaria era distinto a lo esperado. Para determinar el efecto de las características de los pacientes y del centro se realizó modelización multivariante mediante regresión logit multinivel.

Resultados. El riesgo de morir en el conjunto de hospitales fue de 4,9 por 1000 personas a riesgo en un año. La razón de variación fue de alrededor de 4,5 entre los centros con mayor y menor mortalidad. Aunque la mayor probabilidad de morir estuvo ligada a la severidad de los pacientes (ORa 39,37 (IC95% 28,06-55,24)), el hospital resultó ser un predictor independiente del riesgo de morir, con un riesgo relativo hasta 5 veces mayor entre el centro con más riesgo de morir y el que menos (ORa 5,34 (IC95% 1,91-14,91)).

Conclusiones. El riesgo de morir en los hospitales españoles depende fundamentalmente del estado de salud de los pacientes, pero también de la organización sanitaria que los atiende.

MESA 5

Economía de la Salud en América Latina 1/2

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD INFANTIL POR SECCIONES MUNICIPALES EN BOLIVIA

E. Maydana Zeballos y C. Borrell

Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Objetivos. *General:* Analizar las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad infantil en las secciones municipales en Bolivia, el año 2001. *Específicos:* Describir las desigualdades en mortalidad infantil en las secciones municipales. Describir las desigualdades respecto de los indicadores socioeconómicos en las secciones municipales de Bolivia. Relacionar la mortalidad de acuerdo a indicadores socioeconómicos de las secciones municipales de Bolivia.

Métodos. Este es un estudio de tipo ecológico, cuyo objeto de análisis fueron 327 secciones municipales de Bolivia. *Población de estudio:* menores a 1 año: 204.233 personas de un total de 8.274.325.

Resultados. *Mortalidad:* La mortalidad Infantil de Bolivia fue de 66 por 1.000 nacidos vivos al 2001. Desagregados por municipios oscila entre 38 y 170 por 1.000 con una mediana de 74. Las tasas de Mortalidad infantil más altas se encuentran al sudoeste del país, en los municipios de los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, Oruro y Potosí, con medias de 71, 72, 82 y 99 muertes por mil. El municipio de Caripuyo en Potosí registra el máximo valor nacional: 170. *Socioeconómicos:* Los municipios de Presto en Chuquisaca y Tacobamba en Potosí concentran las cifras más elevadas de analfabetismo en Bolivia, con un 62,2 y 62,7 por ciento, respectivamente. Cerca del 3% de la población de los municipios son trabajadores domésticos sin remuneración. La franja oeste de Bolivia tiene más del 87% de hogares con abastecimiento de agua fuera de la vivienda. Los percentiles 25 y 75, muestran 36 y 84% de hogares sin serv. sanitario.

Conclusiones. Existen elevados coeficientes de correlación entre los indicadores socioeconómicos y la tasa de mortalidad infantil, no solo alta correlación entre dependiente e independientes; sino intensa relación entre las propias independientes. Las secciones municipales del sudoeste sufren tienen las cifras más altas respecto de los indicadores, son municipios que corresponden a las zonas del altiplano, valles y sierras occidentales.

UN MODELO DE ASIGNACIÓN ESPACIAL DE RECURSOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA: CÁLCULO Y SIMULACIONES PARA CHILE 2005

C. Ibáñez-Gericke

Departamento de Economía de la Salud; Ministerio de Salud, Chile.

Objetivos. Contribuir a introducir mayores niveles de racionalidad en la toma de decisiones en relación a la asignación de recursos en el ámbito de la salud pública, teniendo como criterios las necesidades relativas de los ciudadanos.

Métodos. En general, las metodologías de asignación espacial de recursos en salud han sido desarrolladas teniendo como problema las prestaciones realizadas en las redes asistenciales, sin embargo, no se ha prestado atención a los ámbitos relativos a la salud pública. Se propone un modelo que rescata variables territoriales que capturan la sensibilidad de diferentes poblaciones respecto de necesidades específicas que caben dentro del ámbito de la salud pública.

Resultados. Se comparan patrones de asignación con y sin aplicar la metodología propuesta. Los resultados se presentan en función de cómo cambiaría la estructura de ingresos de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud si se adoptara cada uno de los escenarios analizados, lo que se acompaña de una evaluación preliminar de la reasignación, donde se aprecian reducciones importantes de brechas de recursos per cápita entre los distintos espacios territoriales.

Conclusiones. Un aspecto crítico respecto de la asignación propuesta es que el mayor porcentaje de recursos se asigna vía capitación simple por dotación. Sin embargo, para que este proceder sea correcto es necesario que las dotaciones de cada Seremi sean las óptimas. Así, mientras más lejos se esté de la situación óptima más débiles serán las bases de sustentación de la asignación resultante de la metodología, dado que se les estarían asignando más recursos a aquellas Seremis que tienen una sobre dotación relativa de recurso humano y menos a las que tienen menos, por lo que se estaría ampliando la eventual inequidad ya existente en la asignación de las plantas. Respecto de la asignación, llama la atención que la Región Metropolitana resulte beneficiada en cualquier escenario, lo que en sí mismo podría no ser incorrecto, sin embargo, bien se podría estar en presencia de una situación de carencia de recursos parcialmente artificial por cuanto es en la región metropolitana donde existen mayores sinergias entre los ámbitos públicos y donde existen potenciales economías de escala y de ámbito que bien pueden facilitar la labor de la Seremi al contrario de lo que pudiere estar ocurriendo en otras regiones. En términos generales podemos concluir de manera preliminar que los ajustes realizados permiten hacer más homogéneo los recursos por habitante así como también los recursos por funcionario, y de esa manera se asume que se aporta a lograr mayores niveles de equidad en la asignación de recursos al mismo tiempo que se da cuenta de las necesidades relativas de las regiones.

LAS CESÁREAS EN EL URUGUAY: UN ENFOQUE ECONÓMICO

M. Rossi y P. Triunfo

Universidad de la República; Facultad de Ciencias Sociales; Departamento de Economía.

Objetivos. Estudios de costo-efectividad de la cesárea han determinado que una cesárea sin complicaciones puede costar entre un 66 a un 200% más que un parto normal según el país analizado. A su vez, existe evidencia empírica a favor y en contra respecto a la contribución de este procedimiento en la disminución de la tasa de mortalidad perinatal. Debido a la alta incidencia que este procedimiento quirúrgico tiene, se estudia el impacto de dos sistemas de remuneraciones diferentes (por acto en hospitales privados y por salario fijo en los públicos), en la realización de cesáreas en ambos tipos de instituciones.

Métodos. Utilizando los nacimientos registrados en el año 2003 (23.474) por el Sistema Informático Perinatal en Montevideo (Uruguay), se estima la probabilidad de tener una cesárea controlando por los principales factores de riesgo y por la endogeneidad en la elección del hospital donde se atienden.

Resultados. Las estimaciones permiten afirmar que una mujer tiene 20% de probabilidad de tener una cesárea en un hospital público y un 39% en uno privado. A su vez, las diferencias entre los dos tipos de hospitales son mayores para mujeres de menor riesgo. Por ejemplo, aquellas mujeres que no presentaron ninguno de los riesgos médicos considerados en este estudio tienen un 11% de probabilidad de tener una cesárea en un hospital público y 25% si se atienden en un hospital privado –más del doble–.

Conclusiones. Las diferencias entre los dos tipos de instituciones pueden deberse a factores no observables como ser indicaciones médicas o factores de riesgo no considerados, estilos de práctica médica, tecnologías de los hospitales, presión de las pacientes, etc. Sin embargo, dado que se controla por el nivel socioeconómico de las pacientes, que en Montevideo existe una alta proporción de médicos que combinan el trabajo público y privado –debido a las bajas remuneraciones en el sector público–, y dado que es una cirugía de baja complejidad, consideramos que el sistema de remuneraciones tiene un gran peso en las diferentes probabilidades encontradas, apuntando hacia la existencia de demanda inducida.

FONDO DE AJUSTE DE RIESGOS EN EL SISTEMA ISAPRES

C. Cid y A. Muñoz

Superintendencia de Salud de Chile.

Objetivos. Evaluar la aplicación del sistema de ajuste de riesgos en el sistema de seguros de salud privados en Chile (Isapres), para los servicios garantizados por la Reforma, en su primer año de operación (2005-2006). Esta política fue planificada como forma de atenuar la selección de riesgos que opera de manera importante en este sector de la seguridad social de salud chilena.

Métodos. Cálculo del ajuste de riesgos entre las isapres considerando la prima comunitaria, los factores de riesgo en base a 18 grupos de edad y por sexo, las primas ajustadas por riesgo y las compensaciones netas entre las isapres participantes, en base a un modelo de celdas que se ajusta a la normativa vigente de acuerdo a las leyes impulsadas por la reforma de salud en Chile.

Resultados. La selección de riesgos que opera en el sistema Isapre tiene importantes efectos en la eficiencia y equidad del sistema de salud chileno en su conjunto. Los montos que el sistema de ajuste de riesgo, en aplicación, redistribuye son bajos respecto de los montos de recursos que ingresa y gasta la industria. En general las isapres beneficiadas son aquellas que tienen mayor cantidad relativa de adultos mayores y niños, pero no necesariamente aquellas que tienen la población menos privilegiada en términos socioeconómicos. El hecho que el ingreso al sistema de Garantías explícitas en Salud (GES) sea voluntario en el sistema privado, genera distorsiones en el sistema de compensación por riesgos.

Conclusiones. Es preciso avanzar en el perfeccionamiento del sistema de ajuste de riesgos, en particular, respecto de la información de costos para el cálculo de los costos esperados, la incorporación de otros ajustadores de riesgo además de sexo y edad y respecto de la relación utilización GES y compensación entre Isapres.

COSTO DE LA DIARREA PARA EL GOBIERNO, PARA LAS FAMILIAS Y EL IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE MEJORAS SANITARIAS DOMICILIARES EN LA CIUDAD DE SAÚDE-BAHÍA-BRASIL

H.F. do Nascimento, L.D. Santos, S.A. Loureiro, A.S. Fernández y F.S. Fontaneli

ISC / UFBA.

Objetivos. En 2000, la Organización Mundial de Salud (OMS) estimó que el 18% de la población mundial todavía no tenía acceso al agua tratada y el 40% no tiene acceso al adecuado tratamiento sanitario. En Brasil, extensas áreas de pobreza siguen con precarias infra-estructuras de servicios básicos de saneamiento y abastecimiento, y los elevados índices de morbilidad y mortalidad recurrentes de condiciones ambientales precarias representan un gran impacto económico para el gobierno y las familias. El estudio estimó los costos del tratamiento de la diarrea al sistema público de salud y a las familias, y también de las acciones en saneamiento realizadas por el gobierno brasileño en el municipio de Saúde.

Métodos. El municipio seleccionado tiene el Índice de Desarrollo Humano (IDH) debajo de 0,5; tasa de mortalidad infantil mayor que 40/1000 nacidos vivos; y se encuadra en los criterios epidemiológicos establecidos por la portaría del Ministerio de la Salud nº176 del 2000. La muestra fue de 88 domicilios, lo que corresponde a 44% de los domicilios beneficiados. Se decidió por restringir este estudio a la valuación de los costos de la diarrea que, además de más frecuente, esta asociada a mayor factor de riesgo. Los datos secundarios y primarios fueron colectados por investigadores entrenados, utilizando-se de tablas de costo institucional y cuestionarios de costo familiar aplicados a las familias y domicilios. Los costos fueron computados a partir del inicio de las obras (en el 2001) y deflacionadas a precios del 2005, cuando los beneficios generados con los casos evitados de diarrea se volvieron más evidentes.

Resultados. El valor estimado para el costo de las intervenciones de saneamiento fue de R\$ 347.000. Los costos medio y total de la asistencia ambulatorio a la diarrea fueron respectivamente de R\$ 12,53 y R\$ 30.727,53. En el caso del internamente por diarrea el costo medio fue de \$ 519,79 y el costo total de R\$ 120.072,37. Las familias tuvieron un costo total de cerca de R\$ 254.214,52 asociado a la diarrea, sea por tratamiento en ambulatorio o sea para internamiento. El valor economizado con la reducción de casos de diarrea fue de R\$ 213.608,71. Fue economizado R\$ 52,23 por caso de diarrea evitado.

Conclusiones. Los beneficios generados por el programa de saneamiento posibilitaron una importante economía para el sector público y para las familias. Los costos de las obras de saneamiento fueron compensados por la economía de recursos financieros que se obtuvo.

SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NOS MUNICÍPIOS DA BAHIA/BRASIL

G. Santana-dos Santos
PESQUISADOR, PECS/ISC/UFBA.

Objetivos. Avaliar a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** - levantar os recursos destinados à saúde nas três esferas de governo, nos Municípios de Senhor do Bonfim e Jequié e indicar o montante de recursos aplicados pelos municípios, dada as atuais regras de repasse de recursos pelo SUS.

Métodos. Pesquisa bibliográfica com caráter exploratório e descritivo e utilização de dados secundários colhidos na base do SIOPS.

Resultados. Na Bahia em 2005, existiam 27 municípios em GPSM (Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal), que corresponde a 6,47% dos 417 municípios existentes e gerenciam totalmente o montante de recursos -Federais, Estadual e Municipal - destinados para o setor saúde. Nos municípios estudados a participação dos recursos transferidos para a saúde no total de receitas variaram de 21,9% a 25,2%, onde quanto maior for esta participação maior será a dependência do setor saúde deste recurso SUS. Quanto à participação das receitas da saúde na receita total, nos municípios estudados, esta participação média é de 23,64%, indicando que as oscilações destas receitas causarão impactos negativos no desempenho das receitas municipais. Quanto aos impactos das despesas da saúde na receita total, pode-se afirmar que uma elevada participação pode gerar instabilidades econômicas - em média as despesas em saúde correspondem a 29,96% das receitas, um limite possível de ser gerenciado.

Conclusiones. Conclui-se que os municípios estudados têm um alto grau de dependência dos recursos externos, em média 78,56% das despesas em saúde são cobertas por repasses. Logo, oscilações nos repasses comprometem o funcionamento do SUS-municipal.

MESA 5 Economía de la Salud en América Latina 2/2

CRISIS DE LOS MECANISMOS DE PAGO Y NECESIDAD DE UNA NUEVA FORMA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD CHILENO

C. Cid, R. Castro, A. Román, E. Díaz, J. Carvajal, et al
Superintendencia de Salud ; Ministerio de Salud ; Fondo Nacional de Salud ; Servicio de Salud Metropolitano Central; Servicio de Salud Metropolitano Suroriental. Chile

Objetivos. Señalar la inconveniencia de continuar con el actual sistema de pagos, por acto, en el sector público de salud en Chile, caracterizar su crisis y mostrar una alternativa que se adecua mejor a las actuales necesidades de la Reforma.

Métodos. Trabajo descriptivo que recoge la experiencia de la ejecución financiera y presupuestaria del sector público de salud chileno en los últimos años, caracteriza sus problemas y entrega una propuesta.

Resultados. En Chile conviven diferentes mecanismos de pago al interior de un presupuesto público. Mecanismos de pago por acto para la atención hospitalaria, un per-cápita para la atención primaria y un importante componente de presupuesto histórico. El Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) del presupuesto, está compuesto por canastas valoradas, incluyendo algunas de las que solucionan los problemas priorizados por la Reforma. Actualmente éste PPV corresponde al 50% del total del gasto hospitalario y se incentiva su aumento. Pero el desarrollo de este tipo de pagos, no asegura la necesidad de impulsar mayor equidad y contención de costos en el sistema. El financiamiento se encuentra en una encrucijada y existen ámbitos donde el problema puede amenazar su sostenibilidad. Se trata de un sistema que tiende a desequilibrar la asignación de recursos y en el que existen incentivos continuados a la expansión de un sector del presupuesto en desmedro de otro. Este sistema de pago, que actúa emulando precios (sombra) mediante el establecimiento de tarifas por servicio, se muestra incapaz de promover la equidad y acotar las tasas de crecimiento de costos.

Conclusiones. Se precisa llevar el sistema de pago hacia uno más global que incentive la eliminación de listas de espera, pero que introduzca la visión de conseguir resultados en salud y no sólo cantidad. La integración entre niveles asistenciales, entendida como red coordinada de continuidad asistencial para una población asociada a un riesgo financiero, tiene ventajas sanitarias y económicas. Un financiamiento territorial capitulo ajustado por riesgo constituye un mecanismo regulatorio potente para fomentar esta integración en Chile. Junto con ello, para garantizar eficiencia, es posible desarrollar índices de casuística a nivel hospitalario, generando un pago a éste nivel que se base en costos ajustados por complejidad, que a su vez se asocia a diagnósticos clínicos.

¿UN BUEN MODELO O UN BUEN GOBIERNO? LA EXPERIENCIA COSTARRICENSE EN ASIGNACIÓN DE RECURSOS AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

E. Rodríguez J y J.R. Vargas B

Caja Costarricense de Seguro Social; Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Determinar en que medida los cambios en la asignación de recursos financieros afectan la producción, las coberturas de atención integral y la salud de la población en las Áreas de Salud -primer nivel de atención- de la Caja Costarricense de Seguro Social, e identificar otras variables con impacto actual o potencial.

Métodos. Se corrieron varios modelos de regresión lineal bivariada y multivariada, con indicadores de resultado –incrementos en la producción y en las coberturas de atención integral- y de impacto –cambios en la mortalidad infantil como variables dependientes. Como variables explicativas se incluyó el cambio en el gasto per cápita real de las unidades y en las puntuaciones obtenidas en la evaluación del Compromiso de Gestión, excluyendo producción. Los datos se tomaron de las evaluaciones del compromiso de gestión y de los registros de gasto de de las unidades para el periodo 2003 – 2005.

Resultados. Los resultados preliminares indican que no hay una asociación estadísticamente significativa entre los cambios en la asignación de recursos per cápita y los cambios en la producción de consultas, en las coberturas de atención integral y en la mortalidad infantil. Tampoco se encontró asociación con las puntuaciones obtenidas en la evaluación de los Compromisos de Gestión, excluyendo el componente de producción con calidad, como indicador de calidad de la gestión.

Conclusiones. Asignar mayor cantidad de recursos a las unidades con más necesidad no tiene un impacto significativo sobre la producción y las coberturas con calidad, ni sobre el estado de salud de la población. El paquete de servicios ofrecidos en el primer nivel es limitado y los recursos adicionales asignados a las unidades, por encima del costo base, tienen escaso impacto sobre su producción y sobre la salud de la población. Las diferencias en productividad y resultados entre las unidades encuentran su explicación en elementos de calidad de la gestión muy diversos y, por tanto, difíciles de identificar y traducir a indicadores evaluables. Identificar esos elementos y potenciar los que evidencien impacto positivo es una tarea pendiente y prometedora en el camino hacia servicios más eficientes y homogéneos y es, también, un prerrequisito para mejorar la equidad.

VALORES POBLACIONALES DE REFERENCIA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 PARA COSTA RICA

M. Morera-Salas, K. Hernández-Villafuerte, P. Barber-Pérez, J.R. Vargas-Brenes, A. Aparicio-Llanos, et al

Caja Costarricense de Seguro Social; Universidad de Costa Rica; Universidad Las Palmas de Gran Canarias.

Objetivos. Determinar los valores de referencia del Cuestionario de Salud SF-36 para la población costarricense y compararla con los valores obtenidos en países Latinoamericanos, Norte América y España.

Métodos. Con el fin de medir la calidad de vida relacionada con la salud de las familias costarricense se aplicó en julio del 2006 el cuestionario conocido como SF-36, en una muestra aleatoria de la población no institucionalizada de 1.000 personas mayores de 18 años. Para cada dimensión de salud se calcularon las medidas de tendencia central y la proporción de individuos con la puntuación máxima y mínima. Se realizó un análisis de componentes principales para agrupar las dimensiones en un componente físico y otro emocional y después, se realizó un contraste ANOVA para comprobar la existencia de diferencias en salud entre grupos de edad y género para ambos componentes.

Resultados. Las puntuaciones medias de las dimensiones que definen la calidad de vida relacionada con la salud varían del 71/100 en la salud general al 86/100 en la función física. En todas las dimensiones y grupos de edad, los hombres presentan mayores puntuaciones medias respecto a las mujeres. Las mayores diferencias se presentan en las dimensiones del dolor corporal y vitalidad y la menor en la salud general. Las mayores puntuaciones se registran en las personas entre los 18 y 24 años. La función física, el rol físico, la salud en general y la vitalidad muestra un incremento con forme se avanza a través de los diferentes grupos de edad. El rol emocional, se mantiene relativamente constante en el caso de los hombres e independiente de la edad mientras que en las mujeres cae considerablemente en las últimas dos etapas de la vida. El Análisis de Componente Principales confirma la existencia de dos escalas sobre las que finalmente se resume el SF-36, el componente físico y el mental. El nivel de percepción de salud general en Costa Rica (2006: 71/100) es similar al de países como Chile (2004-2005: 65/100), México (1999-2000: 52/100), USA (1998: 72/100); Canadá (1996-1997: 77/100) y España (1996: 68/100).

Conclusiones. Los resultados concuerdan con los obtenidos en otros países de nuestro entorno, donde las mujeres para todos los factores y grupos de edad, sistemáticamente muestran un peor estado de salud. Se recomienda utilizar estos resultados del estado de salud ajustada por edad y sexo, como nivel basal para futuras evaluaciones nacionales y comparaciones con resultados de salud internacionales.

DECOMPOSING THE DETERMINANTS OF THE NON-USE OF HEALTH CARE

B. Álvarez-García y M. Vera-Hernández

Universidad de Vigo; University College London.

Objetivos. This paper provides a model and data structure to identify the determinants of the use of health care by poor children and the channels through which they operate. The most distinguishing feature of our approach is that we decompose the decision to use health care into three stages. The first stage determines whether a child is ill or requires preventive care. Conditional on the first stage, the second stage determines whether the mother perceives that professional health care will provide positive gross benefits. Conditional on the second stage, the third stage determines the use of health care by comparing the perceived benefits and costs. The advantage of our approach is that variables can influence each stage differently.

Methods. The empirical analysis is carried out with Colombian data. The data comes from the survey to evaluate the Colombian Conditional Cash Transfer Program (Familias en Acción). We restrict ourselves to preschool children aged 0 to 5, living in low-income rural households. The econometric model, -trivariata Probit with endogenous selection- is estimated by simulated maximum likelihood using the GHK simulator with antithetics.

Results. Among other findings, our estimates show that mothers' health information plays an important role in determining the probability of perceiving the positive benefits of health care. Another interesting result is that children living in towns with high prevalence of violence are in higher need of health care but violence decreases the probability that the child will use health care conditional of the mother perceiving that health care will provide positive benefits.

Conclusions. Our results confirm that the effect of the variables related to children's use of health care operate through different channels. When we estimate a standard Probit model of health care use that does not decompose the decision to use health care into different stages, some variables do not seem to influence health care use. This occurs because they have effects of opposite signs in different stages and hence the positive effects in one stage compensates with the negative effects on other stages. Consequently, it is crucial to model the different stages of health care use to unmask the relations that standard models hide.

EVALUACIÓN DE LA DESCENTRALIZACIÓN SUBNACIONAL DE LA SALUD EN VENEZUELA

M. Avila-Urdaneta y M. González-Reyes

Universidad del Zulia; Universidad Simón Bolívar.

Objetivos. El estudio esta basado en la Evaluación de la Descentralización de la Salud en Venezuela, área Programa Materno Infantil (PROMIN). Aborda el nivel subnacional a fin de medir el desempeño de la gestión de las dependencias de la Coordinación Municipal de la Salud (CMS) y establecimientos pertenecientes al Sistema Regional de Salud del estado Zulia (SRS) y al Sistema Nacional de Salud de Venezuela (SNS). Con base a la evaluación de las intervenciones implementadas por el SRS, basada en principios epidemiológicos.

Métodos. La investigación es de tipo evaluativo, consiste en hacer un juicio expost sobre la intervención durante el periodo 1998-2004. El diseño de la investigación transeccional descriptivo, con el propósito de medir percepciones en una población de veintinueve Municipios y una muestra de trece Coordinadores Municipales de la salud (CMS) en diez Municipios del estado Zulia (Maracaibo, San Francisco, Cañada de Urdaneta, Jesús E. Losada, Mara, Santa Rita, Miranda, Cabimas, Valmore Rodríguez y Rosario de Perijá); y como se manifiesta la incidencia de diecinueve indicadores epidemiológicos.

Resultados. De los resultados más significativos, la Tasa de Natalidad TN (por 1000 Hab.) evidencia un mayor crecimiento año 1998: Municipios Jesús E. Losada (Fronterizo) (31,01), Valmore Rodríguez (Petrolero) (23,07), y el menor Santa Rita (15,61). Año 2004: mayor crecimiento en los Municipios (fronterizos) Rosario de Perijá (25,78) y Jesús E. Losada (22,84), y el menor 18,72% correspondiente a Cañada de Urdaneta. La Tasa de Mortalidad Materna TMM (por 100.000 NVR), para 1998: Rosario de Perijá (126,50), Cañada de Urdaneta (99,40), Mara (96,77) y la menor en Cabimas (47,35). En el 2004, valores más altos Mara (128,97), San Francisco (103,63), y Valmore Rodríguez (100,30) y el menor valor en Cabimas de 42,27 (por 100.000 NVR).

Conclusiones. De las conclusiones se infiere, que a pesar de los esfuerzos realizados en Latinoamérica, especialmente en Venezuela con el Modelo de Atención Integral con respecto al PROMIN, la TMM promedio para el país asciende a 60 por 100.000 NVR (OPS, 2003), mientras que para el Zulia el valor estuvo en 79,9; destacando el Municipio Cañada de Urdaneta tuvo la más alta TMM de 214,13, seguida de Mara 149,44 (por 100.000NVR).

FACTORES PRONÓSTICO DE RIESGO NUTRICIONAL

A.M. Gallo, M. Formentini, M. Deforel, A. Lora, D. Vitali, et al
Hospital Pirovano Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos. Conocer objetivamente el perfil del estado nutricional de la población al ingreso en el área de Internación y establecer predictores independientes de mayor deterioro nutricional asociado al déficit calórico-proteico, en un Hospital Público General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el periodo 2004.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal, en el cual se incluyeron por muestra aleatoria 253 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos que fueron evaluados nutricionalmente dentro de las 72 hs de su hospitalización. El protocolo contempló: la valoración antropometría (peso, talla) para el cálculo del IMC (índice de masa corporal) dosaje de albúmina sérica (g/l) y estimado de IRN (índice de riesgo nutricional), que combina el estado de proteína visceral y modificación del peso en los últimos 6 meses. La variable respuesta en el modelo multivariado de regresión logística fue riesgo o deterioro nutricional mayor por déficit (Rimayor) (incluye: emaciación, IRN < 90 y albúmina < 30 g/l). Las covariables: sexo, edad, albúmina, área de internación, patología, procedencia, nivel ocupacional y de instrucción.

Resultados. La muestra estuvo conformada en un 53% por pacientes de sexo masculino y un 47% de sexo femenino con una edad media de 57 + 18.3 años. El 66% era residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Diagnóstico Nutricional fue normal en un 23.5 a 34.6%(IC 95%), con riesgo o déficit un 41.3% a 53.5% (IC 95%) Sobrepeso /obesidad sin riesgo 18.7 a 29.2%(IC 95%). El ajuste del modelo (Deviance: 224 p: 0.81) identificó como predictores Rimayor: patología nefrológicas, metabólicas, respiratorias y oncológicas (OR: 11 p: 0.0); infecciosas, digestivas, cardio-cerebrovasculares, hepatobiliares (OR: 3.9 p: 0.01); analfabetos primaria incompleta (OR: 3.3 p: 0.02).

Conclusiones. Se detectó alta proporción de estado nutricional inadecuado (65,4 a 76.5%) al momento de la internación, con un Rimayor del 21.3% y depresión de proteína visceral en el 32% de la población. Las patologías nefrológicas, metabólicas, respiratorias y oncológicas deben ser consideradas de alto riesgo de desnutrición, y por lo tanto asistidas inmediatamente con el fin de reducir la estancia media y el incremento de los costos sanitarios.

MESA 6

Evaluación Económica 1/3

LOS COSTES DEL CUIDADO INFORMAL COMO FACTOR DE PRODUCCIÓN DE SALUD EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER NO INSTITUCIONALIZADO

B. Rivera, B. Casal, L. Currais y P. Rungo
Universidad de A Coruña.

Objetivos. La enfermedad de alzheimer (EA) es una enfermedad crónica, progresiva y de larga supervivencia. Son innegables sus consecuencias económicas y sociales para pacientes, cuidadores y sistemas asistenciales, sobre todo si consideramos el progresivo envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de la enfermedad en edades avanzadas. La historia natural de esta enfermedad se desarrolla, casi en su totalidad, al margen de los sistemas formales de provisión de cuidados, siendo el entorno más cercano del enfermo el que asuma su asistencia. El objetivo principal consiste en identificar y valorar económicamente el cuidado informal proporcionado a enfermos de alzheimer no institucionalizados que residen en Galicia. Otro de los objetivos pasa por identificar el efecto causal que ejercen determinadas variables sobre los costes asociados a los cuidados.

Métodos. Tomando como referencia diferentes modelos teóricos de apoyo informal, se diseñó un cuestionario que ha sido autoadministrado por cuidadores informales de enfermos de alzheimer durante el último trimestre de 2006. La estructuración de los estimadores de características se ha realizado respondiendo a la necesidad de recoger datos de clasificación; una valoración de la EA; tipología de los cuidados; estados de salud; e ingresos monetarios. El tamaño muestral fijado y, el grado de respuesta obtenido, permiten alcanzar los objetivos planteados. El perfil característico del cuidador de una persona con EA plantea la idoneidad de valorar el tiempo dedicado a los cuidados mediante el método del coste de sustitución. La identificación de las variables precursoras del cuidado informal y sus efectos causales sobre los costes se realizará mediante la especificación de modelos de regresión lineal múltiple.

Resultados. El estudio se encuentra en la fase de tratamiento de datos. No obstante, no es precipitado prever que los cuidadores presenten una importante carga en términos de tiempo dedicado a cuidados, desembolsos efectivos y estado de salud. La asociación significativa entre variables podrá explicar la variabilidad en los costes y ayudará a la determinación de un coste óptimo por cuidador.

Conclusiones. La crisis en el modelo de apoyo informal y, el progresivo envejecimiento de la población, supone un reto para nuestros sistemas sanitarios y de apoyo social. En este contexto, se hace necesario acometer reestructuraciones, dotándolos de una mayor capacidad para asimilar potenciales incrementos en la demanda de salud. La aplicación de mayores partidas de recursos financieros y asistenciales, a personas que prestan cuidados informales de larga duración, es prioritario para mejorar la calidad de vida de enfermos y cuidadores.

SCREENING FOR OPEN ANGLE GLAUCOMA: ONE MODEL, TWO QUESTIONS ANSWERED?

R. Hernández, L. Vale, J. Burr, for the OAG Screening Project Group
Health Economics Research Unit, University of Aberdeen; Health Services Research Unit, University of Aberdeen.

Objetivos. Using cohort models to evaluate screening programmes have limitations. For open angle glaucoma (OAG) some of the available models contemplated screening only once, others considered several waves for specific start ages. These models might help the inform decision about adopting screening but may not be ideal for considering the optimal age to start screening as they provide indirect comparisons between different start age cohort groups. However, the effect of delaying screening for those younger than the cohort starting ages is partially lost. This study compares and discusses the effects on a cost-utility analysis of screening for OAG at different start ages reliant on indirect or direct comparisons.

Methods. Markov Models comparing current case detection for OAG with two alternative screening strategies were developed. Strategies allowed for the progression of OAG, visual impairment and different screening start ages as well as different intervals between screenings. Model input estimates were derived from systematic reviews and from an ongoing QoL study. Incremental cost per QALY ratios (ICERs) were calculated and probabilistic sensitivity analysis conducted.

Results. Preliminary results show that delaying screening for the 40 year olds is not worthwhile. Starting screening at 40 years resulted in ICER of £21,884. ICERs for delayed screening until 60 or 75 were £158,660 and £200,171, respectively. For the indirect comparison ICERs were £21,884, £32,670 and £55,898, respectively.

Conclusions. Direct comparisons can capture the effects of delaying screening so they should be more reliable. This case study showed that the effect of delaying screening was partially lost when relying in indirect comparisons.

ESTUDIO DEL COSTE DE LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS DE LA NEUMONÍA

C. Piñol
Q.F. Bayer, S.A.

Objetivos. Estudiar los costes de los tratamientos antibióticos de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pacientes que requerían ingreso hospitalario.

Métodos. Se calcularon los costes directos de las diferentes alternativas antibióticas utilizadas para el tratamiento de la neumonía. Se consideró que todas las opciones terapéuticas utilizadas en el análisis presentaban una eficacia similar frente a los patógenos habituales en esta patología. Se utilizó una pauta de tratamiento consistente en 3 días de terapia i.v. y un día oral durante el ingreso hospitalario, al finalizar el cuarto día todos los pacientes eran dados de alta para continuar el tratamiento por vía oral domiciliariamente durante 10 días. Para calcular los costes se utilizó el PVP + IVA en € del 2006. Se calculó el coste de cada una de las pautas establecidas, tanto para el hospital como para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Resultados. El coste total para el SNS de cada una de las diferentes pautas terapéuticas, teniendo en cuenta que el primer antibiótico es el i.v. y el segundo el oral fue: levofloxacino / levofloxacino 365,6 €, levofloxacino / moxifloxacino 341,3 €, ceftriaxona + claritromicina / cefuroxima + claritromicina 257,6 €, ceftriaxona + claritromicina / cefditoren + claritromicina 278,0 €, ceftriaxona + azitromicina / cefuroxima + azitromicina 251,1 €, ceftriaxona + azitromicina / cefditoren + azitromicina 271,5 €, amoxiclav. + claritromicina / amoxiclav. + claritromicina 180,0 € y amoxiclav. + azitromicina / amoxiclav. + azitromicina 173,5 €.

Conclusiones. Dentro del grupo de las quinolonas, existen dos posibilidades terapéuticas en el mercado español: levofloxacino y moxifloxacino. Actualmente no está comercializado en España moxifloxacino i.v. y por este motivo se plantearon las alternativas: levofloxacino iv. + levofloxacino oral versus levofloxacino iv. + moxifloxacino oral. En el presente análisis de costes, la pauta terapéutica levofloxacino / moxifloxacino resulta menos costosa en comparación con la pauta con levofloxacino i.v. + oral. Esta diferencia se basa en el menor coste de adquisición de la presentación oral de moxifloxacino, unido al hecho de la distinta pauta posológica en la administración: moxifloxacino 1 vez al día versus levofloxacino cada 12 horas.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE SORAFENIB EN EL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES EN ESPAÑA

C. Piñol, P. Maroto, H. Villavicencio y L. Urruticoechea
Q.F. Bayer, S.A; Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Fundació Puigvert.

Objetivos. Evaluar el coste-efectividad de sorafenib más el tratamiento de soporte estándar (TSE) en comparación con el TSE en el carcinoma de células renales (CCR) desde la perspectiva del Servicio Nacional de Salud (SNS) español.

Métodos. Se desarrolló un modelo de Markov para proyectar el tiempo de supervivencia y los costes asociados con sorafenib más el TSE y el TSE solo. El modelo distribuyó a los pacientes con CRR avanzado en tres estados de la enfermedad – supervivencia libre de progresión (SLP), progresión, y muerte. Las probabilidades de transición entre los estados de la enfermedad que se hicieron variar cada 3 meses, se obtuvieron de un ensayo clínico. Los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados se utilizaron como medida de la efectividad del tratamiento. Como recursos utilizados se incluyeron los fármacos, su administración, visitas médicas, monitorizaciones, y acontecimientos adversos. Los costes y los beneficios en supervivencia fueron descontados en un 3% anual. Todos los costes fueron ajustados en Euros de 2005. Se realizaron análisis de sensibilidad.

Resultados. Los costes durante toda la vida de los pacientes fueron de 44.904 € y 10.502 € para sorafenib más el TSE y el TSE solo, respectivamente. El ratio de coste-efectividad incremental (RCEI) de sorafenib más el TSE versus el TSE solo fue de 37.667 € por AVAC ganado. Los parámetros principales para los resultados del modelo fueron las probabilidades de supervivencia después de progresión y la SLP para ambos grupos de tratamiento. Los análisis de sensibilidad mostraron que los resultados del modelo eran robustos.

Conclusiones. Sorafenib es una terapia coste-efectiva en el manejo del CCR avanzado y puede tener un valor considerable para los pacientes, con un mínimo impacto presupuestario para el SNS español.

GARANTIZAR LA TRANSFERIBILIDAD DE LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS: UNA OBLIGACIÓN INEXCUSABLE

F. Antónanzas, C. Juárez, M. Pinillos, R. Rodríguez, R. Lorente, et al
Universidad de La Rioja.

Objetivos. Las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias cada vez contienen más elementos de sofisticación que aumentan su complejidad (proyecciones sobre la supervivencia, medición de la calidad de vida, análisis de sensibilidad probabilístico, etc.) por lo que los resultados obtenidos por un grupo de autores para un contexto sanitario y social determinado convendrían que fuesen aplicables en otros contextos. De esta forma se ahorrarían recursos y se agilizarían los procesos de evaluación. Sin embargo, esta cualidad de transferencia o generalización, como algunos autores denominan, requiere que el estudio tenga unas características determinadas y que se cumplan ciertas condiciones.

Los objetivos de esta comunicación son: 1. presentar los criterios propuestos por los pocos autores que han tratado la cuestión de la transferibilidad (Drummond y Welte) en los últimos 3 años, y 2. comprobar en la base de datos EURONHEED (que contiene los resúmenes estructurados de más de 1500 publicaciones de evaluación económica) si tales criterios se cumplen para los 30 estudios españoles del área de las infecciones, la cual ha sido elegida por su mayor facilidad de comprensión y por ser el número de sus publicaciones relevante para el análisis de esta cuestión.

Métodos. Se han clasificado los criterios propuestos por los autores según los elementos afectados de cada estudio de evaluación (por ej. obtención de efectos sobre la salud, valoración de los recursos implicados, etc.), se han revisado los resúmenes de la base de datos EURONHEED anotando si los estudios cumplen los criterios propuestos, se han medido en escalas numéricas y en proporciones los resultados de cada estudio, así como los totales.

Resultados. Los criterios propuestos por cada autor tienen algunos elementos comunes pero otros son diferentes tanto en la clase de concepto elegido para medir la transferibilidad como en la forma de aplicarlo. Este hecho implica que los resultados de la revisión en cuanto a si el estudio es o no transferible difieren según el autor que elaboró el método de comprobación. En su conjunto, son transferibles, según los criterios aplicados, entre el 40-60% de los estudios revisados.

Conclusiones. Al igual que los resultados de los ensayos clínicos tienden a ser generalizables a otros contextos diferentes de aquellos en que se realizaron, es deseable que las evaluaciones económicas generen resultados utilizables por los agentes sanitarios aunque pertenezcan a otros contextos –países o regiones, por ejemplo-. Los resultados muestran que hay un camino por recorrer y que si no se sientan las bases para lograr la transferibilidad los esfuerzos para evaluar las tecnologías serán crecientes, lo cual no facilitará su empleo en los procesos de adopción de decisiones.

COSTE HOSPITALARIO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL

J. Corral, F. Cots, X. Castells, J.R. Germà y J.M. Borràs

*Institut Català d'Oncologia; Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS); Pla Director d'Oncologia a Catalunya.***Objetivos.** Valorar el coste clínico del proceso asistencial del cáncer colorrectal (CCR) en dos hospitales públicos de Cataluña.**Métodos.** Se seleccionaron todos los casos nuevos diagnosticados de CCR en el año 2000 en el Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) y una muestra aleatoria de los nuevos casos diagnosticados en el año 2003 en el Institut Català d'Oncologia (ICO), ambos de Barcelona. Se siguió la evolución de todos los casos hasta diciembre de 2005. Se efectuó un estudio retrospectivo de costes de todos los componentes del proceso asistencial de los casos a partir de los registros asistenciales de ingresos hospitalarios, visitas ambulatorias, sesiones de quimioterapia y radioterapia y visitas de urgencias y los actos asistenciales básicos (fármacos, radiología, etc.). Se utilizaron los costes unitarios del año 2003 obtenidos del 'Sis-Cost' del IMAS para valorar los actos asistenciales del periodo analizado. Se valoró el coste ligado a cada episodio asistencial, el cual incorpora el coste de los actos asistenciales básicos. Se analizó el coste por estadio TNM y concepto de coste. Asimismo, se valoró el coste medio por paciente de cada estadio y se cuantificó su dispersión.**Resultados.** Se revisaron un total de 167 casos nuevos con diagnóstico y tratamiento de CCR: 107 casos provenientes del IMAS y 60 casos provenientes del ICO. El coste medio por paciente fue de: €29.920 [€6.045-€86.466] en el estadio I, €29.058 [€8.545-€106.656] en estadio II, €30.774 [€6.823-€154.987] en estadio III y €25.552 [€2.151-€74.426] en estadio IV. Los principales componentes del coste por paciente fueron: 64% hospitalización, 16,2% directo (laboratorio, pruebas complementarias, etc), 12,6% quimioterapia, 6% ambulatorio y 1,3% radioterapia. Tanto el coste de la hospitalización como el directo disminuían con el estadio, mientras que el correspondiente a la quimioterapia aumentaba con el mismo.**Conclusiones.** Este estudio es una primera aproximación al coste por proceso según el principal determinante del pronóstico en oncología, el estadio en el momento del diagnóstico. Hemos observado que el coste del proceso asistencial del CCR presenta una variabilidad importante en cada uno de los estadios. Asimismo, el peso del tratamiento quimioterápico en el coste por paciente es relativamente bajo debido al tipo de citostáticos utilizados en los tratamientos. La utilización de los nuevos anticuerpos monoclonales (cetuximab y bevacizumab) recientemente aprobados en España tendrá un impacto notable en el coste del tratamiento del CCR.**MESA 6
Evaluación Económica 2/3****UMBRALES COSTE-AVAC BASADOS EN PREFERENCIAS Y SU UTILIZACIÓN COMO HERRAMIENTA ASIGNATIVA**J.E. Martínez-Pérez, F.I. Sánchez-Martínez y J.M. Abellán-Perpiñán
*Grupo de Trabajo en Economía de la Salud; Departamento de Economía Aplicada; Universidad de Murcia.***Objetivos.** 1) Describir el marco de análisis de la evaluación económica de tecnologías sanitarias ante el problema de la distribución eficiente de los recursos sanitarios. 2) Exponer y juzgar los dos enfoques de ratio crítica que dan respuesta a dicho problema en el ámbito del Análisis Coste-Efectividad. 3) Revisar las recomendaciones que se han formulado para dotar de contenido material a la idea de umbral coste-efectividad (precio sombra del AVAC). 4) Ilustrar mediante un ejercicio empírico la aplicación de diferentes umbrales.**Métodos.** 1) Revisión de la literatura científica. 2) Explotación de la base de datos del Center on the Evaluation of Value and Risk in Health (The Cost-Effectiveness Analysis Registry). 3) Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas no paramétricas (bootstrapping).**Resultados.** 1) Se identificaron 8 valores de umbral basados en métodos de preferencias declaradas (disposición a pagar). 2) Se depuró la base de datos hasta obtener 1.597 ratios incrementales coste-AVAC. 3) Para un umbral de 30.000\$/AVAC se consideran coste-efectivas aproximadamente la mitad de las intervenciones seleccionadas. 4) La probabilidad de que una intervención sea considerada coste-efectiva es muy dispar por patologías o áreas de intervención.**Conclusiones.** 1) La utilización de umbrales para la toma de decisiones asignativas debe ser flexible (rango o intervalo de valores antes que un valor único). 2) Dichos umbrales-intervalo deben basarse en las preferencias declaradas de la población. 3) Este criterio de decisión no puede ser ajeno al impacto presupuestario de las tecnologías evaluadas.

PROGALIAM. RESULTADOS ESPERADOS EN TÉRMINOS DE COSTE-UTILIDAD DEL PROGRAMA

M. Cegarra-García, J.A. Iglesias-Vázquez, M. Penas-Penas, M.V. Barreiro-Díaz y M. Freire-Tellado

Fundación Pública Urxencias Sanitarias de Galicia-061.

Objetivos. En España las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte. Son la 3ª causa de años de vida perdidos por muertes evitables (16%). En Galicia se está desarrollando un Programa Gallego de Atención del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del segmento ST (PROGALIAM). El objetivo prioritario de este estudio es dar a conocer los resultados esperados del PROGALIAM en términos de coste utilidad. Con la implantación del programa se pretende: evitar procedimientos de revascularización, disminuir la estancia media (EM) a 5 días e incluso 3 en casos seleccionados; disminución del tiempo y traslado al paciente al centro útil de forma inmediata sin paradas intermedias con lo que se estima una disminución de la mortalidad del 15%.

Métodos. Se utilizan los datos del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y de las atenciones al IAM de la FPUS-061 se estima los años de vida ganados de acuerdo a la reducción de mortalidad esperada con la introducción del PROGALIAM. Se infiere el impacto económico que ello traerá consigo valorándolo de acuerdo a la reducción de mortalidad y de complicaciones. El cálculo de los años de vida ganados se ha estimado a partir de las tasas de mortalidad de la comunidad autónoma por IAM.

Resultados. Durante el año 2003 el IAM constituyó la 10ª causa de alta a domicilio con 2.821 (1,28%) tras una EM de 11 días. En 2004, 9ª con 2.906 altas (1,32%) y 11,15 días de EM. El IAM es la 1ª causa de traslado a otros hospitales 673 (16,75%) en 2003 y 755 (18,59%) en 2004. Los procedimientos cardiovasculares percutáneos (PCP) constituyeron el 10º GRD más frecuente en hombres en el año 2003 con 1.215 (1,07%) y el 6º en 2004 con 1.331 (1,18%). Entre los GRD más frecuentes en Galicia por circunstancia de alta con traslado a otro hospital se encuentran los números 112, 121, 122 y 808, que han representado en conjunto 870 casos en 2003 y 941 en 2004. El número de éxitos fue de 356 (3,39%) en 2003 y de 335 (3,24%) en 2004. Valorando las EM, los pesos por GRD, los éxitos por grupo de edad y los GRD por traslado a otro hospital y estableciendo la relación con los resultados previstos para el PROGALIAM, en el caso de que se cumplan las estimaciones se producirá una reducción del coste medio por paciente tratado de 307 euros. Al valorar la disminución de mortalidad por grupo de edad en los pacientes tratados de la misma manera anterior se estima una ganancia de 0,23 años por paciente.

Conclusiones. Estimamos que para un período de 5 años desde la implantación del PROGALIAM en Galicia traerá como consecuencia 0,23 años de vida ganados por paciente tratado y una reducción del coste medio de 307 euros por paciente y año.

con una mejor planificación de la realización de los AV.

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE PREFERENCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD: DE LA PERSPECTIVA INDIVIDUAL A LA PERSPECTIVA SOCIAL

J.E. Martínez-Pérez, J.M. Abellán-Perpiñán y F.I. Sánchez-Martínez
Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Evaluación Económica; Departamento de Economía Aplicada; Universidad de Murcia.

Objetivos. 1) Sistematizar la evidencia disponible acerca de la influencia de la perspectiva (personal, social, mixta) en la medición de preferencias relacionadas con la salud. 2) Averiguar mediante un estudio empírico con población general el efecto que tiene la perspectiva sobre métodos alternativos para obtener valoraciones de estados de salud.

Métodos. 1) Se efectuó una revisión bibliográfica de carácter metodológico sobre la relación existente entre perspectiva e instrumentos de valoración. 2) Se diseñó una encuesta asistida por ordenador, con seis métodos distintos de obtención de valoraciones de estados de salud (EQ-5D) que pretendían abarcar las diferentes perspectivas: individual (lotería estándar, doble lotería personal), social (intercambio de personas, y dos versiones de una doble lotería social) y mixta (una versión ex post del velo de la ignorancia).

Resultados. 1) Se identifican tres corrientes metodológicas -bienestarista, extra-bienestarista y comunitarista- para medir el bienestar social relacionado con la salud. El balance descriptivo-normativo es favorable al enfoque bienestarista, si bien su capacidad para conciliar las perspectivas personal y social depende de la forma concreta que se utilice para medir las preferencias, resultando oportuno contrastar empíricamente distintos métodos. 2) Los resultados del pre-test sugieren que efectivamente existen diferencias sistemáticas entre los métodos. La encuesta definitiva (N=700) está en proceso de realización. Se prevé disponer de resultados finales en el plazo de un mes.

Conclusiones. Más allá de lo reflejado en el apartado de resultados, las conclusiones están a expensas de la explotación de la encuesta.

LA CONSTRUCCIÓN "EN TIEMPO" DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV): UN FACTOR CLAVE PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD Y OBTENER UNA MEJOR EFECTIVIDAD ECONÓMICA

T. Ortega-Montoliu, F. Ortega-Suárez, C. Díaz-Corte, J.M. Baltar-Martín y C. Valdés-Arias

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos. Estudiar el impacto económico causado por el retraso en tener una fístula arteriovenosa (FAV) adecuada al inicio de hemodiálisis periódica (HDP), realizando un análisis tipo coste-efectividad.

Métodos. Estudio prospectivo de 110 pacientes que iniciaron HDP entre 1/1/2002 y 31/7/2004 y seguidos hasta 31/12/2006. Datos: sociodemográficos y clínicos. Se calcularon los siguientes costes: de realización de los accesos vasculares (AV), teniendo en cuenta tipo y tiempo del AV, los relacionados con las complicaciones de los accesos vasculares, el proceso quirúrgico, coste de personal, estancia e ingreso medio hospitalario y consulta médica. Se utilizaron los costes medios. Los pacientes se dividieron en tres grupos según el AV al inicio de HDP (grupoFAV): G1, tener una FAV funcionante al inicio de HDP los 3 primeros meses; G2, no tener FAV al inicio, pero sí en los primeros 3 meses; G3, usar catéter (CAT) durante los tres primeros meses. Se realizó el análisis coste-efectividad, poniendo en relación el coste promedio del paciente en cada uno de los GruposFAV y la supervivencia media de cada uno de los GruposFAV.

Resultados. Entre los tres grupos no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, sexo, diagnóstico y comorbilidad (ICO) de los pacientes. Se realizó la regresión logística tomando como variables dependientes la morbilidad y las hospitalizaciones y como covariables: edad, sexo, ICO y grupoFAV. Se encontró que G2 y G3 se asocian independientemente a mayor morbilidad y hospitalizaciones ($p < 0,01$). En el análisis Kaplan-Meier se encontraron diferencias estadísticamente significativas: G1 tenían mejor supervivencia que G2 y G3 (33 meses vs 27 y 24 meses, respectivamente). Al realizar la regresión de Cox dependiente del tiempo para determinar qué variables se asocian independientemente a la supervivencia ($p < 0,05$), el resultado fue que no tener una FAV adecuada al inicio de HDP (G2 y G3) reduce la supervivencia (RR: 11,32; IC:1,06-120,6). El resultado económico refleja que se produjo un menor coste sanitario en aquellos pacientes que entraron en HDP con una FAV adecuada (G1) frente al resto: diferencia de 4.331 €/paciente de G1 respecto a G2 y de 5.702 € respecto a G3. Por último, el análisis coste-efectividad refleja que los pacientes de G1 respecto al resto tienen mayor supervivencia y un menor coste por mes de "vida adicional".

Conclusiones. La morbilidad de novo causada por no tener una FAV adecuada al iniciar HDP disminuye la supervivencia y conlleva mayores costes. Pese a que la mayoría de éstos pacientes son añosos, parte de los costes actuales se podrían evitar

ANÁLISIS CONJUNTO (AC) EN ECONOMÍA DE LA SALUD: APLICACIÓN A LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN LOS TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO Y BROTE

J. Darbà, G. Restovic, A. Páez y M. Medina

Universitat de Barcelona; BCN Health Economics & Outcomes Research; Schering-Plough.

Objetivos. Esta comunicación pretende difundir la metodología utilizada en el AC y aplicarla a un modelo de elección discreta (DCE) para determinar las preferencias de los pacientes en tratamiento de EC. Los modelos de evaluación económica consideran como principal criterio de elección el beneficio sanitario alcanzado, estimado a través del coste de los recursos y la efectividad de las tecnologías evaluadas. Sin embargo existen factores sanitarios y no sanitarios por los cuales los pacientes pueden presentar una cierta preferencia entre diversos tratamientos. El AC es una técnica útil para obtener estas preferencias y cuantificar el impacto individual de cada factor valorado (atributo). Para modelizar el AC se ha utilizado el DCE, este modelo asume que las tecnologías sanitarias son descritas por sus atributos y que la valoración de los pacientes depende de los niveles de los atributos.

Métodos. En forma general los pasos en un DCE son: 1) determinar los atributos, 2) asignar los niveles a los atributos, 3) elegir las situaciones en que pueden darse los atributos (preguntas/opciones), 4) determinar las preferencias (cuestionarios a los pacientes), y 5) analizar los datos para determinar la relación entre los atributos y las preferencias de los pacientes. Para los tratamientos de EC los atributos y sus niveles se determinaron con un grupo de expertos clínicos, se elaboraron dos cuestionarios diferentes para mantenimiento y brote y se llevó a cabo un estudio piloto en 23 pacientes en mantenimiento y 22 en brote.

Resultados. Se obtuvieron 4.995 observaciones para brote y 5.200 para mantenimiento que incluyen datos demográficos y del estado de la enfermedad. Los atributos medidos fueron: tipo de administración, probabilidades de responder al tratamiento (sólo en brote), de tener efectos estéticos (sólo en brote), de tener efectos adversos (EA) leves, de tener EA graves, de generar un tumor (sólo en mantenimiento) y por último la disponibilidad a pagar (DAP) mensual. Se realizó un análisis de regresión para cada tratamiento, los resultados preliminares indican que los atributos más valorados en el tratamiento del brote son los EA graves y los efectos estéticos con una DAP mensual por disminuir la probabilidad en un punto de 199€ y 22€ respectivamente. En mantenimiento fueron la probabilidad de tener un tumor y la probabilidad de tener un brote con una DAP mensual por disminuir la probabilidad en un punto de 1.182€ y 35€, respectivamente.

Conclusiones. Estos modelos presentan resultados simples con información relevante que permite comprender las preferencias de los pacientes por distintos tratamientos, obtener los atributos más valorados y la DAP por cambios en los niveles.

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD FUNCIONAL DE ARTROPLASTIA DE RODILLA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

F. Cots, M. Riu, M. Grau, M. Guxens, J.M. Muniesa, et al
Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica, Hospital del Mar-IMAS; Unitat docent de Medicina Preventiva i Salut Pública IMAS-UPF-ASPB.

Objetivos. Evaluar el impacto sobre el consumo de recursos, los indicadores de calidad y los costes del proceso asistencial de la puesta en funcionamiento de una unidad funcional de artroplastia de rodilla (UFR), en el Hospital del Mar de Barcelona.

Métodos. Estudio de evaluación retrospectivo basado en dos cortes transversales, en el primero se analizan los 317 pacientes intervenidos en el año 2004, antes de la implantación de la UFR, en el post implantación se analizan los 624 pacientes intervenidos entre el 15 de abril y el 31 de diciembre de 2005. Se recogieron datos sobre la actividad ambulatoria y de hospitalización, teniendo en cuenta las complicaciones relacionadas, así como los costes derivados de todo el proceso. Las fuentes de información fueron los registros hospitalarios (CMBD, quirófano, farmacia, radiología, laboratorios, otras exploraciones complementarias, infección nosocomial y el sistema de costes 'SisCost').

Resultados. Para el total de 941 pacientes, el porcentaje de mujeres fue del 78% y la edad media de 72 años, sin diferencias significativas en ambos periodos. Se observó una reducción estadísticamente significativa de la estancia media del ingreso quirúrgico, que pasó de 18 a 9 días ($p < 0,001$), sin cambios en el número de visitas ambulatorias ni de sesiones de rehabilitación por paciente. No se apreció un descenso en el porcentaje de reingresos ni en la estancia media de estos reingresos. El porcentaje de infecciones de la herida quirúrgica se mantuvo, disminuyendo el porcentaje de las de tipo profundo (57,1% vs. 14,3%). Aumentó el número de pacientes que requirieron convalecencia posterior a la intervención (0,6% vs 10,1%). Globalmente, se ha producido un descenso del coste global de todo el proceso asistencial, pasando de 9.554,49 a 7.424,13 € ($p < 0,001$), este descenso de costes se produce por la disminución de la estancia hospitalaria (2.945,96 vs. 1.616,81 €), de la intervención quirúrgica (2.156,73 vs. 1.776,70 €) y del coste de las prótesis (3.251,77 vs. 2.761,47 €), mientras que han aumentado en radiología y productos hematológicos (51,16 vs. 94,83 € y 16,69 vs. 55,22 €, respectivamente) ($p < 0,001$).

Conclusiones. La implantación de la UFR ha sido una manera efectiva de estandarizar el proceso, reduciendo tanto el coste global de todo el proceso de implantación de prótesis de rodilla como la estancia media del ingreso quirúrgico y reduciendo la intensidad de las complicaciones.

MESA 6 Evaluación Económica 3/3

IMPACTO ECONÓMICO DE LA CIRUGÍA TVT PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA FRENTE A CIRUGÍA CON INGRESO: UN ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN ESPAÑA

K. Moreno y M. Montesino
UPNA; Hospital Virgen del Camino.

Objetivos. En el contexto de un hospital público en España, el principal objetivo del trabajo fue determinar el coste unitario por paciente atendido en los años 2002 y 2003 que padecía incontinencia urinaria tratado con cirugía TVT y posteriormente ingresado, frente a pacientes operados con la misma técnica pero a través de cirugía mayor ambulatoria, analizando asimismo su evolución clínica posterior.

Métodos. Para calcular el coste unitario por paciente, se utilizó el método Activity-Based-Costing que supuso diseñar el protocolo de procesos de atención con la ayuda de los profesionales en cada caso para poder posteriormente calcular su coste. Además, se revisó la historia clínica de los pacientes para evaluar la evolución de los mismos tras la intervención. De igual forma, se analizó la dependencia existente entre el tipo de atención y las posibles complicaciones posteriores a través de un test no paramétrico, obteniéndose además los intervalos de confianza para un nivel del 95%.

Resultados. El coste medio de los pacientes atendidos en régimen ambulatorio fue un 42,43% menor que el de los pacientes ingresados de los cuales el 19,2% necesitó ser atendido en urgencias frente al 7,3% de los pacientes del grupo ambulatorio. En cuanto a posibles reingresos, un 5,3% de los pacientes atendidos en régimen ambulatorio tuvo que ser hospitalizado frente al 1,4% del grupo de pacientes ingresados. A pesar de estos resultados, se observó que no existía dependencia entre estas variables (régimen y evolución posterior) dado el resultado del test no paramétrico.

Conclusiones. La aplicación de la metodología ABC ha supuesto conocer el coste detallado de cada proceso de atención al paciente disponiendo de información muy relevante para la gestión económica y clínica. La cirugía mayor ambulatoria en el procedimiento TVT para la incontinencia urinaria obtuvo mejores resultados en términos de coste frente al ingreso sin que esto afectara a la evolución posterior de los pacientes, por lo que en nuestras condiciones se recomendó como mejor opción a emplear.

COSTE EFECTIVIDAD DE LA TELEDERMATOSCOPIA EN EL CRIBADO DE PACIENTES CON LESIONES SOSPECHOSAS DE MELANOMA

L. García-Mochón, A. Olry de Labry-Lima, D. Epstein, C. Bermúdez-Tamayo y L. Ferrándiz-Pulido

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de York; Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Objetivos. Estimar los costes de dos alternativas asistenciales para el diagnóstico de lesiones sospechosas de melanoma: consulta mediante teledermatología, y consulta mediante sistema convencional con dermatoscopia in vivo en el centro de especialidades. Determinar la efectividad relativa de cada estrategia, y realizar un análisis coste-efectividad de las alternativas consideradas.

Métodos. Se ha realizado un análisis de decisión para evaluar las estrategias diagnósticas en el cribado mediante dermatoscopia de pacientes con lesiones sospechosas de melanoma. En primer lugar se desarrolló el mapa de actividades de cada una de las alternativas para estimar el coste directo según metodología de costes por actividades ABC (Activity Based Costing). Asimismo se calcularon los costes indirectos de los pacientes en relación a pérdida de productividad y desplazamientos. Los datos de efectividad se recogieron de la literatura y de una revisión realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. La medida de resultado que se consideró para el cálculo del ratio coste-efectividad y coste efectividad marginal fueron los casos efectivos que se estima como la diferencia entre los casos encontrados y los perdidos. Por último y para establecer la robustez del modelo, se realizaron diversos análisis de sensibilidad.

Resultados. Los costes promedio fueron de 136€ para aquellos pacientes que asisten por teledermatología y 155€ para los pacientes que acuden por el sistema convencional de dermatoscopia in vivo (coste marginal de 19€). El porcentaje de casos efectivos fue de 28,8% y 22,8% para teledermatología y sistema convencional respectivamente, con una efectividad marginal de 6% a favor de la teledermatología. En relación al coste efectividad marginal la Teledermatología se mostró dominante frente al sistema convencional

Conclusiones. El sistema de teledermatología es la estrategia más coste-efectiva, siendo el sistema convencional una estrategia dominada frente a la telemedicina. Los análisis de sensibilidad demostraron la robustez de los resultados.

EFFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA TEMPRANA FRENTE A DEMORADA EN LA FRACTURA DE FÉMUR

J. Librero-López, S. Peiró, E. Bernal-Delgado, M. Ridao, N. Martínez, et al

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Escola Valenciana d'Estudis de la Salut.

Objetivos. La reparación temprana (en las primeras 24 horas) de un fémur fracturado se considera un criterio de calidad en la atención a este problema. Sin embargo, las evidencias disponibles sobre la relación tiempo hasta la intervención y resultados clínicos (complicaciones y/o mortalidad) es escasa y contradictoria. El objetivo de este trabajo es identificar la posible asociación entre cirugía temprana y mortalidad en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Métodos. Cohorte retrospectiva, poblacional, obtenida a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) al alta hospitalaria, de todas las personas mayores de 60 años ingresadas por urgencias con el diagnóstico de fractura de cadera en 96 hospitales públicos de 11 Comunidades Autónomas. Tras la aplicación de determinados criterios de exclusión relativos a la calidad de la información del CMBD se contó con 15.085 fracturas para el análisis. Se utilizaron modelos logísticos y de regresión de Cox para analizar la influencia del tiempo hasta la intervención (1, 2, 3 o más días) sobre la mortalidad intrahospitalaria una vez ajustado por riesgo de muerte previo -conforme a una escala de riesgo previamente validada- en función de la edad, el género y comorbilidad.

Resultados. Tras ajustar la mortalidad intrahospitalaria por el riesgo individual previo y controlada la correlación intrahospitalaria, tanto en el modelo logístico como en el análisis de supervivencia, demorar la intervención quirúrgica más de 24 horas duplica el riesgo de muerte (odds ratio: 2,08; IC95%: 1,45-2,99; razón de tasas: 1,84; IC95%: 1,37-2,46). Este incremento en el riesgo se mantiene constante para los días sucesivos.

Conclusiones. En el entorno del Sistema Nacional de Salud, y en personas mayores de 60 años, la intervención temprana de la fractura de fémur se asocia a una reducción en el riesgo de muerte y puede considerarse un indicador de calidad de la atención.

LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN EL PROCESO DE ASIGNACIÓN DE PRECIO Y REEMBOLSO DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN EUROPA

A. Vieta, N. Lara y X. Badia

HEOR, IMS Health.

Objetivos. Análisis comparativo de la situación de las EE para la asignación del precio y reembolso de los PF en Europa.

Métodos. Revisión bibliográfica del rol de las EE en Alemania, Inglaterra, Italia, Francia y España en el proceso de PR de los PF. Se analizan los organismos involucrados, aspectos metodológicos, evolución y tendencias futuras.

Resultados. En Inglaterra las EE son obligatorias para establecer el reembolso de las nuevas tecnologías. El organismo encargado, el NICE (National Institute of Clinical Excellence), presenta guías para los análisis coste-efectividad (ACE) e impacto presupuestario (IP). Las EE son entendidas en todos los niveles del sistema nacional de salud. En Alemania no han tomado un papel oficial, sin embargo, se encuentra en trámite parlamentario una propuesta de reforma por la cual el IQWiG (Institute for Quality and Economic Efficiency within the Health Service) empezaría a llevar a cabo análisis coste-beneficio de algunos fármacos para la toma de decisiones de PR. Las guías alemanas se remontan a 1999 por lo que se recomienda el empleo de guías más actualizadas. La industria focaliza sus EE en los médicos de atención primaria. Francia ha mostrado énfasis en aspectos teóricos y metodológicos pero su aplicación práctica ha sido muy limitada por no ser un requerimiento de obligado cumplimiento. En las guías utilizadas se otorga más importancia a los IP que a los ACE. En Italia su uso voluntario está fragmentado y su metodología dirigida a la audiencia receptora aunque todos los niveles presentan más interés en los estudios de IP que en los ACE. Actualmente, los farmacéuticos de hospital son los actores más influyentes seguidos por los gobiernos regionales. Las EE se utilizan con objetivos de marketing. España se encuentra en un estado temprano. Las EE no son obligatorias ni existen guías reconocidas a nivel nacional. Sin embargo es común la presencia de IP en los dossiers de precio. Más importancia es otorgada a nivel regional y hospitalario para mejorar el acceso de los fármacos al mercado.

Conclusiones. La situación de las EE en la asignación del PR en los PF es heterogénea en los países analizados. A excepción de Inglaterra su empleo es todavía voluntario y en técnicos prácticos muy limitado. No obstante, se han sucedido diversas tentativas para cambiar esta situación. También difiere el enfoque utilizado y la metodología aunque tienden a homogeneizarse. La experiencia de los organismos nacionales es escasa en Alemania, Italia y España donde tampoco existen guías reconocidas a nivel nacional, contrariamente a la situación de Francia e Inglaterra.

CÁLCULO IMPACTO EN EL PRESUPUESTO Y DEL BENEFICIO POBLACIONAL DE LA TROMBOLISIS MEDIANTE SIMULACIÓN CON EVENTOS DISCRETOS

J. Mar, E. Miranda-Serrano y O. Rivero-Arias

Unidad de Gestión Sanitaria; Hospital Alto Deba; Mondragón; Unidad de Investigación; Hospital Alto Deba; Mondragón; Health Economics Research Centre; University of Oxford; Oxford.

Objetivos. La evaluación económica aporta un marco formal para valorar la relación entre el coste y el beneficio de una nueva tecnología sanitaria. El impacto en el presupuesto permite al gestor conocer la repercusión en el presupuesto a lo largo del tiempo de la decisión de adoptar una nueva tecnología. El objetivo de este trabajo es medir el beneficio poblacional y el impacto en el presupuesto de la introducción de la trombolisis en el tratamiento del ictus en el País Vasco mediante simulación con eventos discretos (SED).

Métodos. Se ha utilizado un modelo SED para representar la historia natural del ictus en la población del País Vasco (2,2 millones de habitantes). Se ha utilizado el programa ARENA. El modelo divide la evolución de los pacientes según se utilice el tratamiento convencional o la trombolisis. Las probabilidades de transición proceden de un estudio previo prospectivo en el que se siguió la evolución de 554 pacientes de ictus durante un año. Los datos de eficacia de la trombolisis se han obtenido del ensayo clínico NINDS. Los resultados del modelo consisten en la prevalencia de pacientes con ictus según su estado funcional: autónomos y dependientes. Los costes y las utilidades de estos estados han sido publicados previamente. Los costes se han actualizado según una inflación del 3%. El modelo se hace funcionar con los datos epidemiológicos del 2000 y del 2015 de dos maneras: con y sin trombolisis. Para el 2015 se ha utilizado los datos de población previstos por el EUSTAT. La prevalencia de dependientes con y sin trombolisis en los años intermedios se ha extrapolado linealmente desde el 2000 hasta el 2015.

Resultados. El número de dependientes relacionados con el ictus pasa sin trombolisis de 6875 en el 2000 a 8440 en el 2015. Aplicando la trombolisis a partir del 2000 al 10% de los ictus nuevos el número de dependiente en el 2015 sería de 7960. Los costes ahorrados por el menor coste de los pacientes dependientes superan al coste de la intervención a partir del cuarto año (2003) de aplicación de la trombolisis. En el año 2015 el ahorro neto es de 5 millones de euros y los AVACs ganados de 160,66.

Conclusiones. Los modelos SED permiten predecir el beneficio poblacional en salud y el impacto de la trombolisis en el presupuesto sanitario y el social. Su impacto sobre el presupuesto es de ahorro neto a partir del año 2003 ya que el coste de la trombolisis es menor que el coste de los dependientes evitados por la intervención.

MESA 7 Farmacia

DESCUENTOS Y BONIFICACIONES A OFICINAS DE FARMACIA: EVIDENCIA EMPÍRICA DE COMPETENCIA LATENTE EN EL SECTOR FARMACÉUTICO ESPAÑOL

A. Merino-Castelló y J.R. Borrell

Universidad Pompeu Fabra-CRES; Universidad de Barcelona-IREA.

Objetivos. En el nuevo entorno legislativo, con el objetivo de influir en la dispensación de los farmacéuticos, y aprovechando un vacío interpretativo de la Ley del Medicamento, los laboratorios de genéricos comenzaron a ofrecer descuentos y bonificaciones sobre sus productos a las oficinas de farmacia para conseguir que fuera su genérico el fármaco dispensado en aquellos casos en que los médicos recetan por principio activo y las siglas EFG. Este artículo muestra evidencia empírica sobre la existencia de competencia latente entre laboratorios genéricos así como una estimación aproximativa del ahorro que podría implicar para la factura farmacéutica si dichos descuentos se pudieran trasladar al precio final de venta. Asimismo discute cuáles son los factores determinantes que explican la existencia de estos descuentos y su magnitud.

Métodos. Para ello, se utiliza un panel de datos con información mensual sobre los descuentos que ofrecen los laboratorios a las oficinas de farmacia así como de la facturación en valor de aquellas especialidades farmacéuticas genéricas con descuento. El ámbito geográfico del estudio es la Comunidad Autónoma de Catalunya y el período de análisis comprende de enero de 2003 a mayo de 2005 aunque los resultados se pueden trasladar a todo el territorio nacional. La muestra contiene información sobre 262 especialidades farmacéuticas genéricas que corresponden a 16 principios activos, entre ellos el omeprazol, la paroxetina, la simvastatina, el ibuprofeno y el paracetamol, moléculas que se encuentran entre el grupo de fármacos más consumidos por el sistema nacional de salud.

Resultados. Asimismo, el trabajo analiza quien retiene estos beneficios originados por la competencia. La rigidez de la regulación de los precios, los márgenes, y la financiación pública impide trasladar los descuentos al precio final de venta de los fármacos. La competencia no se traslada en forma de ahorro ni para los pacientes ni para las finanzas públicas. El ahorro podría llegar a ser del 25% del importe pagado por el consumo de los medicamentos en los que existen bonificaciones implicando un ahorro próximo al 2% de la factura farmacéutica pública.

Conclusiones. Estadísticamente se puede asegurar que los descuentos se han convertido en un instrumento estructural de la política comercial de los laboratorios de genéricos. Aunque la competencia entre genéricos es una realidad, la regulación existente en España no permite aprovechar los beneficios de la competencia entre genéricos y surge la duda sobre la idoneidad de dicha regulación en un entorno en el que ya han desaparecido las patentes, única razón económica que justifica la intervención pública en contra del funcionamiento del libre mercado.

CONTACTO MULTIMERCADOS EN MERCADOS FARMACÉUTICOS

J. Coronado, S. Jiménez-Martín y P. Marín

Universidad Pompeu Fabra; Universidad Carlos III.

Objetivos. Existen diversos enfoques que explican el fenómeno típico de un persistente valor elevado de los precios de medicamentos "de marca" y en la actualidad coexisten, a nivel de la OECD, regulaciones destinadas a reducir dicho valor sobre la base de una mayor competencia. No obstante lo anterior, no se han propuesto estudios sobre el comportamiento competitivo de las empresas, por ello nuestro principal objetivo busca llenar ese vacío y proponer un análisis teórico-aplicado de la formación de precios de los medicamentos.

Métodos. Según la teoría de juegos aplicada a la organización industrial, en una estructura industrial como la farmacéutica, donde las empresas se enfrentan a sus rivales en forma repetida a través del tiempo y en diversas líneas de medicamentos, existen dos resultados relevantes: i) El contacto multimercados (CMM) entre empresas a través del tiempo crea incentivos a la sostenibilidad de precios "colusivos" mayores al caso en el que dicho contacto no existe; es decir, aumenta el poder de mercado colectivo de las empresas, y ii) El CMM incentiva a las empresas a actuar estratégicamente distribuyendo su poder de mercado, sosteniendo precios más bajos en mercados donde es más fácil coludirse y viceversa. Estas hipótesis son contrastadas para nueve países de la OECD con diferentes grados de regulación mediante la técnica econométrica de Datos de Panel. Definimos un mercado como el conjunto de productos que pertenecen a una misma molécula en un país. Se estiman funciones de reacción de precios cuya especificación incluye: i) Atributos de los productos, ii) Efectos fijos que recogen elementos idiosincráticos de las empresas, iii) La estructura del CMM y su efecto estratégico sobre los precios.

Resultados. Para la mayoría de países, se observa que el CMM tiene un efecto positivo sobre los precios siempre que el mercado en cuestión sea relativamente más competitivo, es decir donde un equilibrio colusivo sea difícil de sostener. De otro lado, dicho efecto se muestra menor para mercados donde es más fácil coludirse. Lo anterior sugiere la presencia de un importante efecto estratégico de redistribución del poder de mercado colectivo, derivado de la estructura del mercado. Se observa, a su vez, que para aquellos países con regulaciones más estrictas de precios, los resultados son relativamente menos claros.

Conclusiones. Se sugiere que la estructura de la industria farmacéutica, y en particular la presencia de CMM entre empresas es un elemento relevante para explicar la persistencia de precios altos aún cuando se integran políticas destinadas a promover la competencia y la regulación. Al menos en el corto plazo, cabe esperar que el efecto de redistribución del poder de mercado colectivo sea un elemento que evite que los precios se vean sensiblemente reducidos en mercados típicamente más competitivos.

EFFECTO DEL PODER MONOPSONIO DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL EN LA COMPRA DE MEDICAMENTOS, SOBRE EL NIVEL DE PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS POR EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA COSTARRICENSE

K.V. Hernández-Villafuerte, Y. Xirinachs-Salazar y J.R. Vargas

Centro Centroamericano de Población; Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Utilizar el paradigma Organización Industrial para determinar si los encargados de la política de compras de fármacos en el sistema nacional de salud costarricense, están aprovechando las ventajas que les ofrece el poder monopsonio para minimizar el gasto en medicamentos. Analizar si existen diferencias significativas entre el precio de los medicamentos comprados por el Almacén Central de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y los adquiridos por los Hospitales de primer nivel, con el fin de identificar los beneficios de la compra centralizada. La CCSS provee sin copago los medicamentos prescritos por sus médicos.

Métodos. Este es un estudio observacional retrospectivo para los años 2000 a 2006 del gasto de medicamentos financiados por la CCSS. El análisis de resultados se basa en la base de datos de compras de medicamentos del almacén central y de once hospitales de la CCSS. Se analizan siete variables para cada subgrupo (hospitales y almacén central): el código de grupo terapéutico y del medicamento, la cantidad comprada, el precio, la fecha y el proveedor. Se efectúa un análisis estadístico comparativo entre e inter años y entre e inter subgrupos. Además, se genera un modelo de regresión que relaciona las diferencias en precio máximo y mínimo dentro de un año, con las cantidades compradas y el grupo de pertenencia.

Resultados. La CCSS ha venido comprado los fármacos que recibe el 70% de la población. Esto la convierte en el principal comprador de las empresas farmacéuticas. Si los productos cumplen las normas establecidas, la CCSS adjudica la compra al proveedor con la propuesta de menor precio. Este poder monopsonico debería estar relacionado a la minimización del gasto en fármacos. Se diluye si las compras se realizan en proporciones pequeñas y en diferentes períodos de tiempo. En el caso del Metotrexato en el año 2005 el precio máximo fue un 245% superior al mínimo. Ese poder de mercado se ve reducido al desconcentrar la adquisición de medicamentos en diferentes compradores, para Tramadol Clorhidrato 100 Mg/Ml el precio cancelado por el Almacén fue 164% superior al del Hospital Nacional de Geriátria.

Conclusiones. El análisis de regresión provee evidencia de ejercicio de poder de mercado, pero deja duda sobre la significancia de algunas variables. El comportamiento diferenciado de los distintos grupos terapéuticos es una dificultad. El estudio sugiere que la CCSS debe organizar mejor su compra de medicamentos.

FÁRMACOS PARA EL ALZHEIMER EN ARAGÓN: CONSUMO DE RECURSOS Y VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN

I. Villar, M.J. Rabanaque, C. Feja, J. Armesto, M. Izuel-Rami, et al
Dpto de Medicina Preventiva y Salud Pública (Universidad de Zaragoza); Servicio de Farmacia del SALUD; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Objetivos. Aragón es una región con un elevado índice de envejecimiento, por lo que la Enfermedad de Alzheimer (EA) es objeto de interés. En los últimos años ha aumentado de manera importante el uso de fármacos específicos para esta enfermedad, no obstante algunos estudios los consideran de efectividad limitada y a menudo controvertida. Este estudio pretende conocer el número y perfil de pacientes con EA en tratamiento específico en Aragón y analizar la variabilidad geográfica de las prescripciones, así como el consumo de recursos que suponen.

Métodos. Estudio descriptivo sobre consumo extrahospitalario de fármacos específicos para la EA (donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) en Aragón, durante 2005. Los datos proceden de las recetas facturadas por las oficinas de farmacia, con cargo al Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Para todo Aragón y para cada sector de salud se han estimado: nº de pacientes tratados; Dosis Diarias Definidas (DDD) y DDD por cada 1000 habitantes (DHD) consumidas; ratio inhibidores de colinesterasa (IC) / memantina (nº pacientes con IC / nº pacientes con memantina); importe de los fármacos consumidos global y por principio activo; % que suponen respecto al gasto farmacéutico global; coste por habitante y año (importe anual/nº habitantes) y coste-tratamiento-día (CTD) (importe anual/nº DDD).

Resultados. En 2005 hubo 5909 pacientes con tratamiento específico para la EA (1898 hombres y 4011 mujeres, edad media $78,6 \pm 6,9$ años), que consumieron 1.693.188 DDD. Más de la mitad (55%) de los pacientes se agruparon en los sectores Zaragoza II y III; el valor de DHD más elevado correspondió a Zaragoza III (3'86 DHD), en contraste con Zaragoza I (2,60 DHD). El ratio IC/memantina fluctuó desde 9,43 (Huesca) a 4,47 (Zaragoza II), con un 5,39 para el total de Aragón. El importe global ascendió a 6.606.394 € (donepezilo 41,5%, rivastigmina 29,5%, galantamina 13'6%, memantina 15,4%), representando el 2,06% del coste farmacéutico total prescrito a través de receta en Aragón. Casi la mitad del importe se agrupa en los sectores Zaragoza II y III. El coste por habitante y año tiene un rango de 5,53 € (Zaragoza III) a 3,69 € (Zaragoza I), siendo 5,19 € para Aragón en conjunto. El CTD es más homogéneo (4,15 € en Alcañiz, 3'82 € en Zaragoza II), siendo 3,90 € el global para Aragón.

Conclusiones. En 2005 casi 6000 pacientes recibieron fármacos específicos para la EA en Aragón, lo que supone el 2% del gasto farmacéutico a través de receta. Se observa una importante variabilidad en el perfil de prescripción por sectores.

INCENTIVOS A LA INNOVACIÓN BIOMÉDICA Y FARMACÉUTICA: LUCES Y SOMBRAS

J. Rovira-Forns
Universitat de Barcelona.

Objetivos. Existe una percepción creciente de que el actual modelo de incentivos a la innovación biomédica y farmacéutica, centrado en los derechos de propiedad intelectual (DPI), no da respuesta a una respuesta adecuada a muchas de las necesidades y prioridades sociales en este ámbito, o bien lo hace con unos costes sociales innecesariamente elevados. El objetivo de este trabajo es *a)* revisar la evidencia disponible sobre el papel de los DPI en el nivel de I&D y en la innovación farmacéutica y biomédica, y *b)* llevar a cabo un análisis comparativo de las numerosas propuestas y experiencias alternativas que se están sugiriendo por parte de instituciones y autores individuales.

Métodos. Revisión sistemática y síntesis de la literatura internacional sobre el primer punto. Análisis comparativo de las propuestas y experiencias alternativas, así como de las críticas que se han formulado a las mismas.

Resultados. Las críticas a los DPI no provienen sólo de un puñado de ONGs ingenuas y voluntaristas o de grupúsculos antisistema obcecados con detener la globalización. La Comisión para los Derechos de Propiedad Intelectual del Reino Unido (CIPR) fue una de las primeras iniciativas "respetables" que cuestionó el actual sistema, especialmente, desde el punto de vista de las necesidades de salud y crecimiento de los países en desarrollo. Más recientemente una comisión promovida por la Organización Mundial de la Salud (CIPIH) con un mandato similar, pero centrado en los temas de salud, llegó a conclusiones similares. Más recientemente ha sido Joseph Stiglitz, Premio Nobel, Ex-Vicepresidente Económico del Banco Mundial y Ex-Director del Equipo de asesores económicos de Clinton, quien ha propuesto la conveniencia de considerar los premios como una alternativa seria o complemento a los DPI. Entre las principales opciones que se han propuesto se incluyen, además de los premios, la investigación de acceso abierto, las limitaciones a las patentes obtenidas gracias a financiación pública, los partenariados público-privado con cláusulas limitativas respecto a las patentes y un tratado internacional de I&D en biomedicina.

Conclusiones. Las disfunciones de los DPI y sus consecuencias para el bienestar son suficientemente evidentes como para plantearse la conveniencia de promover un amplio debate social que implique a estratos sociales más amplios que los especialistas en el tema, que parta de la evidencia existente y no sobre posiciones preconcebidas o interesadas.

IMPACTO EN EL MERCADO DE LAS POLÍTICAS REGIONALES DE RACIONALIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN ANDALUCÍA

A. Vieta, N. Lara y X. Badia
HEOR, IMS Health.

Objetivos. Identificar las principales políticas farmacéuticas en Andalucía y analizar su impacto en el mercado mediante casos prácticos.

Métodos. Revisión bibliográfica de las políticas regionales de acceso al mercado farmacéutico en Andalucía. Análisis de casos prácticos en volumen (unidades) de grupos terapéuticos y/o productos mediante IMS Health Database ajustando por población. Los casos prácticos analizados son fármacos de atención primaria de gran cuota de mercado, concretamente Ezetrol®, Protelos®, amlodipino, ramipril y antipsicóticos atípicos (AA).

Resultados. Entre las principales políticas globales farmacéuticas de Andalucía se encuentran la prescripción por principio activo, el comité de evaluación de nuevos medicamentos y los sistemas de incentivos para médicos. Como política particular a un grupo farmacológico destaca el visado de antipsicóticos atípicos (AA). Las políticas globales influyen directamente en los niveles de prescripción de nuevos fármacos y genéricos. El análisis del impacto en los niveles de prescripción de nuevos fármacos demuestra que 18 meses después del lanzamiento de Ezetrol® el número de unidades por 10.000 habitantes (un/10.000 hab.) en Andalucía fue de 8,4 mientras que la media nacional se situó en un 12,1. En el caso de Protelos®, después de 12 meses de su introducción en el mercado, Andalucía presentó 9 un/10.000 hab. y la media nacional 10,5 un/10.000 hab. El análisis del porcentaje de genéricos muestra que tras 18 meses del lanzamiento de amlodipino, éste alcanzó una cuota de mercado en Andalucía del 39,4% siendo la media nacional del 16%. En el caso de ramipril, éste alcanzó tras 18 meses el 44,9% siendo la segunda comunidad con mayor porcentaje del genérico con un 10% Madrid. En cuanto al visado de inspección de los AA, Andalucía presenta como media un 11,88% menos de unidades de antipsicóticos atípicos por habitante que el resto de España (MAT/9/06). Los productos con un impacto mayor en consumo son ziprasidona que presenta un 89,89% menos de unidades por habitante que el resto de España, quetiapina con un 68,57% y risperidona con un 52,35%. El antipsicótico con mayor cuota de mercado en volumen, Dogmatil®, no requiere visado de inspección.

Conclusiones. Andalucía presenta niveles de prescripción menores de nuevos fármacos y AA, y porcentajes mayores de genéricos. Las medidas analizadas presentan un verdadero impacto en el de acceso al mercado de los productos farmacéuticos. Sin embargo, sería necesario estudiar el impacto de estas políticas sobre la salud del individuo.

MESA 8

Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios 1/2

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE BUEN GOBIERNO EN LOS HOSPITALES PRIVADOS EN VENEZUELA

Y. Fernández-Ávila
Gestión Salud.

Objetivos. Contar con un "Buen Gobierno" en los hospitales tiene impacto en todo el sistema de salud. En Venezuela, gran parte de la población se atiende en centros privados, la mayoría financiados por aseguradoras privadas, representando más del 80% de los ingresos. A pesar de que el sector público cuenta con una amplia red de hospitales, estos se encuentran colapsados y tienen una baja capacidad resolutoria, lo que hace que las instituciones públicas compren seguros privados para sus trabajadores y familiares. Lo que genera que buena parte del gasto público en salud se oriente hacia los hospitales privados. Dada la importancia que tienen los hospitales privados en Venezuela, el estudio se concentró en evaluar sus prácticas de gobierno, como factor determinante de la eficiencia en el uso de los recursos.

Métodos. Se tomó como muestra el 80% de los hospitales clasificados como "A" en Caracas. Se realizó una entrevista semi estructurada a actores relevantes de cada hospital. El instrumento contenía la guía de los principios de buen gobierno de la OCDE y de la CAF. Se incorporaron preguntas sobre las instituciones existentes, los problemas de agencia entre ellas, los incentivos, las consecuencias de los problemas de agencia, las medidas adoptadas y los resultados obtenidos.

Resultados. Se encontró que en la muestra trabajada, en promedio los hospitales privados cumplen con más del 90% de los principios de buen gobierno establecidos por la OCDE y la CAF. Sin embargo, se encontraron graves problemas de agencia relacionados a la desalineación de objetivos de los diferentes actores. Uno de ellos relacionado con la estructura de propiedad de las clínicas, la cual está conformada por los médicos, quienes son accionistas (principal) y además laboran en las instituciones. Los médicos nombran en asamblea una junta directiva (agente). Debido a los problemas de agencia encontrados, se le dificulta a la junta directiva poner en práctica medidas adoptadas en pro de mejorar la eficiencia de la institución, lo que conlleva a: desperdicios de tiempo, inadecuada utilización de tecnologías, problemas de coordinación de actividades, inadecuado ambiente organizacional.

Conclusiones. Las guías de prácticas de buen gobierno establecidas por la OCDE y la CAF no resultan apropiadas para evaluar el buen gobierno en los hospitales privados en Venezuela. A pesar de cumplir con un alto porcentaje los principios establecidos, los resultados obtenidos reflejan problemas relativos a buen gobierno, entendiendo como prácticas de buen gobierno las reglas de juego definidas por las autoridades del hospital para evitar que algunos puedan actuar en su beneficio a costa del hospital.

EVALUACIÓN PARA LA ACCIÓN: HERRAMIENTAS PARA EL BUEN GOBIERNO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

R. Meneu y V. Ortún

Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia; CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Objetivos. 1. Establecer una mínima arqueología que permita establecer la "ontogenia" de las organizaciones sanitarias del SNS y los principios (razones) rectores de su configuración y regulación. 2. Analizar las restricciones que el contexto de la (macro) gestión pública española (botín lectoral) impone al desarrollo de estrategias encaminadas a incrementar la responsabilidad (accountability), transparencia y búsqueda de eficiencia de las entidades prestadoras de servicios sanitarios. 3. Revisar las herramientas e instrumentos empleados en otros ámbitos y entornos para orientar la gobernanza de estas organizaciones hacia los fines generalmente considerados deseables y las barreras y facilitadores para su incorporación en el SNS-E. Apuntar, particularmente, algunas reflexiones sobre su posible traslación vertical (¿bidireccional?) al entorno de la gestión clínica.

Métodos. 1. Fusión de literatura proveniente de la Teoría de las Organizaciones, Ciencia Política, Historia, Sociología, e Investigación sobre Servicios Sanitarios. 2. Desarrollar las implicaciones de trabajos ya efectuados por el Observatorio de Responsabilidad Social Corporativa de la Universidad Pompeu Fabra, dirigido por uno de los dos autores. 3. Grupos focales para ámbitos especialmente huérfanos de evidencia científica.

Resultados. Un proyecto, para el VII Programa Marco de la UE, sobre 'Measuring Law and Institutions'.

Conclusiones. Por elaborar.

NUEVO SISTEMA DE GOVERNANCE: EXPERIENCIA DE UN GOBIERNO TERRITORIAL DE SALUD

T. Sabater-Ripollès, A. Sans-Miret y O. Alberca-Guevara

Regió Sanitària Catalunya Central; CatSalut; Departament de Salut; Generalitat de Catalunya.

Objetivos. Basándose en la voluntad de descentralización de la Generalitat de Catalunya, el Departament de Salut ha empezado a aproximar las políticas sanitarias al territorio con la finalidad de atender mejor las necesidades de la población y contribuir a la adecuación de la oferta de servicios, la demanda y la mejora de la calidad percibida.

Métodos. Cada Gobierno Territorial de Salud (GTS) es un Consorcio con personalidad jurídica propia y diferenciada de las entidades que participan. Está formado por un consejo rector, un consejo de participación y una comisión de proveedores. La dimensión territorial del GTS se define a partir de las delimitaciones de las Áreas Básicas de Salud (ABS) y de las comarcas y debe incluir como mínimo un centro hospitalario. Se incluye en el Consorcio de salud, la asistencia a la salud pública y la dependencia. Esto conlleva que, a partir de su puesta en funcionamiento, los responsables de garantizar los servicios de salud, dejan de ser exclusivamente el Servei Català de la Salut (comprador de los servicios de salud) y los proveedores de servicios sanitarios, incorporando las entidades con competencias en materia de salud pública y dependencia en el territorio, como son los ayuntamientos, la Agencia de Salud Pública y el Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Resultados. El sector sanitario de Osona, ha participado desde el año 2002, en la prueba piloto de compra de servicios sanitarios en base territorial (pago por cápita) y ha conseguido un elevado grado de madurez en la coordinación y alianzas entre los ocho proveedores de servicios sanitarios de diferente titularidad, por este motivo se consideró idóneo que el primer Consorcio a constituir fuese el Consorcio del GTS de Osona, el 19 de octubre de 2006. El GTS de Osona tiene competencias sanitarias sobre una comarca de 1.260,10 km², con una población 148.108 habitantes, distribuida entre 51 municipios, la mayoría de naturaleza rural. El Consejo Rector ha llevado a cabo dos reuniones, además de la de su constitución. En ellas se han debatido temas de relevancia para los profesionales y la población asignada en el territorio. Se han tomando decisiones en relación a la reordenación de la atención continuada y de urgencias de la comarca, la recogida de muestras de sangre en los centros más periféricos y la distribución de incentivos entre los profesionales.

Conclusiones. Se está entrando en un nuevo concepto de gobernabilidad con la voluntad de implicar a las administraciones locales en la reordenación de los territorios y en estos pocos meses de puesta en funcionamiento ya existen resultados.

LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: ESCENARIOS Y NECESIDADES

E. Bermúdez, S. Biosca, S. Carrasco, I. Barrachina y M. Calabuig
Centro de Ingeniería Económica Unidad de Investigación en Economía y Gestión de la Salud CieGs; Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Objetivos. El Sistema Nacional de Salud no posee un sistema de información específico ni datos suficientes que permita conocer la calidad de la formación ni las necesidades reales de médicos en la Comunidad Valenciana. Los objetivos de este trabajo son: averiguar la calidad y el tiempo que le dedican a la educación los médicos especialistas en la Comunidad Valenciana, analizar las ventajas y deficiencias más representativas de la formación actual de los MIR y describir los escenarios futuros de las necesidades del recurso humano médico especialista.

Métodos. Para ello se utilizó como herramienta la entrevista semi estructurada para analizar e interpretar las necesidades actuales para la formación de los médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Las entrevistas se centran en: el estado actual de la formación de especialistas; el futuro de las especialidades médicas y las reflexiones de cada experto. La muestra de estudio está conformada en base a los siguientes criterios: edad y sexo de los expertos; de acuerdo a las especialidades más críticas, según el tamaño y complejidad de los hospitales y su representación geográfica. Se entrevistaron un total de 45 expertos que representan los principales hospitales de la Comunidad Valenciana.

Resultados. Dadas las necesidades y las condiciones actuales que se están viendo, el número de especialistas actuales no es suficiente. La problemática es multifactorial y se acentúa en los hospitales comarcales optando por la contratación de médicos extranjeros. Las principales causas son la inadecuada planificación, la ausencia de una política de incentivos, los factores demográficos de la comunidad médica y las necesidades de crecimiento de la población actual. La calidad de la formación clínica es valorada positivamente sin embargo, según los expertos requieren una falta de apoyo a la investigación. La responsabilidad de la formación a los residentes está sujeta a la voluntad y la disponibilidad de tiempo de los tutores.

Conclusiones. La calidad en la formación es fruto de la vocación y actitud de los residentes y de los tutores, de la gran tecnología apropiada que ofrece el sector público, de la interacción entre las diferentes especialidades, del trabajo y colaboración en equipo y de la oportunidad de desarrollar prácticas asistenciales. La formación a especialistas debe ser el resultado de un trabajo en equipo que incluya la participación de todos los que participan en ella para tratar temas como la fidelización del Recurso Humano, la rotación de residentes, la asignación de becas de investigación y el desarrollo de convenios bilaterales con otros países.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL. OPINAN DIRECTIVOS Y PROFESIONALES DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS

D. Henao, M.L. Vázquez, I. Vargas, et al
CHC; SSIBE; BSA; CSdMS; CSdM; CSdT; SAGESA.

Objetivos. Ineficiencia en el uso de recursos, pérdida de continuidad asistencial y disminución en la calidad de la atención son consecuencias de la falta de coordinación entre niveles asistenciales. La coordinación asistencial, a pesar de ser una prioridad de todos los sistemas de salud, es un apartado escasamente desarrollado y su análisis no suele contar con la opinión de los agentes involucrados. El objetivo es analizar las opiniones de profesionales y directivos de seis organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Cataluña sobre las estrategias para mejorar la coordinación asistencial.

Métodos. Estudio cualitativo, descriptivo de tipo exploratorio, realizado en 6 OSI de Cataluña, mediante entrevistas individuales semiestructuradas. Se diseñó una muestra teórica de 24 profesionales de diferentes niveles asistenciales y 18 directivos. Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas textualmente. Se realizó un análisis del contenido de los datos, con generación mixta de categorías y segmentación por temas e informantes.

Resultados. Las definiciones utilizadas por profesionales y directivos contienen elementos de la coordinación: acuerdo entre profesionales, atención en el lugar adecuado, establecimiento de mecanismos de coordinación y otros. Las diferencias radican en que mientras los profesionales consideran la coordinación como una función de los gestores, los directivos la definen mediante la descripción de la estructura organizativa de sus organizaciones. Coinciden en percibir la coordinación asistencial tan complicada como necesaria y algunos consideran que es un término de moda. Directivos y profesionales coinciden en proponer como estrategias para la mejora el aumento de personal sanitario y la implementación o mejora de los diferentes mecanismos de coordinación -historia clínica informatizada y compartida entre niveles asistenciales-. Los profesionales además proponen conocer a los facultativos de otros niveles, mejorar la comunicación entre profesionales y directivos o implementar un modelo de calidad total, mientras que los directivos se inclinan por mejorar la difusión de la información y la implementación de estructuras como las OSI.

Conclusiones. Profesionales y directivos basan la definición de coordinación asistencial en aspectos diversos. Coinciden en proponer estrategias para su mejora, basadas fundamentalmente en la comunicación y el compartir información entre niveles, pero aparecen diferencias marcadas en la complejidad de las mismas, que convendría tener en cuenta en aras de mejorar la coordinación asistencial.

COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE CATALUÑA

M.L. Vázquez, I. Vargas, D. Henao, et al
CHC; SSIBE; BSA; CSdMS; CSdM; CSdT; SAGESA.

Objetivos. La coordinación asistencial, prioridad en todos los sistemas de salud, supone la división del trabajo con asignación de roles a los profesionales y niveles asistenciales y un modelo de colaboración que los relacione. Una de las propuestas para mejorarla son las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). El objetivo es analizar el tipo de organización asistencial y mecanismos de coordinación de las OSI en Cataluña.

Métodos. Estudio cualitativo, descriptivo, basado en un estudio de casos, las OSIs. Se seleccionaron 6 OSI de Cataluña según los criterios: proveedor integrado verticalmente, ofrecer servicios de atención primaria y especializada, prestar atención a una población definida. Los datos se recogieron mediante análisis de documentos y entrevista individual semiestructurada. Se seleccionaron documentos como planes, organigramas, guías de práctica clínica (GPC), etc. Mediante muestreo nominal se entrevistaron directivos de las OSI (25), técnicos de apoyo (9), directivos de unidades operativas (8), profesionales de atención primaria y especializada (11). Se realizó análisis de contenido con generación mixta de categorías y segmentación por temas e informantes.

Resultados. Se identifican diferencias organizativas entre las OSIs: la incorporación o no de médicos especialistas en sus centros de atención primaria -en los casos con centralización se han introducido estrategias, como sistema experto, para mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria; y el nivel de atención al que se asigna la responsabilidad del paciente a lo largo del continuo. Destaca la similitud en tipo de instrumentos de coordinación utilizados. En todos los casos, se han desarrollado mecanismos basados en la normalización de procesos de trabajo -GPC-; los mecanismos de adaptación mutua -grupos de trabajo y puestos de enlace- están menos extendidos y se utilizan más en la coordinación del nivel sociosanitario con el resto. Los profesionales de primaria y especializada de agudos se comunican principalmente por teléfono y el e-mail. En la coordinación de la información del paciente a lo largo del continuo se encuentran diferencias en grados de integración, volumen de información compartida y capacidad de acceso.

Conclusiones. Pese a que las OSIs parten del mismo modelo asistencial, el del sistema nacional de salud, se aprecian diferencias organizativas sustantivas que influyen en el modelo de colaboración entre niveles asistenciales. Los mecanismos de coordinación asistencial se basan en la normalización. No obstante, el grado de incertidumbre y volumen de información que se maneja en la atención de pacientes con necesidades complejas, tipo crónicos, requeriría el fortalecimiento de los mecanismos de adaptación mutua y la mejora de los sistemas de información.

MESA 8

Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios 2/2

ÍNDICE DE SUSTITUCIÓN: REVISIÓN CRÍTICA Y PROPUESTA DE CONTROL DE SESGOS

X. Salvador, M. Bustins y E. Agustí
CatSalut.

Objetivos. Uno de los cambios más destacados en la gestión hospitalaria es la progresiva ambulatorización de procedimientos quirúrgicos. Este elemento de "buen gobierno" viene acompañado de una multiplicidad de indicadores en general están sesgados, lo cual dificulta doblemente su interpretación. El objetivo de la comunicación es identificar estos sesgos y estructurar un indicador que los controle.

Métodos. A partir de la información del CMBDAH de Catalunya enero 2003 - junio 2006, revisamos diferentes sesgos en los índices de sustitución: a) uso de listas de códigos cerradas, tendientes a la obsolescencia por el progreso técnico, en el análisis de una serie temporal prolongada, b) impacto de la desigual dispersión geográfica de la población de referencia por centro, que condiciona la posibilidad de atender sin pernocta, c) impacto de la desigual carga de morbilidad de los pacientes atendidos por centro, que también condiciona la posibilidad de ambulatorizar, d) énfasis en los indicadores globales por centro, que no tienen en cuenta la diferente distribución de servicios.

Resultados. Del total de 1.286.739 episodios quirúrgicos programados del período un 42% son de estancia 0 días (y un 19% estancia 1 día). La evolución temporal hace que intervenciones como las de útero pasen del 28% al 38% de estancia 0 días en 4 años. En algunos casos los cambios corresponden con la incorporación de nuevas técnicas/códigos. La dispersión contribuye a explicar porque en los hospitales comarcales (rurales) el 26% de las hernias inguinales tienen estancia 0 días, frente al 44% de los de alta tecnología (metropolitanos), mientras que los casos de estancia 1 día son 31% y 28%, respectivamente. Las cataratas en general son sencillas: el 96% tienen severidad (GRD-APR) menor y 86% de estancia 0 días. Pero hay diferencias: el 4% de casos de severidad moderada o superior se ambulatorizan un 12% menos. Cualquier indicador bruto estará sesgado en centros, por ejemplo, sin servicio de oftalmología, al no poder contar con un volumen importante de casos fáciles de ambulatorizar. Es necesario estandarizar sus resultados con relación al global para poder llegar a conclusiones significativas.

Conclusiones. Proponemos un índice de sustitución de la actividad quirúrgica programada que, al ser global, se interpreta de manera más natural y no queda afectado por el previsible progreso tecnológico, que se estandariza para permitir comparaciones significativas, que considera el efecto de la severidad de los pacientes y que tiene en cuenta la aportación de la cirugía de corta estancia compatible con criterios de selección y seguimiento de pacientes propia de la CMA.

THE IMPACT OF LAW OF PRESUMED CONSENT ON ORGAN DONATION: AN EMPIRICAL ANALYSIS FROM QUANTILE REGRESSION FOR LONGITUDINAL DATA

G. Balbinotto, E. Silva and A. Campelo
UFRGS/PPGE, Porto Alegre/RS Brazil.

Objetivos. The main goal of this article is to analyze the impact of presumed consent on organ donation rates, using a quantile regression for panel data approach with a sample of 34 national states over 5 years (1998-2002).

Methods. The aim of this paper is to estimate that impact, using a new method proposed by Koenker (2004): quantile regression for longitudinal data, for a panel of 34 countries in the period 1998-2002.

Results. The results suggest that presumed consent has a positive effect on organ donation, which varies in the interval 21-26% for the quartiles (0.25; 0.5; 0.75), the impact being stronger in the left tail of the distribution. Health expenditure has an important role on the response variable as well, the coefficient estimate varying between 42-52%.

Conclusions. Just to compare the main results from quantile regression for panel data (QR for PD), we have run a conventional analysis of the panel data (PD). The model used in the last one was by feasible generalized least squares (GLS), with a heteroscedastic error structure and no cross-sectional correlation. Data sets like the one analyzed in this paper (data from countries) generally do not have constant variance for each individual. As the estimates from QR for PD have shown, in the case of this sample, the quantile coefficients are asymmetric throughout the conditional distribution of response variable. All the estimates from the panel data are statistically significant at the 1% level and bigger than others from quantile regression for panel data. The main specification of the model sets the log of cadaveric organ donation as a function of a dummy for presumed consent, log of: number of deaths from cerebro-vascular disease; number of deaths from traffic accident; GDP per capita; the percentage of population that has the Internet access, a dummy for catholic countries and a dummy for common law. The same model is used including the log of total health expenditure per capita and excluding GDP per capita. We do not put health expenditure and GDP into the same model because they are highly collinear. Tables 2 and 3 report the main results.

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO EN UCI Y MEJORA DE LA EFICIENCIA

A. Salgado, O. Wangesteen, M. Martínez, M.G. Torras, J.L. Bóveda, et al

Hospital Universitario Vall d'Hebrón.; Institut de Recerca Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

Objetivos. La utilización excesiva o rutinaria de los análisis de laboratorio (AL) grava de forma importante los presupuestos de las UCI. Reducir el gasto por análisis de laboratorio (AL) en UCI mediante la implantación prospectiva de un protocolo del proceso de petición y seguimiento por un período de tres años (2003-2005).

Métodos. i) Implantación de un protocolo de petición de AL basado en: 1) Evaluación de la necesidad de AL en función del estado del paciente y no como rutina. 2) Evitar duplicaciones. 3) Supervisión de las solicitudes de los MIR por un médico especialista 4) Control del cumplimiento del protocolo por una persona externa a la UCI. ii) Ámbito de realización: UCI polivalente de 32 camas de pacientes críticos, con un total de ingresos anuales alrededor de 800. iii) Fases de aplicación: 3 fases de 1 año de duración cada una: a) Fase 1 (año2003) de control, para cuantificar e identificar el peso específico de las diferentes técnicas, por frecuencia y costo. b) Fase 2 (año2004) de aplicación del protocolo diseñado. c) Fase 3 (año 2005) de consolidación o seguimiento. El protocolo pretendía intervenir en AL específicos: (sodio, potasio, glicemia, hemograma, T. Quick, TTPA y fibrinógeno) a los que denominamos "objetivos directos" y en el resto de las AL como "objetivos indirectos". Se cuantificaron número de AL practicados y costo. En cada fase se analizó: 1. La diferencia del número de AL y costo 2. El número de técnicas y coste por paciente 3. Los datos demográficos y de gravedad: n° de ingresos, edad, estancias, SAPS2 y mortalidad.

Resultados. *Objetivos directos:* disminución/año de 23.069 técnicas equivalente a 96.139,50€. *Objetivos indirectos:* disminución/año de 18.462 técnicas equivalente a 28.237€. Disminución global anual mantenida del número de técnicas analíticas en un 22% (117.911€). No se observaron modificaciones en el resultado de los pacientes.

Conclusiones. Un protocolo de petición de AL, racionaliza el proceso y disminuye el gasto. La identificación de ciertas técnicas, como objetivo diana a reducir, consigue una reducción implícita en éstas y explícita en las demás, por efecto simpatía. La reducción de costos derivados de una nacionalización y mejor uso de los AL no modificó el resultado de los pacientes.

EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SEGÚN LOS CIUDADANOS: EXPLORACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL

J. Artells i Herrero y A. García-Sempere
Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Objetivos. Obtener una lista priorizada con aquellos factores considerados determinantes para la sostenibilidad y legitimación del sistema nacional de salud en los próximos 15 años, en el marco de la preparación de un estudio delphi sobre el tema.

Métodos. Metodología cualitativa, empleando la técnica de grupo nominal, introduciendo una variante. Se realizaron dos sesiones, Madrid y Barcelona. Pregunta nominal realizada en ambas sesiones: "A su juicio, ¿cuáles son los procesos, decisiones, cambios y, en general, los factores determinantes para el mantenimiento o mejora de la universalidad, accesibilidad, equidad, participación individual, participación social, calidad técnica, capacidad financiera, legitimidad social y, en resumen, para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en los próximos quince años?" En cada sesión, tras la ronda de contestaciones, se pidió al grupo que valorase la relevancia de los ítem obtenidos en una escala de 1 (nada relevante para la sostenibilidad y legitimación del SNS) a 9 (muy relevante para la sostenibilidad y legitimación del SNS). Perfil de los panelistas en ambas sesiones: representantes de usuarios y pacientes, "pacientes expertos", expertos sanitarios.

Resultados. Se identificaron 73 ítem en el primer grupo y 145 en el segundo grupo. Se agruparon los ítem de ambos grupos en 5 grandes áreas temáticas - gobierno del SNS; salud pública y dispositivos asistenciales; autonomía y derechos de los pacientes; financiación y gasto; información y calidad - y por el orden de importancia asignada por los propios panelistas (primero los de mayor mediana y menor dispersión).

Conclusiones. Los resultados de estas dos sesiones de grupo nominal constituyen el primer paso en la elaboración de un cuestionario. Dicho cuestionario será el instrumento para realizar una consulta delphi a pacientes, usuarios y ciudadanos sobre el futuro del SNS a quince años vista.

SISTEMA DE COMPRA PARA HOSPITALES TERCIARIOS EN EL CONTEXTO DE UN MODELO CAPITATIVO. ANÁLISIS DE UN CASO: ACTIVIDAD Y COSTES DEL HOSPITAL CLÍNICO

D. Heras-Ribot
AES.

Objetivos. A partir del análisis del caso del Hospital Clínico (Hospital Universitario con 850 camas y con una misión dual, como Hospital Comunitario y como Hospital Terciario y de Alta Complejidad) y en el contexto de un nuevo modelo de compra capítativo, analizar que procesos deberían diferenciarse de la cápita básica y bajo que criterios, de forma que no se transfiera demasiado riesgo a los hospitales terciarios y que el sistema de compra siga siendo una herramienta útil de planificación.

Methods. Analizar la actividad y los costes de los procesos de hospitalización del Hospital bajo una doble visión: a) Complejidad de la patología, b) Severidad de los casos. La complejidad de la patología se analiza aplicando una clasificación de HS. Luft que identifica 100 patologías complejas ("100VEP Verifiable, Expensive and Predictive conditions"). La severidad de los casos se evalúa por el case-mix con el agrupador IR-DRG. La base de datos consta de los 46 mil episodios de hospitalización del 2.005. Para cada episodio, además de la codificación clínica, se detalla la estancia, prestaciones y costes por tipología. La información se completa con un análisis del tipo de ingreso (urgente, programado) y de la zona de referencia (pacientes del Área o de fuera).

Resultados. Clasificación de los 46 mil episodios de hospitalización en una matriz con dos ejes (complejidad de la patología atendida y severidad del caso) analizando el volumen de casos de cada segmento de la matriz y los costes (coste medio y variabilidad). Los resultados muestran que el coste no sólo está determinado por la complejidad de la patología sino también por la severidad del caso. Un volumen significativo de casos con un DRG de bajo peso tienen un coste superior a la media debido a la severidad (un 20% de los pacientes del DRG 202 con un peso de 1,07 tienen un coste superior a 5.000 € y explican más del 60% del coste total). Este resultado es importante para patologías en que el Hospital es centro de referencia con una capacidad de atracción de pacientes de todo Cataluña (un 23% de los pacientes con un DRG menor a 1,5 son de fuera del Área).

Conclusiones. En el contexto de un modelo de compra capítativo es importante diferenciar de la cápita básica no sólo los procesos de "alta complejidad", sino también introducir un factor de ajuste asociado a la severidad de los casos, lo que se justifica por dos motivos principales: a) El coste de dichos casos, b) El volumen de pacientes atendidos de fuera del Área de Referencia. Dicho ajuste es importante para diseñar un sistema de compra en línea con los costes de los servicios sanitarios y los flujos de pacientes, especialmente de los hospitales terciarios y con una importante capacidad de atracción para ciertas patologías.

DEVELOPMENT OF A QUESTIONNAIRE TO ANALYZE THE HOSPITAL GOVERNANCE PRACTICES IN THE PUBLIC PORTUGUESE HOSPITALS AND THEIR POSSIBLE IMPACT IN THE HOSPITAL PERFORMANCE

V. Raposo, P.L. Ferreira and A. Rodrigues

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Objetivos. Hospital governance is defined as the process of steering the overall functioning and effective performance of a hospital, by defining the hospital's mission, setting its objectives, and supporting and monitoring their realization at the operational level. Hospital governance enables an integrated approach of sustaining and supervising all hospitals activities, including clinical performance. Much little is known about hospital governance in Portugal. The only findings are from a large study in European countries, Hospital Governance in Europe (HGE), where Portugal participated. The generic results and the lack of national studies (existing studies are especially related with performance evaluation) suggest the need of a deep analysis to a better understanding of Portuguese hospital governance. To suppress the gap in this research field we developed a questionnaire for analyzing the practices in hospital governance of the public health hospitals in Portugal and its possible impact in their performance.

Methods. A systematic review of the literature was performed to identify the main areas related with hospital governance practices. Four cases were selected to define the boundaries and the first draft of the questionnaire: HGE, and the experiences from Belgium, New Zealand and Australia. A small expert panel of hospital managers and health care professionals was used to analyze the draft and build a new improved version. Focus groups were used in several rounds to discuss the contents of the questionnaire and obtain the final version.

Results. The questionnaire is divided in four sections: determinants of the governance practices; existing governance practices; personal characterization; and hospital characterization. The practices analysis focus the interaction between management and hospital board, the involvement of stakeholders, public accountability, and the internal and external control and audit procedures.

Conclusions. The tool is adapted to the characteristics of the Portuguese health-care system and covers a range of governance practices identified in literature search as good practices. The application of this tool allows a deep analysis and a first draw of the state of the art about governance practices in Portuguese public health hospitals. In March 2007 it will be initiated a survey in 26 public hospitals (in the same administrative region) with different legal statute (bureaucratic/political model versus corporate model). The questionnaire will be sent for all the directors of each hospital board. We foresee to present some preliminary results in August 2007.

MESA 9

Utilización de Servicios Sanitarios

LA IMPORTANCIA E INTENCIÓN DE RETORNO DE LOS ASEGURADOS DEL CATSALUT: UN ANÁLISIS EMPÍRICO

C. Murillo, C. Vargay y A. Cuxart
ORLA-UPF.

Objetivos. Medir la importancia que los asegurados del CATSALUT otorgan a los diferentes componentes de la satisfacción percibida en atención primaria y hospitalaria. Se analiza los asegurados en función de los pesos asignados a cada una de las dimensiones de la satisfacción y su relación con la satisfacción global y la intención de volver a utilizar el mismo centro o servicio.

Métodos. 1. Análisis factorial con los datos de la encuesta de satisfacción del 2006, para obtener las dimensiones de la satisfacción para el caso de atención primaria y hospitalaria. 2. Para obtener información directa de la importancia que los asegurados otorgan a las dimensiones antes obtenidas se tomó una encuesta (500 usuarios). La información se recogió mediante una encuesta telefónica, con muestreo aleatorio entre los asegurados que han hecho uso de los servicios y que han contestado la encuesta del 2006. 3. Análisis descriptivo de los datos. Se analizó la relación entre la respuesta a la variable importancia y las variables de la encuesta de satisfacción, y las variables de clasificación (edad, género, estado de salud y nivel d'estudios). 4. Análisis de correlación entre el grado de satisfacción, la intención de volver a emplear el centro y la importancia de cada dimensión. Esta aproximación permitió cuantificar las relaciones entre las variables analizadas.

Resultados. Los resultados ayudarán a orientar a los responsables de los planes de calidad de los diferentes centros y servicios dado que reforzarán su conocimiento sobre los aspectos más valorados por los usuarios, siendo una información valiosa en el diseño de políticas de mejora de la prestación de los servicios. Para el CATSALUT los resultados deben permitir hacer una diferenciación de la importancia que las dimensiones evaluadas tienen en la satisfacción de los asegurados por cada una de las líneas de producto analizado. La relación entre la importancia de cada dimensión y la propensión a volver a emplear el mismo centro, es una información de gran utilidad para conocer la conformación de la satisfacción de los asegurados.

Conclusiones. 1. El nivel de satisfacción es un concepto en el que intervienen diferentes dimensiones de manera agregada pero que, implícitamente, los asegurados ponderan cada dimensión según la importancia que personalmente asignan a los hechos asociados a las dimensiones. 2. La satisfacción juega un papel crítico en la decisión de quedarse o cambiar de proveedor, pero no la explica por sí sola, la importancia que se otorga a las dimensiones juega también un papel importante.

AEP PEDIÁTRICO: APLICACIONES EN URUGUAY

M. Cassinelli-Iharour, N. Sena and M. Buglioli

Cooperativa Médica de Rocha - Federación Médica del Interior; Facultad de Medicina-Universidad de la República.

Objetivos. Conocer la magnitud del uso inadecuado de la hospitalización es el primer paso para lograr su reducción y determinar el costo de oportunidad que ello representa. Su identificación a través de herramientas como el AEP, constituye una estrategia de interés para mejorar de forma conjunta la calidad de la atención y la eficiencia hospitalaria. Uruguay se encuentra en proceso de Reforma, siendo uno de los pilares la mejora de la eficiencia a partir de los recursos ya disponibles que no parecen pocos (alrededor del 10% del PBI). El objetivo del trabajo es determinar, mediante la aplicación de la versión pediátrica del AEP, el porcentaje de ingresos y estancias inadecuadas en el servicio de pediatría de COMERO (Cooperativa Médica de Rocha, que integra un sector que incluye 41 instituciones en todo el país, con algunas características comunes: seguros de prepago, que brindan cobertura integral, con prima única fijada por el Ministerio de Economía, asisten al 50% del total de habitantes, y constituyen el prestador que utiliza la Seguridad Social para cubrir la asistencia médica a los trabajadores).

Métodos. Se utiliza la versión pediátrica del AEP traducida al español y publicada por la Fundación Avedis Donabedian en 1996. La población de estudio la constituyen todos los pacientes (84) entre 1 mes y 14 años hospitalizados en los meses de enero, febrero, marzo, julio, agosto y septiembre del 2006. Se consideraron como criterios de exclusión: pacientes psiquiátricos e internados en cuidados intensivos. En total se estudian 80 historias clínicas, ya que 4 de ellas no se hallaron. La revisión fue realizada en forma conjunta por los dos médicos autores de este trabajo y revisada nuevamente por ambos hasta conseguir consenso sobre cada caso.

Resultados. El porcentaje de ingresos inadecuados fue del 16% y las estancias 14,7. Dentro de las principales causas de estancias inadecuadas se identifican: no contar con ningún plan terapéutico, no requerir ningún servicio o solicitar pruebas diagnósticas de resolución ambulatoria.

Conclusiones. La aplicación por vez primera de esta herramienta a nivel del país tiene de por sí valor para la gestión de los servicios, y más si permite conocer la magnitud y las causas del uso inadecuado de la hospitalización en la población pediátrica de nuestro medio. Los valores obtenidos son inferiores a los constatados en otros países según bibliografía consultada, debido en parte a las características de las instituciones estudiadas: en este caso particular, integrantes del staff clínico y jefes de servicio comprometidos en la gestión de la institución. De todas maneras, la utilidad del AEP dependerá de las medidas correctoras adecuadas, reservando los recursos para aquellos pacientes que necesiten ingresar.

PARTNERS OR RIVALS: THE IMPACT OF IMMIGRATION

D. Cantarero and M. Pascual

Departamento de Economía. Universidad de Cantabria.

Objetivos. The Spanish Health System establishes that all people, independent of their nationality, have the right on health and health care. However, the increasing arrival of immigrants in Spain has made necessary to establish adequate policies which guarantee not only their social integration but also their health care needs. This issue has created a new social and demographic situation that not only requires a deep study of their health status but also of the new assistance and preventive priorities to deal with.

Methods. This paper explores the utilization of health care services in Spain by immigrant population using different econometric techniques (discrete choice models, censored data and count data). Also, socio-demographic characteristics of immigration (like age, gender, education, marital and health status and some economic data) are analysed.

Results. Empirical work is based on data from the European Community Household Panel (ECHP), European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) and Spanish Health Surveys (SHS). The results show different patterns in the utilization of health care services in Spain.

Conclusions. Health care utilization is an important aspect to take into account to establish adequate health policies. This paper demonstrates that models of health care utilization can be profitably employed in the study of the health of immigrants. This finding is consistent with research focused on the links between immigrant, socio-economic characteristics (like greater needs of a younger immigrant population) and health care utilization. Also, it is expected that health status and utilization of health services of immigrant population will converge with the levels of general population which will confirm the existence of "healthy immigrant effect".

VARIABILIDAD DE RESULTADOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA SEGÚN LOS RECURSOS DEL CENTRO HOSPITALARIO

M.D. Aguilar-Conesa, P. Lázaro y de Mercado, V. Zunzunegui-Pastor, M.A. Cairols-Castellote y S. Riera-Batalla

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS); Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Vasculat.

Objetivos. Determinar la variabilidad entre hospitales en la mortalidad o las amputaciones mayores y en las complicaciones a los 30 días del ingreso por enfermedad arterial periférica (EAP), distinguiendo entre factores del paciente y factores relacionados con el servicio de cirugía vascular.

Métodos. Estudio de cohorte retrospectiva de los pacientes con EAP avanzada (lesión trófica o dolor en reposo) en su informe de alta hospitalaria (n=350), seleccionados a partir de una muestra sistemática de los últimos 40 pacientes con EAP admitidos antes del 31-12-2004 en 14 hospitales de Cataluña. Variables de resultado: 1) defunción o amputación mayor en los 30 días siguientes al ingreso (n=33); 2) complicaciones mayores en los 30 días siguientes al ingreso (n=69). Los hospitales se clasificaron en dos grupos según disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos endovasculares. Se ajustaron regresiones logísticas para estimar la probabilidad de un resultado según el grupo del hospital, controlando por edad, número de trastornos crónicos y número de tratamientos farmacológicos antes del ingreso. Se realizó un análisis multinivel para estimar qué proporción de la variabilidad en la respuesta es atribuible a la variabilidad intra-hospitales.

Resultados. La probabilidad de defunción o amputación mayor fue 12,5% en los hospitales sin procedimientos endovasculares y 4,9% en los hospitales con procedimientos endovasculares. Análogamente, tuvieron complicaciones mayores, el 24,5% de los pacientes en los hospitales sin procedimientos endovasculares y el 12,7% de los pacientes en los hospitales con procedimientos endovasculares. El RR de defunción o amputación mayor en los hospitales sin procedimientos endovasculares comparado con el riesgo en hospitales con procedimientos endovasculares fue de 2,8 (IC95%= 1,2;7,1), a igualdad de edad y número de tratamientos farmacológicos. Para las complicaciones mayores, el RR asociado a la ausencia de procedimientos endovasculares fue de 2,3 (IC95% 1,3;4,2). En el análisis multinivel, la mediana de las razones de ventaja para las complicaciones mayores entre todos los hospitales fue 2,6 ($p < 0,001$).

Conclusiones. La disponibilidad de procedimientos de cirugía endovascular parece reducir considerablemente la mortalidad, las amputaciones y las complicaciones mayores en pacientes con EAP avanzada. Los resultados sugieren que las diferencias en el manejo hospitalario de la EAP avanzada tienen graves consecuencias para los pacientes y que todos los pacientes con EAP avanzada deberían ser atendidos en unidades con disponibilidad de técnicas endovasculares.

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS INDIVIDUALES, EL ÁREA DE RESIDENCIA, Y EL CAPITAL SOCIAL EN LA DEMANDA DE SALUD Y UTILIZACIÓN EN ESPAÑA

E. de Benavides-Jiménez, E. Corpas-Nogales, M. Moya-Garrido, J.J. Martín-Martín y M.P. López del Amo-González

Máster en Economía de la Salud y Gestión de Organizaciones Sanitarias; Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada.

Objetivos. Para la modelización empírica de la demanda y utilización de servicios sanitarios habitualmente es necesario recurrir a datos sobre utilización. Dos aproximaciones básicas suelen considerarse según utilicen información agregada (perdiendo información de la variabilidad individual) o datos de naturaleza individual (ignorando variables del contexto sanitario que ejercen una gran influencia sobre la utilización y la demanda) (Meneu, 2002). Los modelos multinivel o jerárquicos permiten modelizar el comportamiento de los individuos afectado por el medio social que le rodea (González et al, 2002). Existe una creciente literatura que analiza el papel del capital social en los resultados de salud, particularmente como variable explicativa de las variaciones en salud a nivel de áreas geográficas y causa ecológica de inequidad en el estado de salud (Mohan et al, 2005), el estudio de la influencia del capital social y otras medidas de desigualdad territorial en la utilización de servicios sanitarios es menos habitual. Determinar las variables individuales y ecológicas que influyen en la demanda y utilización sanitaria en España y Andalucía.

Métodos. Se estima la probabilidad de ser asistido por personal hospitalario en función de variables individuales (sexo, edad, estado civil, estado de salud auto-percibida, beber, fumar, realizar ejercicio físico, nivel de estudios y fuente de ingresos, ENS, 1999) y provinciales (renta a nivel provincial y el capital social). Para medir el capital social a nivel provincial se emplean los proporcionados por Pérez García et al (2005), que permiten utilizar una serie de datos homogéneos y coherentes a nivel provincial y de Comunidad Autónoma.

Resultados. La variable con más influencia sobre la utilización es la percepción del estado de salud. Los individuos con mala salud son los que tienen más probabilidad de ser asistidos. El nivel de estudios también influye, especialmente para los individuos con estudios secundarios, con los niveles más altos de utilización. Además influyen el estado civil, hacer ejercicio y la fuente de ingresos. Las variables del nivel contextual, tanto con efectos fijos como aleatorios, no son significativas.

Conclusiones. La información obtenida puede ser importante para diseñar políticas sanitarias teniendo en mente la importancia de las variables contextuales y ecológicas en la demanda y utilización de los servicios sanitarios y su relación con las necesidades sanitarias.

THE COSTS AND PRICES OF HOSPITAL CARE FOR STROKE PATIENTS IN 9 EUROPEAN COUNTRIES: RESULTS OF THE HEALTHBASKET PROJECT

D.M. Epstein, A. Mason and P.C. Smith

University of York.

Objetivos. Stroke is a major cause of mortality and morbidity, but the reasons for differences in costs within and between countries are not well understood. This study compared the hospital costs and prices of stroke in 9 EU countries.

Methods. Data on hospital resource use, unit costs and reimbursement of a stroke patient without co-morbidity were collected from a sample of 50 hospitals in 9 European countries using a common methodology. Patient characteristics were standardised using a vignette. Data were analysed using ANOVA and regression to identify factors that might lead to differences in overall costs within and between countries.

Results. There were significant differences in mean costs between countries: costs were lowest in Hungary, Poland and Spain. Length of stay was a significant factor in explaining variation in cost between hospitals but not between countries. There was considerable variation in the care pathways within and between countries with differences in the availability of specialist stroke units, access to rehabilitative services and use of thrombolytic therapy. The method of calculating overheads differed between countries and played an important role in estimating total cost. Overall, prices were greater than or equal to cost for 50% of providers sampled.

Conclusions. The vignette methodology was feasible and allowed comparison of hospital costs and prices of stroke services between providers in the 9 countries. Further work needs to consider access to health care over a longer follow up, to explore reasons for differences in use of overheads and compare health outcomes.

MESA 10

Valoración de Estados de Salud

QUANTIFYING THE IMPORTANCE OF MARRIAGE FOR HEALTH: IS BEING MARRIED BETTER FOR YOUR HEALTH?

A. Stoyanova, L. Díaz-Serrano and W. Nillson

Centre de Recerca en Economia del Benestar; Universitat Pompeu Fabra; Universitat Rovira i Virgili.

Objetivos. There is a growing body of literature trying to disentangle the relationship between marriage and health. Married people are found to be healthier, live longer, and enjoy happier lives than their unmarried counterparts. All these effects are stronger for men than for women. Three possible mechanisms have been proposed to explain these findings. The first one is known as the "protection effect" of marriage on health. According to this hypothesis marriage itself improves physical and mental health status. Secondly, the better health of married individuals may be due to a "positive selection" into marriage because of good health. And thirdly, an "adverse selection" may be at work. If having a caring partner is beneficial for one's health, those who are in poor health may have incentives to get married. The objective of the present paper is twofold. First, in an attempt to add new evidence of the complexity of the relationship between marriage and health, we test for the prevailing selection mechanism. Is it the positive or the adverse selection hypothesis the more convincing explanation for the beneficial effect of marriage on health? The second objective of the paper is to quantify how important is the fact of being married for self-perceived health status.

Methods. We carry out a cross-country longitudinal analysis using data from the European Community Household Panel. To assess the contribution of marriage on health we decompose the gap in self-reported health status between married and non-married individuals. We adopt an Oaxaca-type decomposition and adapt the methodology to our model and data. Separate estimates for males and females are performed.

Results. Contrary to what is commonly observed, our preliminary results seem to suggest that marriage exerts a stronger positive effect on women's health than on men's health. In addition, the cross-country analysis allows for quite interesting comparisons. For example, we observe that the relationship between marriage and better health is much more pronounced in the Mediterranean countries than in the rest of Europe.

Conclusions. Our study also has implications for the research on socio-economic inequalities and inequities in health. Marriage may be a good incentive for adopting healthier life-styles or abandoning harmful habits, which in turn increase population health and reduce health inequities.

DIFERENCIAS EN ESTADOS DE SALUD AUTO-PERCIBIDOS ENTRE CUATRO ÁREAS DE SALUD

E. Sánchez y J.M. Cabasés

Universidad Pública de Navarra.

Objetivos. En este trabajo se profundiza en la idoneidad de utilizar un único índice de salud en todo el país o si deberían contemplarse las diferencias regionales en dicho índice, en caso de existir, a la hora del diseño de las políticas sanitarias. **Objetivos:** 1º. Obtener los valores de los estados de salud del instrumento EQ-5D, basado en salud auto-percibida, para una muestra de pacientes de esquizofrenia. 2º. Analizar las diferencias en los estados de salud y en la percepción de los pacientes de sus estados de salud entre 4 áreas de salud mental en España.

Métodos. Dos etapas: 1ª Etapa. Se obtiene un índice del estado de salud de los pacientes a partir de la Escala Visual Analógica (EVA) como variable dependiente y las 5 dimensiones del EQ-5D como regresores (Modelo 1). 2ª Etapa. Estudio de las diferencias regionales. Dos objetivos: 1ª Observar las diferencias que existen en los estados de salud auto-percibidos en las áreas geográficas. Variable dependiente el índice obtenido en el Modelo 1 y regresores las dummies que representan las distintas áreas geográficas (Modelo 2.1). 2ª Comprobar las diferencias por área geográfica en las valoraciones que los pacientes hacen sobre su estado de salud independientemente del estado en el que se encuentran. Para ello, variable dependiente la diferencia entre la EVA y el índice obtenido en el Modelo 1, regresores los mismos que en Modelo 2.1 (Modelo 2.2).

Resultados. El análisis se realiza sobre las áreas de salud de Gavá (Barcelona), Loja (Granada), Salamanca (Madrid) y Burlada (Navarra). 4 posibles escenarios: *Escenario 1.* Navarra y Madrid vs Barcelona, observamos diferencias en los estados de salud, pero no así en la valoración de los individuos. Lo cual indicaría que nuestro índice es robusto. Conclusión no generalizable debido a la diversidad de escenarios encontrados. *Escenario 2.* Granada vs Madrid y Navarra, estados de salud prácticamente iguales en media, y sin embargo, la valoración que hacen los pacientes de estos estados es inferior en Granada. *Escenario 3.* Madrid vs Navarra. Se observan muestras homogéneas en cuanto a estados de salud y a su valoración se refiere. *Escenario 4.* Los pacientes con estados de salud superiores tienen valoraciones de estos mayores. Barcelona vs Granada. No pueden extraerse conclusiones, ya que puede ser consecuencia del comportamiento de los pacientes y no de una diferencia entre regiones.

Conclusiones. Se constatan no sólo de las diferencias en los estados de salud de los pacientes esquizofrénicos en las cuatro áreas de salud mental escogidas, sino también en las valoraciones que hacen los propios pacientes de los diferentes estados de salud. La implicación para la política es que tales diferencias deberían ser tenidas en cuenta a la hora de asignar recursos y desarrollar los servicios de atención a la esquizofrenia.

ESTIMACIÓN DEL PERFIL EDAD-CALIDAD DE VIDA Y SU APLICACIÓN AL CÁLCULO DE PÉRDIDAS DE SALUD OCASIONADAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

P. Cubí-Mollá y C. Herrero

Universidad de Alicante.

Objetivos. En estudios de coste-efectividad de estrategias de tratamiento y prevención de lesiones, es frecuente tomar el estado de salud previo a la lesión como "salud perfecta", y considerar la salud del lesionado como un estado crónico. ¿Hasta qué punto esta simplificación sesga los resultados?. En este trabajo estimaremos el perfil genérico de salud de un individuo, antes y después de haber sufrido una lesión. Los resultados se aplicarán a la evaluación de las pérdidas de salud (en términos de Años de Vida Ajustados por la Calidad Perdidos o AVACPs) ocasionadas por accidentes de tráfico en España en 1996-2004.

Métodos. Para la estimación de los perfiles edad-calidad de vida (CV) se utiliza la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud del INE, 1999 (60.274 datos). Aplicamos el método de regresión por intervalos para estimar el valor del estado de salud, basándonos en la salud autopercebida (SAP) de los encuestados. Para cardinalizar tal variable, se utiliza la relación entre las variables SAP y EVA que muestra la Encuesta de Salud de Catalunya 2002 (8.089 datos). Como regresores tomamos variables socioeconómicas (edad, sexo, ccaa, ingresos, educación...) y de salud (posibles enfermedades crónicas, peso, fumador, horas de sueño...). La variable clave para definir los perfiles indica si el individuo ha padecido un accidente de tráfico reciente que le ha influido de forma importante en sus actividades cotidianas. Se construyen un total de 68 perfiles diferentes, variando por ccaa, sexo y existencia o no de lesión, a partir de las esperanzas de CV por subgrupos de edad.

Resultados. Los coeficientes evidencian que la CV crece con renta, educación, ausencia de enfermedades crónicas y estilo de vida saludable, y decrece con la edad, para las mujeres, y para ciertas comunidades como Galicia o Asturias. La CV de un lesionado por colisión decrece un 10%. A lo largo del periodo se han perdido más de 1.200.000 AVACPs por accidentes fatales, y más de 750.000 por lesiones. Las pérdidas por colisiones fatales para mujeres representan menos de 1/4 del total; por no fatales, 1/3 del total. Los mayores riesgos de AVACPs a causa de lesión mortal o no mortal las encontramos en Galicia, Murcia, la Rioja, Aragón, Baleares, CyL y Cataluña. Las regiones que reportan menores tasas de riesgo son Canarias, Cantabria, Madrid y Andalucía. La sobreestimación derivada de utilizar la clásica hipótesis es de (aprox.) 600.000 AVACPs en el caso de colisiones fatales.

Conclusiones. La estimación de los perfiles edad-calidad de vida permite un cálculo más aproximado de las pérdidas de salud. La principal ventaja del método es la sencilla aplicación a subgrupos de población.