

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 19 MAYO 2006 n°

56

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

EDITORIAL	1
JORNADAS AES.....	3
- XXVI Jornadas AES – Toledo 2006	
TEMAS	6
- Midiendo stocks de capital salud. ¿Qué está realmente ocurriendo en Cataluña?	
- Generación de desigualdades en salud: en busca de un modelo explicativo en España.	
- Influencia de la privación sobre la distribución geográfica de la incidencia del cáncer en la Región Sanitaria Girona.	
TESIS.....	12
- Innovaciones metodológicas en la evaluación económica de tecnologías sanitarias: principios y aplicaciones empíricas.	
- Costes del paciente demente en el municipio de Oviedo.	
CON ACUSE DE RECIBO.....	14
- Un nuevo modelo para la profesión médica.	
NECROLÓGICA	16
PRÓXIMAS REUNIONES.....	16

editorial

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

¡NUESTROS MEJORES DESEOS!... Y NO TAN BUENOS PRONÓSTICOS

Anibal García Sempere

Fundación Salud, Innovación y Sociedad



Con sus mejores deseos pero no tan buenos pronósticos. Así parecían despedir el año los 141 altos cargos de la sanidad pública que participaron durante 2005 en un estudio Delphi sobre futuros próximos –a 15 años vista– para el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹. Ministros, Consejeros, Directores Generales y otros altos cargos, tanto del Ministerio de Sanidad como de los Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas, en activo o ya relevados de sus responsabilidades, participaron en la valoración de diversos escenarios de desarrollo del SNS en relación con cuatro dimensiones básicas: 1) la articulación del *gobierno del SNS*, a nivel *macro*, *meso* y *micro*; 2) alternativas de *financiación* y de corresponsabilización de administraciones y usuarios en el coste de los servicios; 3) cambios y mejoras en los *dispositivos asistenciales*; y 4) avances en la implantación de sistemas de *información*, gestión de la *calidad* y gestión de la *I+D biomédica pública*.

Una peculiaridad de esta consulta fue que, además de indagar por la verosimilitud de los escenarios de futuro propuestos, se preguntaba también por su deseabilidad. La comparación de ambas perspectivas -lo que los altos cargos desean que suceda frente a lo que creen que sucederá- sugiere diversas reflexiones, que son el objeto de este comentario.

Consensos y disensos en el gobierno, financiación y gestión del SNS

En líneas generales, los panelistas alcanzaron un alto grado de consenso en cuanto a la deseabilidad de una serie de escenarios formulados en términos de *mejora objetiva sobre el estado actual de las cosas*, expresándose de forma muy homogénea en favor del “más y mejor”. Más recursos para la atención primaria, para la salud pública o los cuidados paliativos, más informatización e información, una mayor profesionalización de la gestión, mayores niveles de participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas y más racionalidad en los procesos de regulación de la cartera de servicios públicos. En contraste, altos y ex-altos cargos expresaron grandes desacuerdos en relación con la articulación del gobierno del SNS, su financiación, su nivel de gasto y su gestión. En otras palabras, no hay consenso respecto a los desarrollos organizativos y las estrategias que permitan al SNS alcanzar el “más y mejor” que todos desean.

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

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

Editora del boletín:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:

Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:

Anibal García Sempere, Juan Oliva, Néboa Zozaya, Rubén Osuna, Joan Costa i Font, Joan Gil i Trasfí, Aitana Lertxundi-Manterola, Marc Saez Zafra, Eduardo Sánchez Irisó, Ricardo Sanchís, Paola Beltrán y Aurora Berra.

Adicionalmente, el careo entre los deseos expresados y los pronósticos emitidos muestra una interesante paradoja: se desean unas cosas pero se cree que sucederán otras. En relación con el gobierno del SNS, por ejemplo, se planteó al panel una serie de escenarios alternativos en los que el Consejo Interterritorial (CI) detentaría diferentes niveles de autoridad. Mientras que el 52% de los panelistas expresaron su deseo de que el CI sea el máximo centro de autoridad sanitaria del SNS, tan sólo un 3% pronosticaba que esto sucedería. La posibilidad de que el CI sea un ámbito de intercambio, negociación y acuerdo obtuvo un 80% de adhesiones de los panelistas, pero tan sólo el 20% confía en ver materializada dicha situación.

Existen otros muchos ejemplos en que los pronósticos se alejan de las aspiraciones del colectivo encuestado: mientras que el 67% del panel no desea que se mantenga la actual hegemonía del régimen de personal estatutario en las instituciones sanitarias, el 77% pronostica que se mantendrá; mientras que el 90% de los panelistas desea que se materialice una mayor participación de los pacientes en aquellas decisiones clínicas que les afectan, sólo un 4% pronostica que esto sucederá; en tanto un 77% de los consultados es contrario a usar el déficit público como instrumento para sufragar el gasto sanitario, un 67% pronostica que se recurrirá a dicha práctica.

Copagos y política farmacéutica: rechazando el statu quo y el cambio

También el análisis de las respuestas a las cuestiones de política farmacéutica reviste interés. Aunque persiste el rechazo mayoritario a instaurar mecanismos de copago en los servicios y prestaciones del SNS, dos tercios del panel fueron favorables a mantener el actual copago de medicamentos pero sustituyendo la edad por “por los tramos de renta como criterio de exención”. Más allá de la relativa vaguedad en la definición del escenario, llama la atención la sensibilidad del colectivo hacia el mecanismo específico del copago: mientras que en general se rechaza introducir cualquier forma nueva de copago, que era lo que implicaba el resto de escenarios propuestos, no se está en contra de modificar un copago pre-existente, tal vez porque se ve como un escenario menos conflictivo en un tema con muchas espinas o porque un copago sensible a las diferencias de acceso por cuestiones socio-económicas podría mejorar la equidad de acceso.

En política farmacéutica también llama la atención la gran dispersión de las respuestas respecto a los escenarios de regulación y fijación de precios de los medicamentos. En este caso el panel rechaza el mantenimiento “de la situación actual”, pero la introducción de diferentes niveles de competencia en precios o la posibilidad de regular la tasa máxima de beneficio de cada empresa mediante ajustes en precios, son escenarios de futuro que originan todo tipo de posicionamientos, desde el total rechazo hasta la completa adhesión. Por el contrario, la utilización de sistemas de precios de referencia, la incentivación de la sustitución por genéricos y las estrategias de financiación selectiva y exclusión de fármacos de efectividad dudosa o nula reciben un renovado apoyo, pese a que los resultados aparentes de tales estrategias, que ya *funcionan* o han funcionado en el SNS, no parecen haber sido efectivas para contener el gasto y no se conoce su capacidad para mejorar la prescripción.

Querer, poder y querer poder

Los factores que subyacen en la distancia entre los cambios sustantivos que los responsables de las grandes decisiones de política y gestión sanitaria desean para el SNS, y su pronóstico de que estos cambios no se materializaran, más allá de sugestivas interpretaciones psicoanalíticas, pueden ser muy variados. Es posible que crean que en el conjunto del colectivo de altos decisores no exista una voluntad real de cambio. También podrían ser dudas sobre su propia capacidad, del colectivo de decisores, de producir estos cambios, en un entorno donde la colisión de intereses de agentes muy diversos hace difícil la innovación. O un reflejo de la dureza de la actual Política (con mayúsculas), que dificulta los grandes acuerdos necesarios para transformar un sistema tan complejo y con tantos agentes implicados como el SNS. O, simplemente, que la valoración de que los cambios en el SNS –más allá de aportar periódicamente nuevos fondos para paliar el también periódico desajuste entre gasto y presupuestos– no son una prioridad política para ningún gobierno.

En todo caso, y sea cual sea la causa, la distancia observada entre el SNS deseado y el SNS real resulta preocupante para el SNS. Un ejemplo evidente sería el desarrollo de la oferta pública de empleo (OPE) –la más importante de toda la historia del SNS y que compromete su desarrollo mucho más allá de los 15 años valorados en el Delphi– cuando el colectivo de altos cargos de forma muy homogénea manifiesta en el Delphi su deseo de reducir la importancia del régimen estatutario del personal. También son ejemplos algunas recientes grandes leyes que, hasta cierto punto, han nacido viejas: más para consolidar lo que existe que para generar el futuro que se desea para el SNS.

No todos los pronósticos son pesimistas. Se confía en que varios de los escenarios de micro-gestión propuestos vean la luz: el uso rutinario de trayectorias y protocolos clínicos en atención primaria, un mejor diseño y coordinación entre niveles asistenciales, el desarrollo de políticas novedosas de salud pública, etc. En general, el optimismo aumenta cuando se trata de valorar mejoras de gestión *meso* y *micro*, y disminuye cuando se trata de los grandes problemas *macro*, territorio dónde es palpable el pesimismo sobre las posibilidades de que el sistema de salud pueda resolver sus cuestiones pendientes y afrontar nuevos desafíos. Pero esto sitúa al SNS en una situación compleja, porque es más que probable que el impacto de las mejoras en gestión posibles tenga un rápido techo si no van acompañadas de la acción política para transformar las organizaciones sanitarias.

Posiblemente, y al margen de su capacidad informativa sobre diversos aspectos del SNS y sus futuros posibles, una de las aportaciones del estudio Delphi que se comenta, es haber sacado a flote estas contradicciones entre querer y poder que, en el fondo, traducen la ausencia –ya muy prolongada– de liderazgo político (con minúsculas) y técnico en el SNS. Esta ausencia se traduciría en falta de confianza en los otros para actuar conjuntamente en la transformación del SNS en una dirección definida y, al extremo, a la concentración de la actividad política en los frentes con menos barreras. El Delphi, al hacer visible esta situación, también ayuda a enfrentarla. En cierta forma, enseña que para *poder*, además de *querer*, hay que *querer poder*.

¹ Artells Herrero J, Castellón Leal E, Sevilla Pérez F, Cervera Soto S, García Sempere A. *Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Fundación Fernando Abril Martorell; 2005.

XXVI JORNADAS AES

Producción de servicios sanitarios: ¿más es mejor?

Toledo, 23 al 26 de mayo de 2006



PRESENTACIÓN

El año 2005 ha visto resurgir el eterno debate de la financiación y el gasto sanitarios, que ha culminado con unos acuerdos entre Administración Central y Gobiernos Autonómicos derivados de la II Conferencia de Presidentes. Una de las demandas más frecuentes a lo largo de todo el proceso de discusión por parte de muchos de los agentes protagonistas, incluso a pesar de las diferencias ideológicas existentes entre ellos, ha sido la reclamación de un mayor volumen de gasto sanitario público (y, lógicamente, de la financiación correspondiente). La comparación con nuestros socios europeos se ha utilizado también recurrentemente para señalar nuestra desventaja comparativa y argumentar la necesidad de invertir más recursos públicos en el Sistema Nacional de Salud. Esta reclamación se sustenta, al menos parcialmente, en la creencia de que un aumento de recursos (en buena parte canalizada a ampliar la oferta de servicios) se ha de traducir en un aumento en el nivel de salud de la población. El lema de las XXVI Jornadas de Economía de la Salud **“Producción de servicios sanitarios: ¿más es mejor?”** entronca directamente con esta cuestión: ¿hasta qué punto los recursos invertidos en aumentar la producción de servicios sanitarios permiten lograr mejores resultados en la salud? ¿Hasta qué punto se emplean los conceptos de efectividad y eficiencia como criterios clave en los procesos de toma de decisiones? Parece inevitable plantearse éstas y otras cuestiones en un momento en el que vuelve a dispararse la preocupación por la sostenibilidad de nuestro modelo sanitario.



PROGRAMA

Martes 23 de mayo

Taller Fundación BBVA de diseño de experimentos de elección discreta en salud (12:00 a 14:30 y de 16:30 a 20:30)

Ponentes: Mandy Ryan, Carmelo León y Jorge Araña.

Coordinador: Jaime Pinilla.

Miércoles 24 de mayo

Inauguración de las XXVI Jornadas de AES (9:30 a 10:30)

Roberto Sabrido Consejero de Sanidad de la JCCM (PdC)

Conferencia Inaugural (10:30 a 11:30)

Precios farmacéuticos: dos viajes de ida y vuelta entre la teoría y los datos

Antonio Cabrales

Mesa de ponencias: Atención Sanitaria e Inmigración: Nuevas necesidades para nuevas demandas (12.00-14.00)

Ponentes: Inés Palanca, Francesc Cots, José María Labeaga y Berta Rivera

Moderadora: Berta Rivera



Mesa de ponencias: Evaluación económica: de la teoría a la política sanitaria (15:30-17:30)

Ponentes: Fernando Antoñanzas, Pedro Serrano, José Antonio Sacristán y Pedro Gómez Pajuelo

Moderador: Juan Oliva

Mesa de ponencias: Incentivos a los profesionales sanitarios (18:00-20:00)

Ponentes: Guillem López, Paula González, Pedro Pita Barros y Izabela Jelovac

Moderadores: Manuel García Goñi y Pedro Pita

Jueves 25 de mayo

Mesa de ponencias: Claves de competencia de la Atención Primaria (9:30-11:30)

Ponentes: Juan Gérvas, Juan Simó, Antonio Fernández-Pro Ledesma y Ángel Ruiz Téllez

Moderador: Juan José Rodríguez Sendín

Mesa de ponencias: El “estado del arte” de la regulación del medicamento en España (12:00-14:00)

Ponentes: Flor Álvarez de Toledo, María Teresa Pagés, Luis Palomo y Jorge Mestre

Moderadora: Laura Cabiedes

Mesa de ponencias: La medida del producto en atención sanitaria (15:30-17:30)

Ponentes: Ceu Mateus, Pere Ibern, Francesc Cots y Salvador Peiro

Moderador: Ricard Meneu

Mesa de Jóvenes Investigadores (15:30-17:30)

Amaya Echevarría, Anna García-Altés, Pedro Rey y Begoña Molina

Moderador: Juan Oliva

Viernes 26 de mayo

Mesa de ponencias: Cambios organizativos y racionalización del gasto (10:30-12:30)

Ponentes: Rafael Peñalver, Pere Soley, Vicente Gil y José Luis Fernández Díaz

Moderador: Ramón Gálvez

Mesa de ponencias: Innovación en sanidad (10:30-12:30)

Ponentes: Cristina Garmendia, Jaume Puig, Beatriz González López-Valcárcel y Jordi Colomer Mascaró

Moderador: Juan del Llano

Clausura de las XXVI Jornadas AES (13:00)

Fernando Lamata Vicepresidente de la JCCM

MESAS DE COMUNICACIONES ORALES

- Eficiencia en la producción y utilización de servicios. Modera Jaume Puig (Miércoles 24 de mayo, 12:00-14:00)

- Mecanismos de racionamiento y establecimiento de prioridades. Modera Juan M. Cabasés (Miércoles 24 de mayo, 12:00-14:00)

- Farmacia. Modera Paloma Fernández Cano (Miércoles 24 de mayo, 15:30-17:30)

- Métodos cuantitativos aplicados a la salud. Modera Jaime Pinilla (Miércoles 24 de mayo, 18:00-20:00)

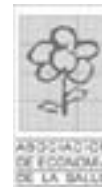
- Coordinación asistencial y gestión clínica. Modera Álvaro Hidalgo (Miércoles 24 de mayo, 18:00-20:00)

- Obesidad: determinantes y costes sanitarios. Modera Beatriz González López-Valcárcel (Jueves 25 de mayo, 9:30-11:30)

- Necesidad y ajuste de riesgos. Modera Manuel García Goñi (Jueves 25 de mayo, 9:30-11:30)

- Salud, atención sanitaria y desigualdad. Modera Alexandrina Stoyanova (Jueves 25 de mayo, 12:00-14:00)

- Evaluación económica. Modera Juan Oliva (Jueves 25 de mayo, 12:00-14:00)



- Gasto sanitario y presupuestos. Modera Rosa Urbanos (Jueves 25 de mayo, 15:30-17:30)

- Atención a la dependencia. Modera Marisol Rodríguez (Jueves 25 de mayo, 15:30-17:30)

- Calidad asistencial. Modera Enrique Bernal (Jueves 25 de mayo, 18:00-19:00)

SESIONES DE PRESENTACIÓN Y DEFENSA DE LAS COMUNICACIONES EN FORMATO POSTER

- Grupo A. Gestión clínica, Eficiencia (Miércoles 24 de mayo, 11.30-12.00)

- Grupo B. Evaluación económica, coste efectividad (Miércoles 24 de mayo, 17.30-18.00)

- Grupo C. Farmacia, Coste efectividad, Tratamientos farmacológicos, Coste efectividad aparatos ortopédicos (Jueves 25 de mayo, 11.30-12.00)

- Grupo D. Otros: utilización de servicios, oferta sanitaria, financiación pública (Jueves 25 de mayo, 17.30-18.00)

OTRAS ACTIVIDADES

Jornada sobre Investigación en Servicios de Salud. Red de investigación IRySS. Coordina Enrique Bernal (Miércoles 24 de mayo, 15:30-17:30 y 18:00-20:00)

Salud, Derecho y Economía. Coordina Vicente Ortún (Jueves 25 de mayo, 18:00-19:00)

Presentación del libro *Análisis y valoración del impacto del nuevo modelo de financiación autonómica en el subsistema sanitario*. Coordina Juan M. Cabasés (Jueves 25 de mayo, 18:00-19:00).

Presentación del libro *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?*.

Coordina Juan del Llano (Jueves 25 de mayo, 18:00-19:00)

Asamblea de AES (Jueves 25 de mayo, 19:00-21:00)

Job market. Juan Oliva (Martes 23 de mayo a Viernes 26 de mayo)

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Álvaro Hidalgo

Vocales: Olga Solas, Rafael Díaz Regañón, Agustín García Rico, Raquel López Reneo y Miguel Ángel García Sánchez.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Rosa Urbanos.

Vocales: Vicente Ortún, Jaime Pinilla, Alexandrina Stoyanova, Juan Oliva, Manuel García Goñi, Álvaro Hidalgo

SECRETARÍA TÉCNICA

VIAJES EL CORTE INGLÉS

Dpto. de Congresos

C/ Princesa, 47 - 4ª planta

28008 - Madrid

Tfno: 91 204 26 00 - Fax: 91 559 74 11

E-mail: dccimad6@viajeseci.es

SEDE DE LAS JORNADAS

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Universidad de Castilla-La Mancha

Cobertizo de San Pedro Mártir, s/n

45071 Toledo

925 26 57 41

Fax: 925 26 88 01

MIDIENDO STOCKS DE CAPITAL SALUD. ¿QUÉ ESTÁ REALMENTE OCURRIENDO EN CATALUÑA?

Juan Oliva, Néboa Zozaya y Rubén Osuna

Es un lugar común afirmar que los países desarrollados destinan una importante y creciente cantidad de recursos, tanto monetarios como no monetarios, a los tratamientos y cuidados sanitarios de su población. Sin embargo, lo que no es tan obvio es cómo identificar, medir y valorar los resultados obtenidos a partir de los recursos invertidos.

Los recientes trabajos de Cutler y Richardson (1997, 1998 y 1999) sobre el impacto de los servicios sanitarios desde una perspectiva longitudinal, midiendo variaciones del capital salud de individuos y poblaciones, han enriquecido el panorama sobre la contribución de las mejoras de la salud al bienestar en países desarrollados. El stock de capital salud de un individuo, concepto estrechamente asociado al de capital humano, se definiría como el valor actualizado de la salud de un individuo a lo largo de lo que le queda de vida, teniendo en cuenta tanto su esperanza de vida como la calidad de vida esperada de la misma (es decir, los Años de Vida Ajustados por Calidad; AVACs).

Si bien aún existe una abierta discusión sobre los valores monetarios que un individuo o una sociedad imputan a una determinada mejora en la salud (a un determinado stock de salud), esta es una agenda de investigación en plena expansión. Según los trabajos de Cutler y Richardson, el stock de capital salud de un estadounidense medio se ha incrementado significativamente entre 1970 y 1990 como consecuencia de la mayor esperanza y calidad de vida alcanzadas para todas las edades. De hecho, según los autores, bastaría con que la atención sanitaria explicara el 27% de dichos cambios para que un Análisis Coste Beneficio generalizado a todo el sector sanitario obtuviera valores positivos, es decir, los costes sanitarios se verían más que compensados por el valor de los resultados obtenidos.

En Europa, Burström, Johannesson y Diderichsen (2003) estiman el valor del cambio en la salud de la población sueca entre 1980/81 y 1996/97. Utilizando algunas respuestas seleccionadas de la Encuesta Sueca sobre Condiciones de Vida construyen una medida del EQ-5D que emplean para el cálculo de los AVACs. Se concluye que la población de edad más avanzada en 1996/97 experimentó considerables ganancias en salud si la comparamos con su homónima de 1980/81, mientras que las mejoras en términos de AVACs en la población más joven fueron pequeñas o inexistentes, sobre todo en mujeres.

Recientemente, Zozaya, Oliva y Osuna (2005) replicaron el trabajo de Burström y colegas, empleando como fuente de datos las Encuestas de Salud de Cataluña (ESCA) de los años 1994 y 2002. Si bien las comparaciones entre países han de realizarse con una cierta cautela, el valor estimado del stock de capital salud de una persona residente en Cataluña es superior a los reseñados por Burström y colegas para Suecia. Sin embargo, lo más sorprendente es que, a diferencia de lo que ocurría con la población sueca y estadounidense, el stock de capital salud de la población catalana no ha mejorado en el periodo considerado. Ello es fundamentalmente debido a que el incremento en la esperanza de vida experimentado entre 1994 y 2002 se ha visto contrarrestado por una caída en la calidad de la misma (medida también por el EQ-5D). A modo de ejemplo, mientras que la esperanza de vida de un varón de 45 años se había incrementado en 0,92 años entre 1994 y 2002, el porcentaje de varones de 45-54 años con problemas moderados o severos de dolor o malestar era del 19,49% en el año 1994 y del 27,96% en el año 2002. Para el mismo tramo de edad, varones con problemas moderados o severos de ansiedad o depresión pasan del 8,54% en el año 1994 y al 13,86% en el año 2002. En el caso de una mujer de 45 años, su esperanza de vida también se incrementó en 0,90 años entre 1994 y 2002. Sin embargo, el porcentaje de mujeres de 45-54 años con problemas moderados o severos de dolor o malestar era del 36,47% en el año 1994 y del 39,83% en el año 2002. Para el mismo tramo de edad, mujeres con problemas moderados o severos de ansiedad o depresión pasan del 18,54% en el año 1994 y al 21,28% en el año 2002.

Estos ejemplos no han sido buscados a conveniencia. Prácticamente el patrón de empeoramiento de la calidad de vida se repite para cualquier tramo de edad que consideremos a partir de los 35 años. En suma, se vive más pero la percepción de la salud, es decir, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es peor.

La explicación de dicha evolución no es sencilla y a ella podemos aproximarnos desde diferentes vías. En primer lugar, cabe la posibilidad de que dolencias y problemas de salud hace unos años estigmatizados, en unos casos, o hacia los que los ciudadanos no prestaban una especial atención, en otros, sean contemplados desde una diferente perspectiva. Básicamente, el ciudadano sería más sensible hacia su salud, lo que le llevaría por una parte a señalar

como problemas lo que anteriormente pasaba desapercibido o era ocultado, a la vez que sería más exigente hacia los servicios de salud. Esta es una explicación que centra los cambios en la CVRS desde una perspectiva subjetiva, la cual no necesita un apoyo en variables objetivas.

Sin embargo, merece la pena llamar la atención hacia dos aspectos: primero, la ESCA identifica una mayor morbilidad, señalada por una prevalencia creciente de enfermedades relacionadas con el dolor y malestar (artritis, artrosis, lumbago, problemas de cervicales,...) y de problemas de ansiedad o depresión. Segundo, en las estimaciones estadísticas realizadas, junto con el efecto esperado de otras variables (edad, género, etc.), dos variables que influyen significativa y negativamente sobre la CVRS son el padecer artritis, artrosis o dolor lumbar y cervical y el haber sido diagnosticado de ansiedad o depresión.

Por tanto, parece que existe una correspondencia entre la percepción subjetiva y los datos "objetivos". Objetivos sólo entre comillas, puesto que Amartya Sen ya nos advierte de los problemas que tiene emplear indicadores de morbilidad como aproximaciones al estado de salud de una población. El argumento de Sen se puede resumir en que sociedades con sistemas sanitarios más desarrollados son sociedades más "enfermas", puesto que más y mejor diagnosticados estarán los pacientes y, por tanto, las cifras de morbilidad de enfermedades crónicas serán más elevadas.

¿A qué hay que atender pues, a la percepción del ciudadano, o a la mayor prevalencia diagnosticada de cierto tipo de enfermedades? Es una pregunta a la que no podemos responder. El corto espacio de tiempo existente entre ambas encuestas y el disponer sólo de dos cortes transversales (1994 y 2002) no permite diferenciar si los cambios producidos forman parte de una tendencia estructural originada por una mayor medicalización de la sociedad

y/o una mayor toma de conciencia social sobre los efectos de ciertas enfermedades, o si, por el contrario, los resultados son consecuencia de un shock temporal exógeno. Por el contrario, sí se puede afirmar que la explicación no guarda relación con un envejecimiento relativo de la población, puesto que para edades intermedias también se observa una caída en la calidad de vida relacionada con la salud.

En cualquier caso, asumiendo la bondad técnica de las Encuestas de Salud de Cataluña, se plantea un importante dilema a quien debe tomar decisiones en materia de política sanitaria. Por una parte, si se duda de la bondad de la unidad de medida empleada y no considere "reales" los resultados que arrojan las ESCAs, se estarían cuestionando medidas ampliamente adoptadas en la evaluación de tecnologías sanitarias, lo cual equivale o su práctica defenestración o bien a su reconsideración de arriba abajo si se pretende que sean de una mínima utilidad para la toma de decisiones. Si por el contrario, el decisor piensa que se ha producido un deterioro cierto en la calidad de vida de los ciudadanos, necesitará urgentemente disponer de más información que le ayude a comprender las causas de la misma y actuar sobre ellas. Sea cual sea la posición adoptada, en ningún caso ello implica la inacción en la puesta en marcha de medidas reales y concretas.

El trabajo "Measuring Changes in Health Capital" ha sido financiado por el proyecto de la Fundación BBVA "Impacto de la atención sanitaria en la salud. Implicaciones para la conciliación entre innovación tecnológica y sostenibilidad del Estado del Bienestar en Europa", del cual es director Vicente Ortún, y es de libre acceso en la página de FEDEA (www.fedeas.es). Los autores agradecemos los comentarios recibidos por V. Ortún y J. Puig (Universidad Pompeu Fabra), J.M. Labeaga (FEDEA/UNED), S. Peiró y R. Meneu (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud), B. González (Universidad de Las Palmas) y M. Vera (Universidad Carlos III, Madrid). Asimismo, nos lamentamos de plantear tantas preguntas y dar tan pocas respuestas.

GENERACIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD: EN BUSCA DE UN MODELO EXPLICATIVO EN ESPAÑA *

Joan Costa i Font ^{a,b} y Joan Gil i Trasfí ^b

1. Introducción

No cabe ninguna duda sobre la relevancia de la equidad como eje central de las políticas públicas y en especial de la política sanitaria. Por lo tanto, al evaluar retrospectivamente los resultados en términos de bienestar de una política sanitaria, sea ésta específica o general (tal como los desarrollos del sistema sanitario), es ineludible examinar en qué medida se han alcanzado los objetivos de equidad propuestos, y qué circunstancias determinan que

tales objetivos se hayan alcanzado. Por otra parte, para poder comparar los desarrollos en términos de equidad de las políticas seguidas por diferentes sistemas sanitarios ya sean nacionales o regionales, es relevante examinar en qué medida los objetivos de equidad «legales» se corresponden con la realidad.

El origen -y en su caso el desarrollo- de las desigualdades en salud y en los servicios sanitarios es hoy una de las principales preocupaciones de las sociedades modernas,

y especialmente de aquellas en las que la cohesión social es una prioridad política. No obstante, pocos aspectos son tan controvertidos, complejos y discutidos en las últimas décadas como el análisis de las desigualdades en salud, ya sean entendidas como desigualdades en el acceso (financiación) a los servicios, en la utilización de los mismos o en la consecución de un mayor resultado, medido en términos de mejora de salud, ya sea objetiva o percibida, como se discute más adelante. Por otra parte, una cuestión que no ha sido analizada por la literatura hasta el momento es la de la conexión (o la posible asociación) entre las desigualdades en salud.

El principal referente del análisis de esta cuestión se desarrolla en van Doorslaer et al. (1997). No obstante, las estimaciones se realizaron con distintas bases de datos para países diferentes que hacen que los resultados no sean totalmente comparables, además de hacer referencia a sistemas sanitarios sujetos a un entorno heterogéneo («NHS model» vs. «social insurance model»). El estudio de la conexión de las desigualdades en España, por lo tanto, puede ser una aportación a este debate en la medida que los sistemas regionales de salud están sujetos a contextos y restricciones similares, siendo la encuesta sobre la que se extrae la información sobre el uso y el estado de salud percibido de la población la misma para cada área geográfica. La reciente disponibilidad de datos tras la publicación de la Encuesta Nacional de Salud (2001) abre las puertas al desarrollo de este trabajo, con fines relativamente ambiciosos.

2. Motivación

Hasta el momento, el análisis de las desigualdades en España se ha desarrollado básicamente en Rodríguez et al. (1993) y Urbanos (2000, 2001). No obstante, dado que el sistema sanitario español está definido como «un sistema de servicios regionales de salud» es conveniente estudiar la desigualdad e inequidad a nivel regional. De hecho, si bien ya los primeros estudios a nivel español apuntaban la existencia de desigualdades a principios de los años 80 (Rodríguez et al, 1993), otros estudios más recientes a nivel regional indican que existen abundantes desigualdades a nivel de la región (García y López, 2004). Por otro lado, Abásolo (1998) para el caso de Canarias identificaba desigualdades significativas una vez ajustada la necesidad.

Las desigualdades en salud, desde una perspectiva económica, pueden conceptualizarse como la existencia de variabilidad derivada de la estructura y el proceso de producción de salud, así como el statu quo («endowments») del individuo. Por lo tanto, podemos esperar que la desigualdad en salud $D(H)$ se deba a desigualdades en la prevención $D(P)$, desigualdades en la utilización $D(U)$,

desigualdades en la financiación $D(F)$, diferente composición demográfica (A), la capacidad de pago (Y) y las diferencias en la capacidad de pago $D(Y)$ y finalmente en la composición de género G .

$$D(H_i) = f(D(P_i), D(U_i), D(F_i), A_i, Y_i, D(Y_i), G_i)$$

De este marco conceptual, podemos esperar a través de un análisis de correlación posterior a la estimación de las desigualdades un importante resultado con el que guiar la política sanitaria. Por ejemplo, debemos aumentar la progresividad de la financiación del sistema sanitario o, en cambio, debemos desarrollar o potenciar políticas de información para mejorar la prevención.

3. Datos, métodos e hipótesis

Para el estudio de las desigualdades en la salud y las desigualdades en el acceso o utilización de los servicios sanitarios, ya sea para el conjunto del país como a nivel de las diversas CCAA, se empleó la Encuesta Nacional de Salud de 2001, siendo la misma representativa a nivel regional. En cambio, la fuente de microdatos que sirvió a los propósitos de estimar las desigualdades en la financiación de la salud fue la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, ECPF (Base 97) del año 2000 (INE), por cuanto nos permitió de modo razonable imputar a cada hogar pagos públicos y privados de naturaleza directa e indirecta. Además se emplearon otras fuentes de datos macroeconómicos para completar la imputación de estos pagos impositivos.

Sucintamente, el método empleado en nuestras estimaciones fue el establecido en los siguientes trabajos: Wagstaff, A. et al. (1999), Wagstaff, A. y van Doorslaer, E. (2000) además de Van Doorslaer et al. (2004) adaptado, sin embargo, a las bases de datos españolas. En particular, debe destacarse que para la estimación de la desigualdad en niveles de salud se utilizan los valores de la Escala Visual Analógica de la Encuesta de la Salud de Cataluña (ESCA). Por otra parte, para la estimación de las desigualdades en el acceso no se considera la variable seguro sanitario privado como explicativa ya que se asume que éste depende de las actitudes al riesgo de la población y no define el estatus socioeconómico. Finalmente, para la estimación de los índices de progresividad utilizamos los últimos datos disponibles en el momento del ejercicio (cf. Costa-Font y Gil, 2005).

La hipótesis que el estudio quiere contrastar es si las desigualdades e inequidades en diferentes niveles de provisión y financiación tienen un impacto sobre la aparición de desigualdades en salud. Por otra parte si las desigualdades son superiores en unas CCAA frente a otras y, finalmente, mediante un análisis de correlación a nivel

regional en España, determinar cuáles son las principales causas de la desigualdad en salud en el marco de la teoría de la producción de salud.

4. Principales resultados

* Existen importantes desigualdades intra-territoriales en salud en España.

* Canarias, Murcia, Galicia y Extremadura son las CCAA con mayores niveles de desigualdad e inequidad en salud. Por otra parte, las CCAA con menos niveles de inequidad y desigualdad son Asturias, Navarra, el País Vasco y Castilla León.

* Existe evidencia de que la descentralización sanitaria en España no parece ser una variable que explica la emergencia de desigualdades personales en salud.

* Las desigualdades en el uso de servicios sanitarios son muy reducidas en algunas CCAA y globalmente no significativas.

* Nuestras estimaciones evidencian un elevado grado de desigualdad en la distribución de la renta familiar antes de impuestos a nivel regional en España. El índice de Gini más elevado lo hallamos en Aragón, Baleares y Andalucía y los valores más bajos se registran en Castilla-La Mancha, País Vasco, Navarra y La Rioja.

* Una vez se agregan para todas las familias los pagos públicos y los privados con la finalidad de adquirir servicios sanitarios se comprueba que los pagos totales son progresivos y equitativos en la mayoría de CCAA, resultado que es común para el conjunto de España. Así, las comunidades con una mayor estructura progresiva de los pagos totales son: Navarra, Castilla y León y Andalucía y las que presentan una menor pauta progresiva son: Extremadura, Castilla-La Mancha y Cataluña. La excepción a este patrón redistributivo lo forman (Aragón, Cantabria y Murcia) cuya financiación de la salud se mostraría de tipo proporcional.

* Las CCAA que más han visto reducida la capacidad redistributiva de los pagos públicos o impositivos por la incidencia de los pagos privados son, en este orden, Cataluña, Islas Baleares y Andalucía.

* La desigualdad en la salud (ya sea medida en términos del índice de concentración o el de inequidad) está positiva y estadísticamente correlacionada con la desigualdad en la renta.

* No parece que exista asociación alguna entre el grado de equidad en la financiación de la salud con las desigualdades ni en el estado de salud ni en el acceso a los servicios sanitarios.

* Aquellas CCAA con una mayor desigualdad registrada en el acceso a las prestaciones sanitarias se traslada en una menor desigualdad en el nivel de salud.

* Existe evidencia de una asociación negativa entre la desigualdad en la renta y la salud percibida por la población de acuerdo con la hipótesis de la renta relativa.

Referencias

Abásolo, I. (1998) Equidad horizontal en la distribución del gasto público en sanidad por grupos socioeconómicos en Canarias. Un estudio comparado con el conjunto español. *Hacienda Pública Española*, 147: 3-27.

Costa-Font, J. y J. Gil (2005) Generación de desigualdades en salud: en búsqueda de un modelo explicativo en España, Beca de Investigación en Economía de la Salud, convocada por AES y financiada por Química Farmacéutica Bayer, S.A., 2003-2004, mimeo.

García, P. y A. López (2004) Regional differences in socio-economic health inequalities in Spain. Documento de Trabajo CRES, Universitat Pompeu Fabra

Rodríguez, M., S. Calonge y J. Reñé (1993) Spain, en: (eds. Van Doorslaer, Wagstaff y Rutten) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*, Health Services Research Series, Commission of the European Communities, OUP 1993.

Urbanos, R. (2000) Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas: un estudio aplicado con datos españoles. *Hacienda Pública Española*, 154: 217-237.

Urbanos, R. (2001) Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain. *Health care Management Science*, 4: 143-157

Van Doorslaer, E., X. Colman y A.M. Jones (2004). Explaining income related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13: 629-647.

Van Doorslaer, E., A. Wagstaff, H. Bleichrodt et al. (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16: 93-112.

Wagstaff, A. et al. (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics* 18: 263-290.

Wagstaff, A. y E. van Doorslaer (2000) Equity in health care financing and delivery, In: AJ Culyer and JP Newhouse (Eds.) *Handbook of Health Economics*, North Holland: 1803-62.

* El trabajo aquí presentado es un resumen del proyecto de investigación homónimo, premiado con la Beca de Investigación en Economía de la Salud convocada por AES y financiada por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A. (XII Convocatoria, 2003).

a LSE Health and Social Care, London School of Economics

b Centre de Recerca en Anàlisi Econòmica i de les Polítiques Socials (CAEPS), Departament de Teoria Econòmica, Universitat de Barcelona

INFLUENCIA DE LA PRIVACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA INCIDENCIA DEL CÁNCER EN LA REGIÓN SANITARIA GIRONA *

Aitana Lertxundi-Manterola y Marc Saez Zafra

Antecedentes

El estado de un área determinada, por lo que se refiere a la incidencia de una enfermedad, suele evaluarse determinando que incidencia se esperaría en esa área y comparándola con la incidencia observada (ratio observado/esperado o razón de incidencia estandarizada, RIE). En general, sin embargo, la variación de los casos observados suele ser bastante mayor que la esperada, produciéndose lo que se denomina extra-variabilidad. Cuando se dispone de datos espaciales es importante distinguir dos fuentes de extra-variación. En primer lugar, debe asumirse la existencia de extra-variación independiente e incorrelacionada espacialmente, denominada "heterogeneidad incorrelacionada". La fuente más importante de extra-variación, sin embargo, es la denominada "heterogeneidad correlacionada", consecuencia de la correlación de la unidad espacial con unidades espaciales vecinas. Lo más habitual es que esta dependencia sea debida a la existencia de variables no controladas, es decir no incluidas en el análisis.

En este sentido, se han observado asociaciones entre factores de tipo socioeconómico y variables respuesta de salud. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se ha atribuido a estas asociaciones una naturaleza de tipo causal ya que, de hecho, los factores socioeconómicos también se relacionan con exposiciones a riesgos ambientales, a los que sí podría atribuirse cierto papel etiológico.

Todos estos argumentos quedan ejemplificados en el análisis de la distribución geográfica de la incidencia del cáncer. Son numerosos los estudios que controlan por condiciones socioeconómicas, por cuanto creen que éstas se asocian a las exposiciones consideradas de interés, bien sean éstas individuales, tales como hábito tabáquico o exposiciones ocupacionales, bien se trate de exposiciones ecológicas, como áreas contaminadas o con peores condiciones medioambientales. Sin embargo, son muy pocas las investigaciones sobre la asociación entre la incidencia del cáncer y las condiciones socioeconómicas.

Objetivo

Este trabajo tuvo como objetivo investigar la posible relación entre la incidencia del cáncer y las condiciones socioeconómicas en la Región Sanitaria Girona (RSG), desde un punto de vista geográfico. La hipótesis que se pretendía contrastar era que, en algunas neoplasias, parte de la variabilidad espacial podía venir explicada por la variación geográfica de las condiciones socioeconómicas de la Región.

Métodos

Incidencia del cáncer. El Registro de Cáncer de Girona proporcionó los datos de la incidencia anual del cáncer total y para las diversas localizaciones tumorales para cada uno de los municipios de la RSG (coincidente con la provincia de Girona, excepto la comarca de la Cerdanya) desde 1994 hasta 2000, ambos inclusive. La población cubierta fue de 564.106 habitantes, 280.463 hombres y 283.643 mujeres (según el Censo de Población y Viviendas correspondiente al año 2001).

Condiciones socioeconómicas. Índice de afluencia. Las condiciones socioeconómicas en cada uno de los municipios fueron resumidas por un índice de afluencia construido por Lertxundi y col¹, entendiéndose por "afluencia" el concepto opuesto al de "privación material". En resumen, el índice reflejó la prevalencia, en cada uno de los municipios, de características socioeconómicas agrupadas en tres dimensiones: situación de la vivienda (vivienda en propiedad o alquiler, superficie y ocupación de la vivienda); inmigración y paro; y nivel económico del municipio.

Modelización del riesgo relativo de la incidencia del cáncer. Se supuso, como es usual en enfermedades no infecciosas, que la incidencia de cáncer en un municipio se distribuía como una Poisson, con un riesgo relativo asociado estimado mediante la RIE. El riesgo relativo se aproximó mediante el modelo de

Besag, York y Mollie (BYM). El modelo BYM permitió obtener, por un lado, una estimación *suavizada* del riesgo en cada uno de los municipios. Por otro lado, el modelo posibilitó la estimación de los efectos en el riesgo de posibles variables explicativas, como el índice de afluencia en este caso. Como particularidad, se supuso que el riesgo (ecológico) asociado al índice de afluencia pudiese tener alguna variación (aleatoria) en cada uno de los municipios.

Resultados

El modelo BYM controló de forma sustancial la extra-variabilidad inicial presente en las RIE. No es tan claro, sin embargo, que la introducción del índice de afluencia eliminase por completo la extra-variabilidad remanente. La reducción de la extra-variabilidad resultante con la inclusión del índice en el modelo, no obstante, fue sustantiva en algunos casos (en orden decreciente): estómago en mujeres (116,837% de reducción); melanoma piel en hombres (84,798%); neoplasias linfoides en hombres (53,186%); vejiga urinaria en mujeres (44,566%); colon-rectal en mujeres (26,782%); próstata (13,089%); y leucemias mieloides en hombres (10,440%).

Discusión

En este estudio encontramos que parte de la variabilidad geográfica que presentó la incidencia de algunas de las neoplasias en la Región Sanitaria Girona en el período 1994-2000, pudo haber sido explicada por la variabilidad en las condiciones socioeconómicas de la Región. En particular, la incidencia del cáncer de estómago, de melanoma, neoplasias linfoides, de vejiga urinaria, de cáncer colon-rectal, de próstata y de leucemias mieloides.

Encontramos, asimismo, que el número de neoplasias asociadas (de forma estadísticamente significativa) con el índice fue mucho mayor que entre las mujeres que entre los hombres. Este hecho podría reflejar ciertas diferencias en la medición de los niveles socioeconómicos por género.

En este trabajo el índice de afluencia no se encontró asociado (de forma estadísticamente significativa) con el cáncer de pulmón, con el de cérvix, con el de cavidad oral y faringe, y con el de mama, es decir aquellas neoplasias que la literatura ha asociado

con (peores) condiciones socioeconómicas. Puede ocurrir que los factores de riesgo asociado a estos tumores no se correlacionen en nuestra área con el nivel socioeconómico o bien que el índice no capture las diferencias de riesgo.

Existe una parte importante de la extra-variabilidad que no ha podido ser explicada por la variación geográfica del índice de afluencia, incluso en las localizaciones acabadas de comentar más arriba. Se necesitan, por tanto, investigaciones sobre otros factores de riesgo, fundamentalmente sobre exposiciones ambientales tanto ecológicas como, sobre todo, individuales, así como del efecto sobre la incidencia de las interacciones entre exposiciones ambientales y la variabilidad geográfica de las condiciones socioeconómicas.

Investigaciones en marcha

En este sentido, estamos investigando desde tres puntos de vista complementarios. Desde un punto de vista metodológico, la mayoría de los modelos (incluyendo el BYM) suavizan el riesgo sin tener en cuenta la posibilidad de la existencia de discontinuidades en la superficie de riesgo (en la que estaría incluido el problema de “exceso de ceros” presente en nuestros datos). El modelo de mixtura del riesgo relativo de Lawson y Clark², en el que estamos trabajando, permitiría solventar este problema. En segundo lugar, desde una perspectiva aplicada y utilizando un diseño ecológico, por un lado modificaremos el índice a fin de recoger posibles diferencias de género; por otro, introduciremos exposiciones ecológicas. Finalmente, en algunas de las neoplasias (el cáncer de tiroides, por ejemplo) hemos cambiado de diseño y estamos procediendo a realizar un estudio caso-control desde una perspectiva individual.

* El trabajo aquí presentado es un resumen del proyecto de investigación homónimo, premiado con la Beca de Investigación en Economía de la Salud convocada por AES y financiada por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A. (XIII Convocatoria, 2004).

¹ Lertxundi-Manterola A, Saurina C, Saez M, Ocaña R. Construcción de un índice de privación material para los municipios de la Región Sanitaria Girona. *Estudios de Economía Aplicada* 2005; 23(1):1-25.

² Lawson AB, Clark A. Spatial mixture relative risk models applied to disease mapping. *Statistics in Medicine* 2002; 21:359-370.

INNOVACIONES METODOLÓGICAS EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: PRINCIPIOS Y APLICACIONES EMPÍRICAS

Eduardo Sánchez Iriso

Tesis Doctoral defendida en el Departamento de Economía de la Universidad Pública de Navarra, el 16 de diciembre de 2005. Dirigida por el Dr. Juan Manuel Cabasés Hita y el Dr. Emilio Domínguez Irastorza, que obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: eduardo.sanchez@unavarra.es



Las agencias de evaluación económica de tecnologías sanitarias, como el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica Inglés (NICE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñan sus políticas basándose en análisis coste-utilidad. Actualmente, la utilidad es medida en años de vida ajustados por la calidad (AVAC, más conocido por su acrónimo inglés QALY). El cálculo de QALYs requiere de un índice que sea capaz de valorar la calidad de vida de los individuos en función de sus estados de salud.

Realizar una medición errónea de los índices de calidad de vida puede tener consecuencias perjudiciales tanto en la valoración de programas sanitarios que se encuentran en funcionamiento, como en la selección de los programas a desarrollar.

La mayor parte de esta tesis se enmarca en los procedimientos de obtención de los índices de calidad de vida. Se discute sobre sus propiedades y se proponen soluciones a algunos de los problemas detectados por la literatura relevante en el área.

La tesis está estructurada en cinco capítulos, en el primero se presenta una introducción a la evaluación económica de tecnologías sanitarias, así como a la metodología bayesiana. El capítulo final recoge las conclusiones y las líneas de investigación futuras. A continuación, se resumen las principales aportaciones de los capítulos centrales.

En el segundo capítulo se realiza un análisis coste-efectividad de un programa sanitario destinado a la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a través del incremento en el acceso a jeringuillas estériles en usuarios de drogas por vía intravenosa. Nuestra principal aportación en este capítulo es el cálculo de una medida de efectividad en programas de prevención. Esta medida de efectividad se calcula en número de infecciones evitadas logrado por el programa. Además, en este capítulo, se realiza una comparativa con los costes por infección evitada, de la cual se concluye que el programa ahorra costes al sistema sanitario.

El tercer capítulo se centra en la utilización del instrumento EQ-5D como herramienta de medida de la calidad de vida de las personas. De este instrumento se obtienen un total de 243 estados de salud, cada estado de salud está representado por 5 dígitos, que corresponden a las dimensiones del instrumento y cada dígito toma valores 1, 2 ó 3, dependiendo del nivel, de menor a mayor problema en cada dimensión. Además, en el instrumento se presenta una escala visual analógica, y se pide a los encuestados que representen su estado de salud a día de hoy en un termómetro que en el rango de 0 a 100 trata de recoger desde el mejor estado de salud hasta el peor. Mediante una función que relaciona la escala visual analógica y los 5 dígitos

del estado de salud se obtienen los valores para el índice de calidad de vida.

Este tercer capítulo se ha dividido en dos partes. La primera parte, se dedica al análisis de la ordenación de los estados de salud que muestran los individuos. El problema, documentado por investigaciones anteriores, reside en la existencia de inconsistencias lógicas. Estas inconsistencias se dan cuando tomando dos estados comparables, un estado que lógicamente es considerado como mejor, recibe un menor valor en el índice respecto al otro. En este trabajo se demuestra que existe una forma sencilla de resolver el problema mediante modificaciones en la estructura del modelo, de manera que no sea posible la existencia de inconsistencias en la ordenación de los estados de salud. Además, con estas modificaciones no se tienen grandes pérdidas en la capacidad de ajuste respecto de la evidencia empírica. Para eliminar las inconsistencias en la ordenación, se parte del mejor estado de salud (11111) y se busca qué variaciones respecto de este estado actúan negativamente sobre el valor del índice, y también, se asegura que los cambios producidos por un nivel 3 afecten siempre al valor del índice en mayor medida que los cambios producidos por un nivel 2. Para conseguir esto, presentamos un modelo cuyos parámetros de interés posean restricciones de signo, lo cual conseguimos imponiendo distribuciones Gamma en los coeficientes, y cuyas variables dependientes se han redefinido en unas nuevas dummies. Estas dos características del modelo garantizan la propiedad de consistencia lógica en la ordenación de los estados de salud, independientemente de la muestra analizada.

Por otro lado, el Grupo EuroQol se está planteando en los últimos años formas alternativas del instrumento EQ-5D, concernientes al incremento de 3 a 5 niveles en cada una de las 5 dimensiones y que tiene como objetivo incrementar la sensibilidad del instrumento. La segunda parte del tercer capítulo de la tesis trata uno de los problemas que surgen ante la incorporación de una nueva versión del EQ-5D. El problema reside en cómo aprovechar la gran cantidad de información existente del instrumento actual (EQ-5D con 3 niveles en cada dimensión). Para resolver este problema se ha empleado la metodología bayesiana y se ha conseguido un índice que valora los estados de salud a partir de la nueva versión del EQ-5D, y que es capaz de incorporar la información histórica de forma sencilla y natural.

Por último, en muchos estudios se aplican los valores de un índice de calidad de vida en zonas geográficas distintas a las que son objetivo de análisis por parte de los autores. La existencia de diferencias entre zonas geográficas en los índices de calidad de vida podría repercutir en sesgos en los análisis. En el cuarto capítulo se ha constatado la existencia de diferencias, no sólo en los estados de salud de los pacientes esquizofrénicos de cuatro áreas de salud mental, 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.

COSTES DEL PACIENTE DEMENTE EN EL MUNICIPIO DE OVIEDO

Ricardo Sanchis Cienfuegos-Jovellanos

Tesis doctoral defendida el 24 de febrero de 2006, en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Oviedo, dirigida por el Dr. Antonio Cueto Espinar y la Dra Adonina Tardon Garcia, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail rsanchis@idcsa.net.



Introducción

El trabajo se ha planteado como un estudio de coste de enfermedad, en una Comunidad Autónoma como Asturias, que tiene actualmente una de las tasas de envejecimiento más elevadas de España y Europa. Los objetivos generales del estudio han sido conocer inicialmente la prevalencia de demencia de la población mayor de 65 años residente en el Municipio de Oviedo y así poder determinar el coste de la enfermedad del paciente demente. Además, se buscaba conocer los componentes más significativos en el coste de la demencia. La recogida de datos se hizo entre los años 1999 y 2000 y la valoración económica se realizó con costes del año 2000. Los costes inicialmente recogidos en pesetas se transformaron en euros. Las dificultades de los estudios de coste de enfermedad se encuentran en la determinación de la prevalencia y la inclusión en el análisis de todos los costes posibles que afecten a la enfermedad.

Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre una muestra de población mayor de 65 años del municipio de Oviedo. El estudio de costes de la enfermedad se hizo por la comparación de dos poblaciones de las mismas características, una de personas sin demencia y otra de personas con demencia.

En una primera fase y mediante una entrevista guiada por un cuestionario compuesto de dos partes, se seleccionaron los sujetos con sospecha de demencia y se recogió información sobre el uso de recursos sanitarios y no sanitarios.

En una segunda fase se obtuvo la confirmación clínica del Diagnóstico de Demencia en aquellas personas que habían dado niveles de puntuación baja del test Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), que se había pasado en el cuestionario general, y se realizó la valoración económica de cada sujeto de la población a estudio, asignando un coste al consumo de recursos registrado en los cuestionarios.

Resultados

La muestra estuvo formada por 763 personas, con una edad media de 75,08 años, 50,98 mujeres y 49,02

hombres. Con respecto a la prevalencia de la demencia entre la población se obtuvo un ratio del 7,47%. Esta prevalencia tiene una relación con la edad aumentando con ella, desde una tasa del 2,05% en el grupo de 65 a 69 años hasta una tasa del 27,14% en el grupo de personas mayores de 85 años. En nuestro estudio la demencia de tipo Alzheimer ha sido la predominante, con un 73,68% de los casos, seguida de la vascular con un 14%. Es de resaltar el bajo nivel de personas que viven en residencia registrado en el trabajo, sólo el 2,1% de las personas de la muestra viven en una institución.

Cabe destacar el papel del cuidador informal, tanto desde el punto social como de los costes. El cuidador informal fue necesario en el 82,5% de los casos, en el grupo con demencia y en el 28,6 %, en el de no demencia, con una media de horas de cuidado semanal de 35,5 y 3,85 horas en cada grupo.

El coste medio anual obtenido por persona con demencia fue de 22.062 € (€ del año 2000), de los que el 68,1% corresponden a costes indirectos y el 31,9% a costes directos. Los costes directos e indirectos fueron respectivamente 3,4 y 10,6 veces mayores en el grupo de personas con demencia que en el grupo de personas sin demencia. El coste anual calculado según gravedad de la demencia estimada por la puntuación en el test MMSE fue de 11.778 € (gravedad leve; puntuación obtenida >18), 22.407 € (gravedad media; puntuación entre 12 y 18) y 38.808 € (gravedad alta; puntuación <12).

Conclusiones

Se confirma en el estudio que la Demencia es una enfermedad con altísimos costes sanitarios y sociales, mucho mayores que la media de la población mayor de 65 años. La mayor parte de estos costes no son pagados y corresponden al cuidador informal. La extrapolación de la prevalencia y los costes del paciente demente obtenidos en el estudio a toda Asturias supone unos 375 millones de € anuales, siendo en gran parte soportados por los familiares y amigos que ejercen de cuidadores. Existe una clara relación entre la frecuencia de la demencia y la edad. También se ha determinado que existe una relación de la gravedad de la enfermedad con mayores costes, siendo éstos en su mayor parte derivados de los cuidadores informales.

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

UN NUEVO MODELO PARA LA PROFESIÓN MÉDICA

Paola Beltrán Troncoso

Médico especialista en Cardiología. Máster en Salud Pública.

El desgaste profesional o “burnout”, considerado una respuesta al stress laboral crónico, afecta de forma creciente a diferentes profesiones. En la práctica médica sus consecuencias sobre la calidad de la atención y la eficiencia han sido objeto de estudio, evidenciándose la asociación entre satisfacción del médico y el grado de adherencia al tratamiento o satisfacción del paciente con la atención recibida.¹ En cuanto a la eficiencia se ha demostrado, por ejemplo, la asociación entre desgaste profesional y mayor gasto farmacéutico en los médicos de atención primaria.²

Cuando se piensa en causas, la metodología multinivel nos ayuda a resituar la importancia del contexto y el efecto de grupo como variables independientes. Por otra parte, la perspectiva histórica demuestra cómo la medicina vivió una verdadera edad de oro tras la II Guerra Mundial, siendo el desgaste profesional un tema que se comienza a tratar a partir de los años ochenta. Tanto el

enfoque analítico como el histórico nos llevan a pensar que los elementos relacionados de forma causal con la insatisfacción y desgaste en la práctica médica no son inherentes a la misma ni dependen de forma exclusiva del individuo y sus expectativas. Por el contrario, están determinados de manera importante por el contexto donde ésta se desarrolla y por las expectativas generadas en la sociedad, reconociendo la existencia de causas locales y universales. Las causas locales están vinculadas a las características organizativas de los sistemas sanitarios. Cuanto más centralizados y jerarquizados, mayor es su efecto despersonalizador y su capacidad transformadora del otrora “médico personal”, que mantenía una visión global del paciente y una distinción de individuo, en un “homo technologicus” vestido con un mono verde y un número de identificación.

La búsqueda del control a través de la inflación burocrática y normativa tiene riesgos de

irracionalidad. Una de sus manifestaciones es la coexistencia de visiones y objetivos contrapuestos dentro de la organización. Así, la calidad de la asistencia es abordada de forma antagónica por los diferentes actores. Por un lado la visión gerencial incorpora en su perspectiva los condicionantes políticos y económicos; por otro lado, la visión clínica se mantiene en la atalaya de la autonomía profesional y el altruismo docto. Los esfuerzos por incorporar la gestión a la clínica a través de la normalización de procesos, han encontrado resistencias en la modificación efectiva de las pautas de comportamiento del médico clínico, al no estar acompañados de la necesaria corresponsabilización de los profesionales. Por otra parte, la necesaria articulación de objetivos requiere a la vez hacer más clínica la gestión,³ siendo necesario evaluar y justificar a través de la evidencia las intervenciones en política sanitaria; y modificar un sistema de gobernabilidad unigierencial y de confianza política por órganos colegiados capaces

de proyectar sus objetivos más allá de un período electoral y con la necesaria vinculación entre poder de decisión y rendición de cuentas.

Más allá de las características particulares de los sistemas sanitarios, las expectativas exageradas que la sociedad alimenta sobre lo que la tecnología médica puede ofrecer y la relación de consumo que mantiene con la salud, constituyen causas universales. La salud como producto de consumo obtenido a través de la tecnología, de la cual el médico es un dispensador, deja fuera la propia voluntad y conciencia del paciente y disminuye las probabilidades de éxito terapéutico. El incumplimiento de estas expectativas generan en el médico insatisfacción y conciencia de su propio límite bajo estos condicionantes.

Aún cuando existen causas relativas a cada sistema sanitario y otras que involucran a las sociedades en su conjunto, el ejercicio de la medicina no tiene porqué ser rutinario o poco estimulante. El problema es cómo generar esos estímulos dentro de las organizaciones sanitarias, principalmente la individualización del médico como gestor de su propio éxito y la vinculación de la autonomía en la práctica médica a la responsabilidad y rendición de resultados. La estratificación de capacidades

y su correlación con diferentes grados de responsabilidad dentro de la organización mediante mecanismos de cribado meritocráticos resulta mucho más difícil de implementar, especialmente en sistemas tan burocratizados como el nuestro, que la mera igualación de requisitos mínimos de seguridad y contención de costes a través de procesos de normalización. Sin embargo, estos mecanismos corren el riesgo de convertir la leyenda de Procasto⁴ en una realidad y actúan como incentivo contrapuesto a la búsqueda de la excelencia.

La magnitud de los cambios que vivimos exige a los médicos, como a otras profesiones, la necesidad de adaptación. Un nuevo modelo de profesional requiere ir más allá de la clásica autonomía e independencia del conocimiento e incorporar en sus decisiones y valoraciones a diferentes agentes. El reformismo societal, para algunos autores el único reformismo posible en nuestro actual contexto de globalización,⁵ capacita a la sociedad civil organizada como principal instrumento de cambio y limita cada vez más la posibilidad de influencia del déspota ilustrado.

La interiorización por parte del médico de la dimensión económica y social de sus decisiones clínicas está en la clave del nuevo contrato social que requiere la medicina

como profesión para mantener su prestigio y peso dentro de la sociedad. Implica adaptarse a las nuevas exigencias incorporando en su ejercicio la capacitación creciente de los pacientes, la pérdida de la asimetría de la información y la reevaluación permanente del concepto de salud y enfermedad en un contexto de cambio tecnológico. Exige capacidad y voluntad de liderazgo, asumir nuevas responsabilidades y ser evaluado en aras de la transparencia y la competitividad. La contrapartida debería ser conservar autonomía, aumentar poder de negociación y en definitiva la recuperación de un papel activo en la configuración de la sociedad, y específicamente, en la definición de las necesidades y prioridades de los sistemas sanitarios.

¹ Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med* 2004; 350(1):69-75.

² Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de Atención Primaria. *Gac Sanit* 2003; 17(6): 483-9.

³ Ortún V. Claves de Gestión Clínica. En *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson, 2003.

⁴ Leyenda de la Grecia Clásica: "Procasto, hijo de Poseidón, era un monstruo que habitaba en las cercanías de Atenas y Eleusis. Tenía un lecho en el que obligaba a estirarse a sus huéspedes y que jamás tenía sus mismas proporciones. Si las piernas sobresalían, se las cortaba; si no llegaban, se las partía y estiraba hasta que llegasen. Así lograba que todos tuviesen igual altura". Grimal P. *La Mitología griega*. Barcelona: Paidós, 1991.

⁵ Vidal-Beneyto J. El destino del reformismo. *El País*. Sábado 14 de enero de 2006.



CARLOS HERNÁNZ

Como muchos de vosotros ya sabréis, Carlos Hernández falleció hace unos meses. Lo primero que viene a mi mente es la tristeza profunda que deja la ausencia de un amigo y compañero; y lo segundo, la satisfacción que tengo de haberle conocido y de haber compartido muchos días de trabajo juntos durante estos años.

Recuerdo cuando le conocí hace casi 20 años en Londres, los dos empezábamos nuestra andadura profesional y compartíamos ilusiones y ansiedades. Desde entonces su carrera estuvo llena de éxitos en el mundo sanitario y fuera de él. Algunos de vosotros recordaréis su paso en la Junta Directiva de AES, su entusiasmo y energía que nos

impregnaba a todos. Fue él quién me presentó a muchos de vosotros y me animó a asociarme a AES.

Desde aquí quisiera recordar tanto al Carlos profesional, médico, master en Economía de la Salud por la Universidad de York, un hombre de gran prestigio y éxito, en la actualidad Director Comercial de GlaxoSmithKline, como al Carlos, hijo, hermano, marido, padre de familia y amigo; todos los que hemos estado cerca de él recordaremos su sonrisa, su capacidad de ayudar, y de apoyarnos a todos.

Desde aquí creo que el mejor tributo que podemos darle en estos momentos es recordarle como era: brillante, educado, amable y sobre todo una buena persona.

Aurora Berra de Unamuno

próximas reuniones

Sección coordinada por Josep Fusté
(jfuste@catsalut.net)

6th EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

Lugar: Budapest. Fechas: 6 a 9 julio 2006
Información: <http://www.eche2006.com>

XI CONGRESO MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA

Lugar: Rio de Janeiro. Fechas: 21 a 25 agosto 2006
Información: <http://www.wfphacongress06.com/>

ISOQOL's 13th ANNUAL CONFERENCE (International Society For Quality Of Life Research)

Lugar: Lisboa. Fechas: 11 a 14 octubre 2006
Información: <http://www.isoqol.org>

XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Lugar: Toledo. Fechas: 24 a 27 octubre 2006
Información: <http://www.secalidad.org>

ISPOR 9th ANNUAL EUROPEAN CONGRESS (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research)

Lugar: Copenague. Fechas: 28 a 31 octubre 2006
Información: <http://www.ispor.org>

METHODOLOGICAL ISSUES IN MEASURING POPULATION HEALTH – XXIII INTERNATIONAL METHODOLOGY SYMPOSIUM

Lugar: Gatinau (Quebec-Canadá). Fechas: 1 a 3 noviembre 2006
Información: <http://www.statcan.ca/english/conferences/symposium2006/index.htm>

EUPHA ANNUAL CONFERENCE (European Public Health Association)

Lugar: Montreaux. Fechas: 16 a 18 noviembre 2006
Información: <http://www.eupha.org>

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

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

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

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