

Las diferencias de valor percibido en los usuarios de los servicios sanitarios bajo la perspectiva de la ganancia o de la pérdida del servicio.

Martín-Fernández J.
Ariza-Cardiel G.
Polentinos-Castro E.
Cura-González I.
Oliva Moreno J.
Peña Longobardo LM.
Gil-Lacruz AI.



Justificación

¿Es pertinente estudiar la percepción de valor del usuario de los servicios sanitarios?

- ✓ ¿Lo que no cuesta (no tiene precio en el momento de uso) no ofrece percepción de valor?
- ✓ ¿Han de incorporar las políticas sanitarias las preferencias sociales en salud?
- ✓ ¿Existen medidas formales (válidas y fiables) de las preferencias de los ciudadanos en salud?

Justificación

¿Tiene trascendencia la perspectiva de valoración (instauración o supresión de un servicio)?

- ✓ Cuando la perspectiva ofrece valores diferentes se hace difícil aplicar reglas de decisión en el ACB y en el ACE. Se asume que el coste aceptable para un AV(AC) ganado, debe ser igual al coste aceptable para perder un AV(AC) (O'Brien y cols, Health Econom. 2002-).
- ✓ Se sabe que la relación entre estas valoraciones varía en función del bien evaluado y es mayor en bienes considerados de “mayor categoría ética o moral”, como la salud (Whynes y Sach, Social Sci Med. 2007).
- ✓ Existen teorías de corte psicológico que, constatan que la utilidad de la pérdida es mayor que la utilidad de la ganancia (Prospect theory, Kahneman & Teversky, 1991).

Justificación

¿Existen herramientas para estudiar la percepción de valor de bienes no sujetos a mercado (sin precio)?

- ✓ El Método de la Valoración Contingente (MVC) asume que las preferencias de los individuos pueden interpretarse bajo la forma de una función de utilidad, donde dos estados (inicial y final) pueden ser comparados en términos de los cambios en la función de utilidad.
- ✓ Puede incluir los valores derivados de la consideración del producto como un bien de consumo y aquellos relacionados con la propia existencia del servicio (Borghesi, Health Econ. 2008).
- ✓ Asigna los valores mediante la revelación de la Disposición a Pagar (DAP) por el servicio recibido o la Disposición a ser Compensado (DAC) en caso de que no lo recibiera.

Objetivo

Estudiar la valoración de un servicio en salud bajo las perspectivas de la Disposición a Pagar (DAP) o a ser Compensado (DAC) y analizar cómo influyen variables personales, de percepción de riesgo y del servicio, en las diferencias entre ambas valoraciones.

Métodos

Diseño

- ✓ Servicio evaluado: consulta enfermera.
- ✓ Estudio de evaluación económica, utilizando el método de valoración contingente, para estimar la DAP y la DAC.
- ✓ La medida monetaria de la variación en la utilidad comunicada se refirió a un marco de variación compensatoria (compensación requerida para que tras el cambio se mantenga la utilidad) de la clasificación propuesta por O'Brien y Gafni (1996).
- ✓ Encuesta diseñada ad hoc y pilotada en 20 pacientes y 10 profesionales.

Métodos

Escenarios

✓ DAP: “Suponga que usted tiene una necesidad de salud similar a la que le ha traído hoy a la consulta y tiene que ser atendido por la misma enfermera que lo ha recibido hoy, pero tiene que pagar esa atención directamente, ¿cuánto dinero estaría dispuesto a pagar por esta consulta?”.

✓ DAC: “[...]se ha decidido que no se va a volver a prestar el servicio como hasta ahora [sistema público de salud, acceso libre] y que el ciudadano recibirá un cheque para compensar la pérdida por el servicio. ¿Cuál sería la mínima cantidad que exigiría recibir para no sentirse perjudicado por la pérdida de este servicio concreto?”.

Métodos

Pago: Dinero propio, cartón de pago (“open ended”)

✓ < 20 €

✓ ≥ 20 € y < 40 €

✓ ≥ 40 €

✓ 0 €

✓ 5 €

✓ 10 €

✓ 15 €

✓ 20 €

✓ 25 €

✓ 30 €

✓ 35 €

✓ 40 €

✓ 45 €

✓ 50 €

✓ 55 €

✓ 60 €

✓ > 60 €

Métodos

Sujetos de estudio

- ✓ Personas que acudieron a la consulta enfermera mayores de 18 años, que entendían el castellano correctamente, con experiencia de intercambio de bienes en condiciones de mercado para poder comprender los escenarios planteados, y que dieron su consentimiento escrito a ser entrevistado.
- ✓ Se seleccionaron por muestreo de conveniencia 23 centros de 6 de las 7 divisiones sanitarias de la CM, 6 rurales y 17 urbanos, 12 de zonas de rentas altas y 11 de zonas de rentas bajas.
- ✓ Dentro de cada centro la selección de sujetos se realizó mediante muestreo sistemático sobre la agenda de citación.

Métodos

Sujetos de estudio



Métodos

Variables

- ✓ La variable independiente principal la actitud ante el riesgo:
 - ✓ “Subjetiva”: Escala Likert 1-10.
 - ✓ “Objetiva”: mediante dos juegos de loterías:
 - ✓ L1: Ganancias máximas 200€, no pérdidas.
 - ✓ L2: Ganancia máxima 200€ vs pérdida potencial de 40€.
- ✓ Se clasificaron como “propensos al riesgo” los que ofrecían puntuaciones en la escala Likert por encima de la mediana (> 5) o a aquellos que elegían opciones en la lotería con valores esperados iguales o inferiores a los valores seguros.



Métodos

Variables



Métodos

Variables

- ✓ Características del centro: rural o urbano.
- ✓ Características demográficas: edad, sexo y nacionalidad.
- ✓ Sociales: “clase social” en una clasificación de 6 categorías (Domingo Salvany et al 1989), la renta familiar en miles de euros ajustada, y nivel estudios (CINE 97).
- ✓ Necesidad en salud y uso de servicios: existencia de patologías crónicas, ingresos hospitalarios en el último año y la percepción del estado de salud medido con el EuroQol-5D (Herdman y cols 2001).
- ✓ También se preguntó por la existencia de otros aseguramientos.
- ✓ Para evaluar la satisfacción con el servicio se utilizó un cuestionario validado en nuestro entorno (Fernández-San Martín y cols 2008).

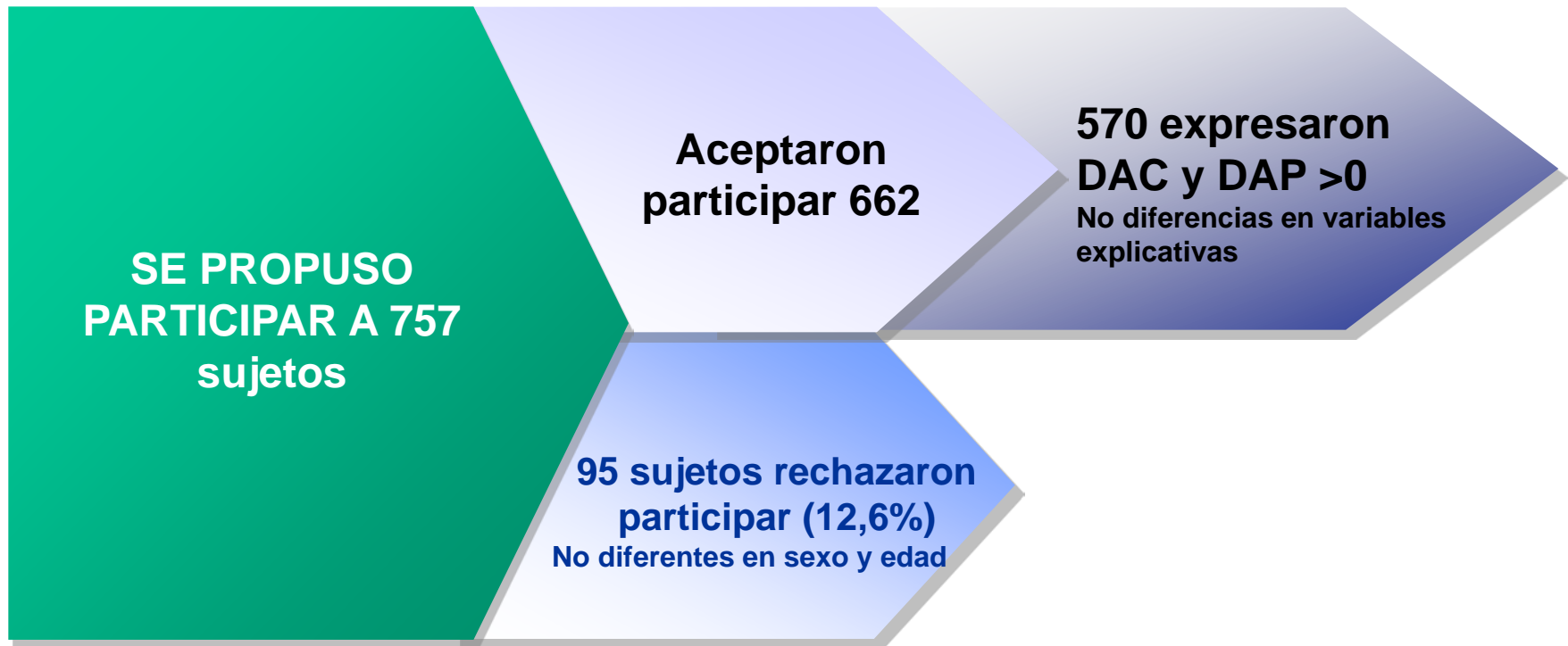
Métodos

Análisis

- ✓ Análisis descriptivo se expresa con las medidas de tendencia central y de dispersión y por sus intervalos de confianza del 95%.
- ✓ El análisis de la validez de la respuesta se ha realizado construyendo un modelo explicativo (MLG, función de enlace gamma, errores estandarizados robustos), cuya variable dependiente es la ratio DAC/DAP.
- ✓ Los modelos presentados se seleccionaron de entre todos los posibles por su encaje en el modelo teórico, por la capacidad de ajuste y por el principio de parsimonia.

Resultados

Sujetos incluidos



Resultados

Características de los sujetos estudiados

- ✓ Mujeres: 60,0%.
- ✓ Edad media: 65,3 años (DS 16,6).
- ✓ Españoles: 94,7%.
- ✓ Utilidades: 0,68 (DS 0,28).
- ✓ Estudios superiores: 14,0%; Sin estudios: 24,5%.
- ✓ Grupo social I: 9,0%; Grupo social V: 17,0%.
- ✓ Renta familiar ajustada: 875,8€ (DS 515,0).
- ✓ Satisfacción con servicio (escala 1-5): 4,9 (DS 0,42).

Resultados

DAP y DAC expresadas

	Media (IC95%)	Percentil 10	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Percentil 90
DAP (€)	16,40 (15,16- 17,63)	5	5	10	20	35
DAC (€)	21,33 (19,93- 22,74)	5	10	20	30	40
Ratio DAC/DAP	1,67 (1,54- 1,79)	1	1	1	1,5	3

Resultados

Ratio DAC/DAP: Modelo explicativo 1

Variable	Coeficiente	P	IC 95%
Propensión riesgo (declarada)	-0,17	0,04	-0,33- -0,01
No estudios vs primarios	0,34	0,01	0,09- 0,61
Estudios superiores vs primarios	-0,32	0,01	-0,56- -0,08
Español vs extranjero	-0,74	0,04	-1,44- -0,03
Utilidades	-0,20	0,19	-0,51- 0,10
Satisfacción (escala 1-5)	0,25	<0,01	0,16- 0,33

Resultados

Ratio DAC/DAP: Modelo explicativo 2

Variable	Coeficiente	P	IC 95%
Propensión riesgo (loterías)	0,01	0,93	-0,24- 0,25
No estudios vs primarios	0,36	0,01	0,09- 0,63
Estudios superiores vs primarios	-0,32	0,01	-0,56- -0,07
Español vs extranjero	-0,79	0,04	-1,54- -0,05
Utilidades	-0,20	0,16	-0,50- 0,08
Satisfacción (escala 1-5)	0,23	<0,01	0,15- 0,32

Resultados

Ratio DAC/DAP: Modelo explicativo 3

Variable	Coeficiente	P	IC 95%
Propensión riesgo (declarada)	-0,18	0,04	-0,35- -0,01
Grupo social II vs grupo social I	0,40	0,02	0,08- 0,73
Grupo social V vs grupo social I	0,91	<0,01	0,57- 1,25
Español vs extranjero	-0,65	0,15	-1,52- 0,23
Utilidades	-0,27	0,02	-0,51- -0,05
Satisfacción (escala 1-5)	0,28	<0,01	0,18- 0,38

Discusión

Los resultados

- ✓ Se confirma la tendencia a una ratio $DAC/DAP > 1$.
- ✓ La propensión al riesgo declarada se asocia con una disminución de la ratio DAC/DAP de un 17%. Este efecto no se ha visto demostrado en la propensión al riesgo estudiada a través de loterías.
- ✓ Los usuarios con mayor nivel de estudios expresan una DAC más similar a la DAP. El grupo social ajusta en los modelos de manera similar.
- ✓ Los pacientes extranjeros y los que tienen una mayor satisfacción con el servicio expresan un “gap” más amplio entre la DAC y la DAP.
- ✓ La asociación entre la necesidad en salud y la ratio DAC/DAP tiende a ser positiva (a mayor necesidad aumenta la ratio), pero solo se explicita cuando se ajusta por grupo social.

Discusión

Teorías explicativas

- ✓ Las diferencias entre la DAC y la DAP por el mismo bien se habían explicado desde la teoría económica desde la incapacidad para el pago, aunque el “income effect” parece una explicación insuficiente (Horowitz & McConnell, J Environ Econ Manage.,2002).
- ✓ La incapacidad para encontrar bienes sustitutos (Shogren JF et al Am Econ Rev 1994), o la incertidumbre sobre el bien evaluado (Zhao J et al, Econ Lett 2001), pueden ser causa de la disparidad DAC/DAP.
- ✓ La falta de experiencia de mercado para el bien se contempló como explicación del aumento de la DAC/DAP (List JA, Am Econ Rev. 2011).
- ✓ Desde el campo de la psicología estas diferencias se tratan de explicar como una resistencia a la pérdida (Tversky A & Kahneman D, Q J Econ. 1991).

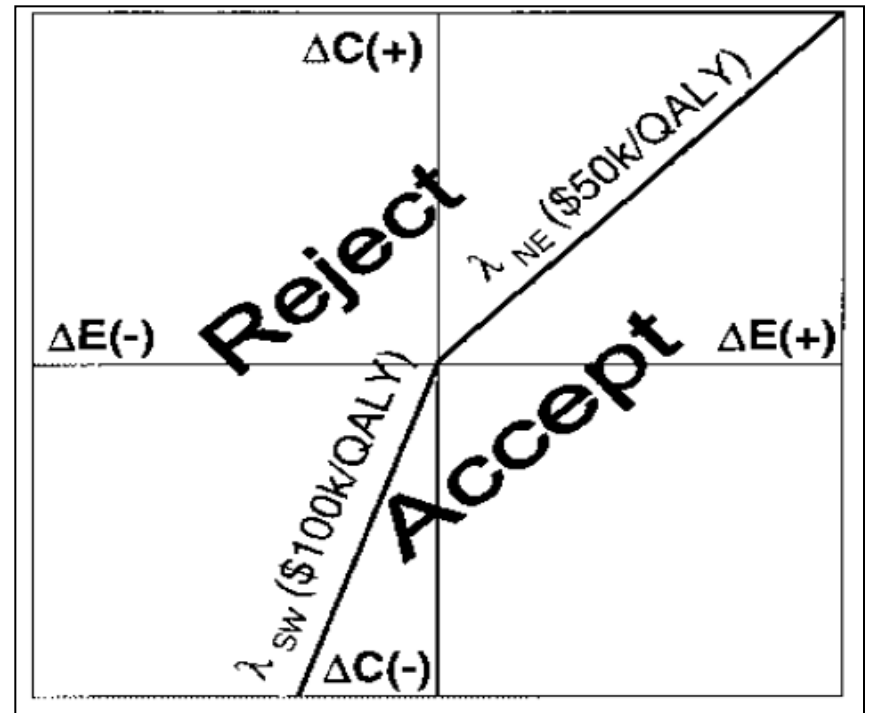
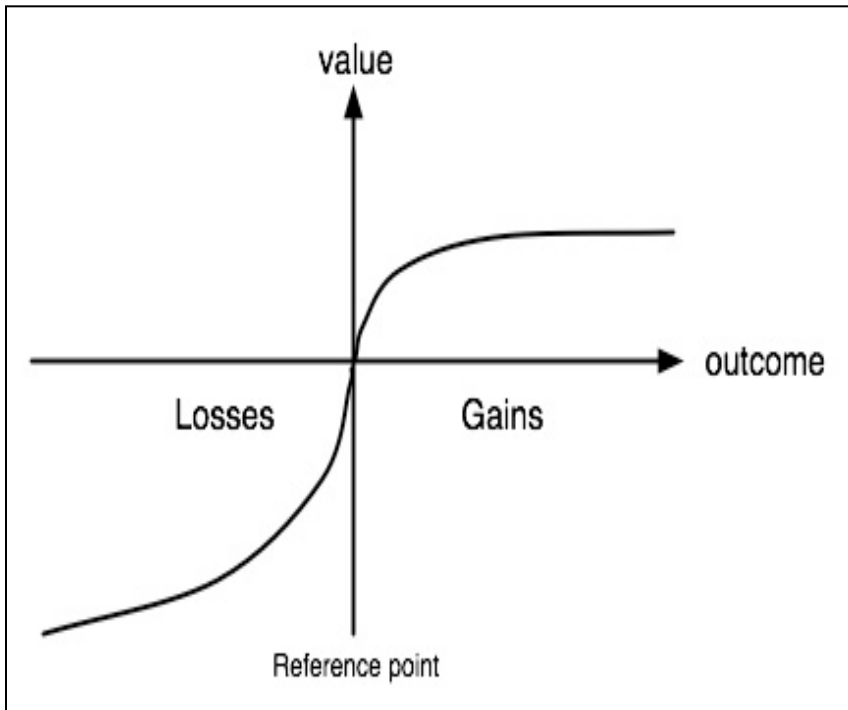
Discusión

Los resultados en el marco teórico

- ✓ La capacidad económica se relaciona con la ratio DAC/DAP.
- ✓ Las personas con menos experiencia de mercado (¿estudios primarios, grupos sociales desfavorecidos?) expresan una mayor ratio DAC/DAP.
- ✓ Los que encuentran el bien evaluado menos sustituible, o quizá encuentren mayor incertidumbre sobre su sustitución (tienen una mayor satisfacción, o mayor necesidad, los inmigrantes) expresan una mayor ratio DAC/DAP.
- ✓ La aversión al riesgo tiene un papel explicando las diferencias DAC/DAP. Parece confirmarse que las utilidades de las pérdidas son mayores que las de las ganancias equivalentes.

Discusión

Implicaciones del estudio



Discusión

Limitaciones

- ✓ No podemos descartar la presencia de un posible sesgo estratégico.
- ✓ Tasa de respuestas cero, los “cero protesta”.
- ✓ Posible sesgo de la ratio DAC/DAP hacia la unidad.
- ✓ Evalúa la prestación puntual del servicio, y no su disfrute continuado, no se ha podido establecer la relación de la ratio DAC/DAP con la intensidad de uso del servicio, el denominado “scope effect”.
- ✓ Perspectiva “ex –post”, los sujetos habían necesitado y utilizado el servicio evaluado, no se expresa valor de “no uso”, pero incrementa el conocimiento del producto y disminuye el denominado “sesgo hipotético”.

Conclusiones

- ✓ Los sujetos valoran de diferente forma ganancias o pérdidas en servicios sanitarios.
- ✓ La ratio DAC/DAP por estos servicios puede expresar diferente aceptación de la pérdida.
- ✓ El valor de la ratio DAC/DAP aumenta en sujetos desfavorecidos socialmente y disminuye en “propensos al riesgo”.

Las diferencias de valor percibido en los usuarios de los servicios sanitarios bajo la perspectiva de la ganancia o de la pérdida del servicio.

Martín-Fernández J.
Ariza-Cardiel G.
Polentinos-Castro E.
Cura-González I.
Oliva Moreno J.
Peña Longobardo LM.
Gil-Lacruz AI.

