



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

Titulo

Elasticidad a la renta del intervencionismo coronario percutáneo en España

Autores

Pablo Lázaro, Kathy Fitch, José Ignacio Méndez. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid.

Autor Responsable

Pablo Lázaro y de Mercado

Palabras Clave

Intervencionismo coronario, elasticidad, renta.

Introducción

El intervencionismo coronario percutáneo (ICP) consiste en dilatar las arterias coronarias en pacientes que tienen enfermedad coronaria. El ICP suele realizarse mediante la implantación de stents, y en los últimos años con stents liberadores de fármacos, más eficaces pero también más caros (el doble) que un stent convencional. En España, se hicieron 950 procedimientos de ICP por millón de habitantes (pmh) en 2003, un 14% más que en 2002. La utilización de stents liberadores de fármacos pasó del 4% en 2002 al 20% en 2003. Estos incrementos se producen sin que disminuya su coste y sin que aumente la prevalencia de cardiopatía isquémica, a la vez que aumenta el producto interior bruto per cápita (PIBpc) en España.

Objetivo

Explorar la elasticidad a la renta del ICP en España.

Metodos

Se define elasticidad a la renta (E) del ICP en España como la variación en el porcentaje de procedimientos de ICPpmh por cada 1% que aumenta el PIBpc. Se ha calculado la E longitudinal (EL) y la E transversal (ET). La EL se refiere a los cambios en el periodo 1994-2003, calculado mediante la fórmula $EL = \frac{\Delta ICPpmh}{DPIBpc}$. La ET se refiere a las diferencias entre Comunidades Autónomas (CCAA) en 2003. Como no necesariamente la CA más pobre es la que menos ICP realiza, se ha estandarizado el PIBpc y la tasa de ICPpmh asignando el valor 100 al valor más bajo. Por la misma razón, se ha calculado la ET mediante un modelo de regresión lineal en el que la variable dependiente es el ICPpmh y la variable independiente el PIBpc de cada CA. De esta manera, el coeficiente de la variable independiente es la ET. Previamente se realizó un modelo de regresión múltiple que confirmó que el ICP se asocia con el PIBpc de cada CA, pero no con la incidencia de infartos ni con la tasa general de desplazamiento de pacientes entre CCAA. Fuentes de datos: PIBpc: INE; ICPpmh: Sociedad Española de Cardiología; tasa de desplazamiento de



ECONOMÍA DE LA SALUD ¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Barcelona, 13-15 de julio 2005

pacientes entre CCAA, e incidencia de infartos: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Resultados

La EL en el periodo 1994-2003 ha sido de 10,2, siendo máxima (37,3) entre el año 2002-2003 y mínima (2,0) entre el año 1997-1998. Se observa una tendencia al crecimiento de la EL: en el periodo 1994-1999 fue de 6,3, mientras que en 1999-2003 fue de 11,3. La ET fue 0,61 (IC95%: 0,1 - 1,1; $p=0,02$). La ET no se modifica después de ajustar por la incidencia de infarto en cada CCAA ni por la tasa general de desplazamientos de pacientes entre CCAA.

Conclusiones

Según la EL, el ICP se comporta en España como un bien superior, lo que podría sugerir que la satisfacción de la necesidad de revascularización coronaria no está satisfecha a nivel nacional y que se satisface mejor cuanto más mejora la renta española. Según la ET, el ICP se comporta en España como un bien normal, lo que podría sugerir desigualdades entre CCAA. En un sistema equitativo la tasa de ICP debería ser inelástica a la renta y elástica a la carga de enfermedad.