

Distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del año 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC

Ramón Gisbert^{a,b} / Max Brosa^b / Lluís Bohigas^c

^aUniversitat de Vic, Vic, Barcelona, España; ^bOblisque Consulting, S. L.; ^cDepartament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

(Distribution of the public healthcare budget of Catalonia [Spain] for 2005 among the 17 ICD-9-CM categories)

Resumen

Objetivos: La distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña del año 2005 entre las 17 categorías CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica).

Material y método: La metodología consta de 2 fases: una primera fase en la que se realiza una distribución del presupuesto global por tipo de atención sanitaria (atención hospitalaria, ambulatoria o farmacológica), y una segunda fase en que se distribuye el gasto por tipo de atención entre las categorías CIE-9-MC. Para esta distribución se utilizan, en la primera fase, informaciones que permitan asignar las diferentes partidas del presupuesto a los distintos tipos de atención. Por lo que respecta a la distribución por categorías, se utilizan diferentes elementos según el tipo de atención, la estancia hospitalaria, la visita ambulatoria o el consumo por subgrupo terapéutico.

Resultados: El presupuesto se divide de la forma siguiente: un 46,6% corresponde a la atención especializada, un 27,5% a la atención farmacológica, un 20% a la atención primaria y un 5,9% queda sin distribuir. De las 17 categorías, la que representa el porcentaje mayor (17,3%) es la que corresponde a las enfermedades del aparato circulatorio (VII). En segundo lugar, aparece la categoría VIII «enfermedades del aparato respiratorio», que alcanza un 10,9%. El presupuesto se concentra en 5 categorías, las 2 anteriores más V «trastornos mentales» (9,4%), II «tumores» (9,1%) y IX «trastornos del aparato digestivo» (7,7%), que representan el 54,4% del presupuesto total. La composición interna para cada categoría presenta variaciones muy notorias.

Conclusión: La distribución del presupuesto aporta un punto de referencia para la planificación y la gestión sanitarias.

Palabras clave: Presupuesto sanitario. Coste enfermedad. Categoría CIE-9-MC.

Abstract

Objectives: To describe the distribution of the Catalan public healthcare budget for 2005 among the 17 ICD-9-CM (International Classification of Diseases, Ninth revision, clinical modification) categories.

Material and method: The methodology comprised 2 phases: an initial phase in which the global budget was distributed by type of healthcare (hospital, outpatient or pharmacological care), and a second phase in which the expenditure was distributed by the type of care among the ICD-9-CM categories. In the first phase, this distribution was based on information enabling the various budget items to be assigned to the different types of care. Various elements were used for the distribution by categories, depending on each type of care: hospital stay, outpatient visit or consumption by therapeutic subgroup.

Results: Distribution of the budget was as follows: 46.6% for specialized care, 27.5% for pharmacological care, and 20.0% for primary care; 5.9% was not distributed. Of the 17 categories, that accounting for the largest percentage (17.3%) was «diseases of the circulatory system» (VII), followed by category VIII, «diseases of the respiratory system» which totaled 10.9%. The budget was concentrated in 5 categories, the 2 mentioned above plus category V «mental disorders» (9.4%), category II «tumors» (9.1%) and category IX «disorders of the digestive system» (7.7%), which accounted for 54.4% of the total budget. The internal composition of each category showed major variations.

Conclusion: The distribution of the budget offers a point of reference for health planning and management.

Key words: Health budget. Disease cost. ICD-9-CM category.

Correspondencia: Ramón Gisbert Gelonch. Figols, 19-21. 08028 Barcelona. España. Correo electrónico: ramon.gisbert@uvic.es

Recibido: 7 de febrero de 2006.

Aceptado: 6 de octubre de 2006.

Introducción

En el ámbito de la administración de las organizaciones, se considera que para poder analizar un fenómeno económico es necesario subdividir, cuanto sea posible, las cifras globales con el fin de conocer los efectos de diferentes elementos

sobre esas cifras. En el ámbito sanitario este asunto se ha tratado desde el punto de vista del gasto a base de presupuestos y posteriores controles presupuestarios con detalles exhaustivos de las partidas en las que se ha gastado ese presupuesto. Ese detalle se ha dirigido siempre (o casi siempre) hacia la respuesta a una pregunta del tipo ¿a quién le hemos pagado? Lo que pretendemos ahora es incorporar información acerca de qué hemos hecho y en qué enfermedades se ha producido el gasto.

Para dar respuesta a este tipo de cuestiones es preciso desagregar el gasto sanitario de forma que se puedan alcanzar niveles en los que la relación entre actividad y gasto sea más fácil de establecer.

En principio, un análisis del gasto sanitario que permita conocer lo que corresponde a cada uno de los grandes grupos de enfermedades facilita, por ejemplo, calcular el peso relativo de cada una de ellas con respecto al total. Y ese peso relativo puede utilizarse como criterio para priorizar actuaciones dirigidas a estudiar la eficiencia de las intervenciones existentes en dicha área. Naturalmente, no estamos indicando que ése deba ser el criterio principal o único, pero no es menos cierto que este tipo de información puede contribuir a una mejor gestión. Otro resultado que pueden proporcionar los análisis del gasto desagregado es el de facilitar información que permita superar ideas poco realistas con respecto al destino de los fondos aplicados por el sistema sanitario.

No obstante, en el ámbito de la economía de la salud hay un debate abierto con respecto a la utilidad de estos enfoques. También es cierto que en muchas ocasiones se confunden los conceptos de «coste de la enfermedad» relacionado con una enfermedad concreta, que evidentemente no es muy significativo si no cuenta con bases comparativas, tanto absolutas como relativas, con ese mismo término aplicado a un ámbito geográfico, un país, una comunidad o incluso un continente. En este último caso, el término se refiere a todos los aspectos relacionados con la enfermedad, pero no con una en concreto, sino todas ellas.

Calcular el coste de una enfermedad para producir un impacto mediático en la sociedad no tiene valor para la gestión eficiente del sistema sanitario. Sin embargo, analizar el coste asociado con el manejo de una enfermedad es un primer paso ineludible para la estimación del impacto económico, en términos de coste-efectividad y coste-beneficio de intervenciones alternativas.

Esta controversia no es nueva y en la literatura médica pueden hallarse opiniones que defienden este tipo de trabajos¹⁻⁵, frente a ataques en toda regla⁶⁻⁸.

Koopmanshap⁹, que realizó una revisión de varios trabajos sobre el coste de la enfermedad, llegó a la conclusión de que los estudios de carácter general (Holanda, Reino Unido, Canadá y Australia; gasto por ca-

tegoría CIE-9-MC [Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica]) suministraban una información relevante, ya que permitían la comparación del peso relativo de cada categoría con respecto al gasto total sanitario.

En esta misma línea, creemos que la utilidad para la gestión y la planificación sanitarias de este tipo de estudios es más que probable. Ésta es la razón por la que se ha planteado la realización de este estudio. En este caso, además, al tratarse de la distribución de un presupuesto sanitario público consideramos que se incorpora un elemento de transparencia al indicar en qué categorías de enfermedades está previsto que se utilice.

Este trabajo se planteó como objetivo la distribución del presupuesto sanitario público de Cataluña entre las 17 categorías CIE-9-MC.

Material y métodos

La metodología que se utiliza en este estudio es la que se muestra de forma esquemática en la figura 1.

Se trata de un enfoque que se conoce como *top down*, ya que, de hecho, lo que hace es seguir un camino que transcurre desde arriba hacia abajo. Esta metodología parte de una cifra global que incluye todos los elementos, en este caso el presupuesto, y lo que se plantea es hallar caminos que permitan distribuirlo en diferentes partes de forma que pueda ser estudiado según las enfermedades atendidas.

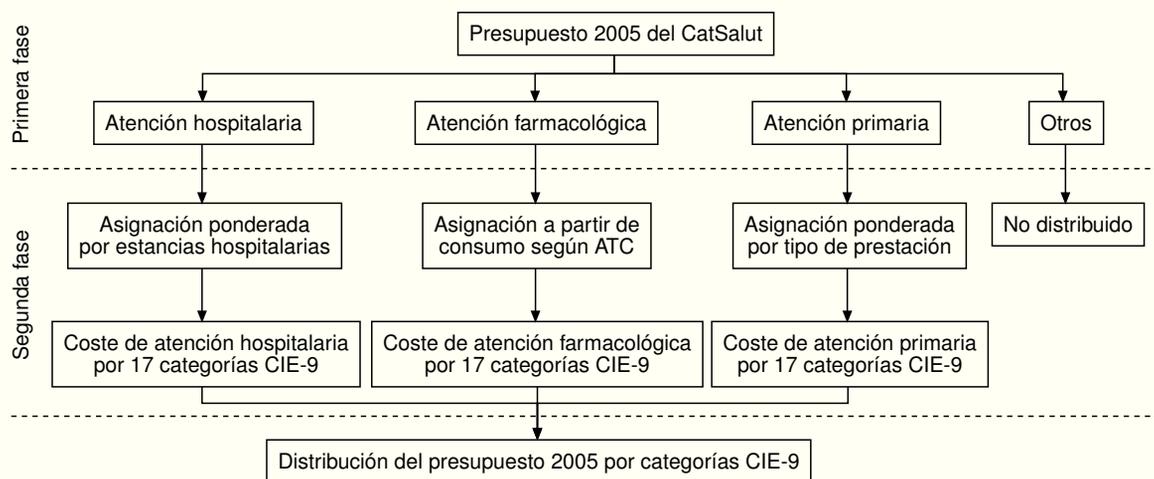
En la metodología utilizada pueden observarse 2 fases o niveles claramente diferenciados y que, además, desde el punto de vista metodológico, operan de una forma totalmente distinta. Por una parte, en la primera fase o nivel, lo que se pretende es conseguir desagregar el presupuesto total en los diferentes tipos de atención sanitaria; por otra, lo que interesa en la segunda fase es descender desde este nivel al de las 17 categorías CIE-9-MC.

Distribución del presupuesto por tipo de asistencia

En esta fase o nivel, se parte de los diferentes conceptos en que se presenta el presupuesto total Cat-Salut/ICS (tabla 1). Esos conceptos, las diferentes líneas de servicios, son los que se asignarán, totalmente o en parte, a las diferentes áreas de atención sanitaria: atención especializada, atención primaria, atención farmacológica y otros.

La atención especializada abarca todo el presupuesto relacionado con la actividad hospitalaria, ya sea desde un punto de vista general (lo que se conoce habitualmente como gasto asociado a los enfermos agu-

Figura 1. Metodología en 2 fases de la distribución del presupuesto sanitario.



ATC: sistema de clasificación de sustancias farmacéuticas para uso humano (Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System) CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión.

Tabla 1. Presupuesto 2005 por líneas de servicios consolidados (CatSalut/ICS) (euros × 1.000)

Equipos de atención primaria	1.103.489
Otros servicios de primaria	253.776
Atención a la insuficiencia renal	74.321
Farmacia	1.670.943
Prestaciones complementarias	43.856
Agudos	2.857.436
MHDA	390.292
Programa "Vida a los años"	222.004
Salud mental	207.413
Administración	118.595
Inversiones	146.071
Total	7.088.195

MHDA: medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria.
Fuente: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

dos), como desde una óptica más específica, que se relaciona con los programas relacionados con la salud mental y con las atenciones sociosanitarias. La atención a la insuficiencia renal también se incluye en esta categoría.

Por lo que respecta a la atención primaria, se integran en ella las líneas de servicios que le son propias, los equipos de atención primaria y otros servicios de este nivel asistencial, así como las partes de programas específicos (p. ej., la salud mental) que se consideren apropiados. También dentro de este apartado se incluye la línea «prestaciones complementarias», que recoge conceptos como las prótesis y también gastos de desplazamientos de pacientes.

La atención farmacológica incluye la línea «farmacia», así como la que corresponde a medicamentos hos-

pitalarios de dispensación ambulatoria (MHDA). Los medicamentos utilizados en los hospitales se incorporan a la atención especializada.

Finalmente, el apartado «otros», se nutre de las líneas correspondientes a «administración e inversiones».

Distribución por categoría CIE-9-MC

A continuación se describe el método utilizado en cada una de las diferentes áreas. Los instrumentos utilizados para lograr la desagregación son diferentes, así como también lo es la información disponible para realizar dicho proceso. Ésta es la razón que aconseja tratar cada uno de los procesos por separado.

Distribución de la atención especializada

1. Por lo que respecta a la atención a la insuficiencia renal, se asigna totalmente a la categoría X «enfermedades del aparato genitourinario».

2. La parte correspondiente a la atención hospitalaria del programa «salud mental» se incorpora a la categoría V «trastornos mentales».

3. La distribución de la línea «agudos» se lleva a cabo a partir de la información suministrada por los responsables del conjunto mínimo básico de datos (CMBD), altas ponderadas por pesos. Es decir, la distribución se realiza mediante la casuística ponderada por su valor en pesos de los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).

4. La atención sociosanitaria se distribuye partiendo de la información siguiente:

- La distribución por procesos atendidos en el ámbito de la atención sociosanitaria en el año 2003¹⁰.
- La asignación de recursos sociosanitarios en el ejercicio 2004 (larga estancia, convalecencia, hospital de día, curas paliativas, etc.).
- Las estancias producidas por las diferentes categorías a partir de la información contenida en el CMBD¹⁰.

Combinando estos elementos, alguna información adicional de distribución interna¹¹ y la obligada realización de algunos supuestos acerca de la estancia media de los procesos no terminados se consigue distribuir el 60% del programa aproximadamente. Para la distribución del resto ha sido necesario realizar algunos supuestos adicionales con respecto a la distribución del porcentaje de procesos agrupados en la categoría «otros».

Distribución de la atención primaria

La línea de las prestaciones complementarias no se distribuye entre las categorías CIE-9-MC porque no se dispone de información suficiente que permita afrontarla.

Por lo que respecta a la atención primaria del programa «salud mental», ésta se incorpora íntegramente a la categoría V «trastornos mentales».

Para la distribución de las líneas «equipos de atención primaria» y «otros servicios de primaria», se utiliza como base de la distribución el porcentaje de visitas correspondiente a cada categoría¹² ponderado por la utilización de los servicios de laboratorio y radiología¹³⁻¹⁵. Los factores de ponderación utilizados han sido 1 para las visitas, 1,5 para las solicitudes de laboratorio y 2 para la radiología.

Distribución de la atención farmacológica

Para distribuir la partida «farmacia» se parte del gasto financiado en el año 2004 por grupo y subgrupo terapéutico. El problema que se plantea es que la información sobre consumo farmacéutico sigue la clasificación anatómico-terapéutica y no coincide con las categorías de la CIE-9-MC. Esta situación se supera gracias a que, en algunos casos, se puede deducir claramente una correspondencia y en el resto, mediante la utilización de los subgrupos terapéuticos, se puede alcanzar una distribución de más del 90% del total.

Este método, aparte de los diferentes supuestos que se utilizan para la distribución entre categorías, asume que el consumo de medicamentos se realiza en función de la indicación principal y esto, evidentemente,

introduce un sesgo cuyo alcance desconocemos. Cuando un paciente diabético consume productos para el control de la hipertensión o un antidepresivo, el coste de dichos productos se asigna a las categorías VII o V, pero no a la que realmente pertenece el paciente, que es la III.

La distribución de la línea MHDA se realiza utilizando para cada fármaco el mismo porcentaje observado en el año 2004. Cada línea de productos se asignará a una categoría: antirretrovirales a la categoría I, citostáticos a la II, interferón beta a la VI y eritropoyetina a la X.

Resultados

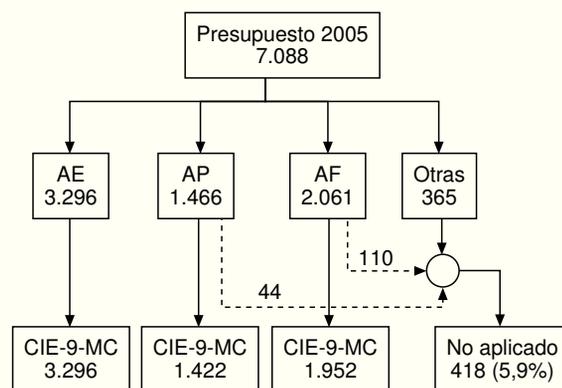
El elemento inicial es el presupuesto del CatSalut para el año 2005 desglosado en sus diferentes líneas de actuación (tabla 1).

Desde este punto de partida, y tras aplicar la primera parte de la metodología, se alcanza una primera distribución por tipo de atención (fig. 2).

Los resultados, reflejados en la figura 2, indican que el presupuesto se distribuye aplicando casi la mitad de los recursos a la atención especializada (el 46,6%), con un peso notable a la atención farmacológica (el 27,5%) y, en tercer lugar, la atención primaria (el 20%). Queda sin distribuir un 5,9% que corresponde a partidas, como las prestaciones complementarias, o el apartado «otros medicamentos» correspondiente a la línea MHDA, los gastos de administración y las inversiones.

La segunda fase implica pasar del tipo de atención a cada una de las diferentes categorías CIE-9-MC uti-

Figura 2. La distribución del presupuesto 2005 (millones de euros).



AE: atención especializada; AF: atención farmacológica; AP: atención primaria; CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica.

Tabla 2. Presupuesto CatSalut 2005 por categoría CIE-9-MC (euros × 1.000)

CatSalut CIE-9	AE	AP	AF	Total	AE	AP	AF	Total
	Miles de euros				%	% sobre la categoría		
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	46.646	55.526	144.817	246.989	3,7	18,9	22,5	100
II. Tumores	414.183	22.716	172.322	609.221	9,1	68	3,7	100
III. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	47.710	101.839	106.713	256.263	3,8	18,6	39,7	100
IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	23.305	13.750	79.369	116.424	1,7	20	11,8	100
V. Trastornos mentales	228.288	144.251	253.382	625.921	9,4	36,5	23	100
VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	228.042	70.367	131.529	429.938	6,4	53	16,4	100
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	551.738	219.384	383.236	1.154.358	17,3	47,8	19	100
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	303.566	252.248	174.470	730.285	10,9	41,6	34,5	100
IX. Enfermedades del aparato digestivo	327.081	83.297	102.052	512.430	7,7	63,8	16,3	100
X. Enfermedades del aparato genitourinario	250.721	62.504	85.185	398.410	6,0	62,9	15,7	100
XI. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	128.332	4.542	41.953	174.827	2,6	73,4	2,6	100
XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	40.271	52.685	27.469	120.425	1,8	33,4	43,7	100
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	201.068	160.348	100.387	461.803	6,9	43,5	34,7	100
XIV. Anomalías congénitas	29.978	1.371	1.498	32.848	0,5	91,3	4,2	100
XV. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	73.449	17	666	74.132	1,1	99,1	0	100
XVI. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	108.051	117.281	88.234	313.566	4,7	34,5	37,4	100
XVII. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	293.617	60.263	58.268	412.148	6,2	71,2	14,6	100
Total	3.296.046	1.422.393	1.951.550	6.669.988	100	49,4	21,3	100

AE: atención especializada; AF: atención farmacológica; AP: atención primaria; CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica.

lizando la metodología anteriormente descrita y el resultado es el que aparece en la tabla 2.

De la información obtenida (tabla 2 y fig. 3) se desprende que el presupuesto se concentra en un grupo de categorías –VII «trastornos del aparato circulatorio», VIII «trastornos del aparato respiratorio», V «trastornos mentales», II «tumores» y IX «trastornos del aparato digestivo»–, que totalizan un 54,4% del total. Otro grupo de cuatro categorías –XIII «enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo», VI «enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos», XVII «lesiones y envenenamientos» y X «trastornos del aparato genitourinario»– aparecen con porcentajes entre el 6 y el 7% y, en conjunto, representan el 25,5% del total del presupuesto. Por tanto, las 9 categorías citadas disponen casi del 80% del presupuesto, quedando para las 8 restantes el 20%.

Otra cuestión que se pone de manifiesto (tabla 2) es la diferente utilización que en cada categoría se hace de los diferentes tipos de atención. Frente a las categorías en las que el gasto en atención especializada supera el 90% (XIV «enfermedades congénitas» y XV «afecciones perinatales»), aparecen otras que no alcanzan el 20% (I «enfermedades infecciosas» y III «enfermedades de las glándulas endocrinas, la nutrición, el metabolismo y los trastornos de la inmunidad»). Lo

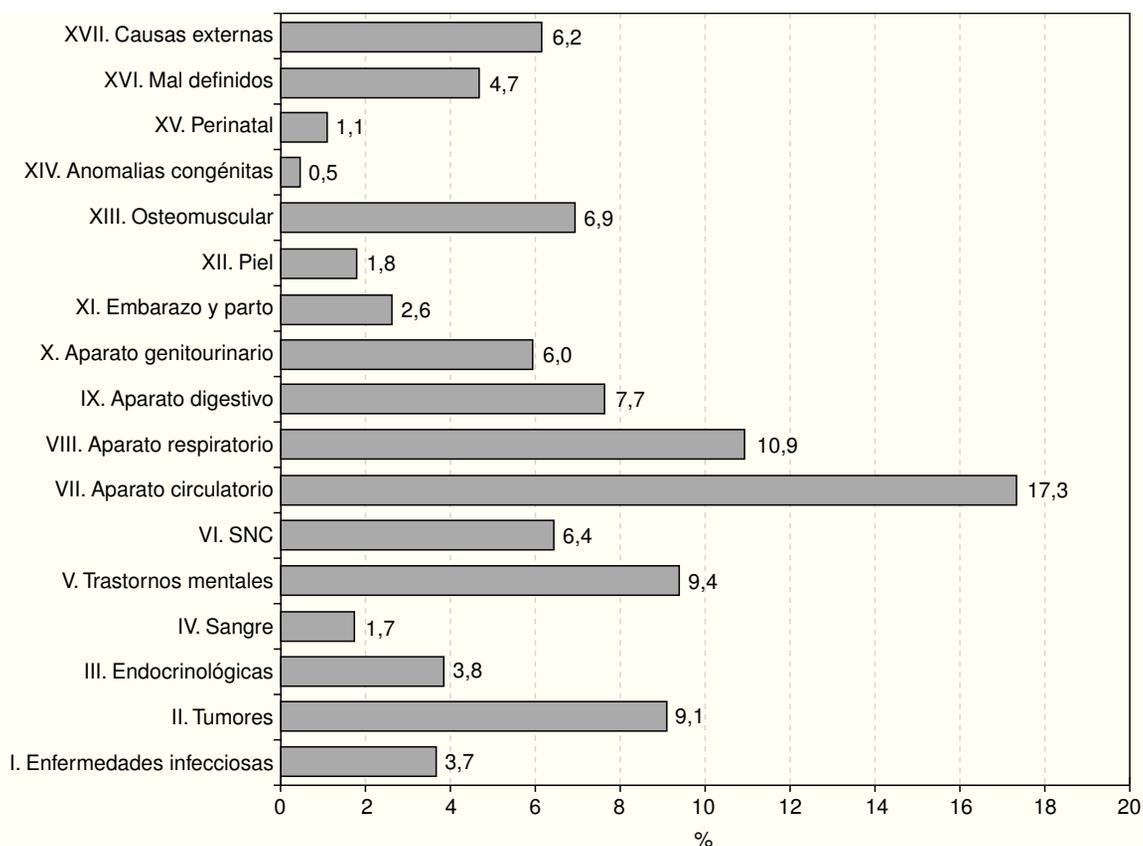
mismo ocurre con la atención primaria, con unos extremos que se sitúan entre el 0 y 43%, y también en la atención farmacológica, con un abanico que va desde el 0,9 hasta el 68,2%.

Con el fin de aportar algún elemento comparativo que permita ahondar en los resultados obtenidos, en la tabla 3 se muestra la estimación de la distribución del gasto sanitario (público y privado) realizada para el año 2000 para el conjunto de España¹⁶.

Aunque realizar comparaciones con resultados de otros estudios no deja de ser arriesgado, básicamente a causa de las diferencias metodológicas y del tipo de información, no es menos cierto que pueden contribuir, especialmente a partir de las diferencias, a profundizar en el análisis de determinados aspectos del trabajo.

En este caso, debe tenerse en cuenta que la distribución se realizó para el conjunto del gasto sanitario, tanto público como privado. Esto no influye en la distribución si se utiliza el mismo elemento base, por ejemplo las estancias o las visitas, y lo que varía es el monto en unidades monetarias a repartir. Sin embargo, cuando la información se incorpora en unidades específicas (p. ej., medicamentos no financiados públicamente, que se dirigen a categorías en concreto), sí que pueden generarse diferencias notables. También es importante tener en cuenta que ha trans-

Figura 3. Distribución por categoría CIE-9-MC (%) del presupuesto 2005.



CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica; SNC: sistema nervioso central.

currido un lapso de tiempo que puede ser considerable.

De la comparación se deduce que las 2 categorías más importantes son las mismas en los 2 estudios; sin embargo, mientras que en la que ocupa el primer lugar, VII «trastornos del aparato circulatorio», el porcentaje difiere muy poco; no ocurre lo mismo con la segunda categoría, VIII «trastornos del aparato respiratorio», que aparece con un porcentaje bastante más elevado en el estudio referido al año 2000. Es posible que parte de la diferencia tenga un carácter temporal, dada la tendencia descendente en el peso de esta categoría a lo largo del período 1980-2000. También se observa una diferencia en el porcentaje correspondiente a la categoría IX «enfermedades del aparato digestivo», que puede estar influida por el hecho de que el estudio 1980-2000 incluye el gasto sanitario privado del cual una parte importante corresponde a la atención dental. Las categorías II «tumores» y V «trastornos mentales» reflejan pesos relativos muy superiores en el caso del CatSalut. Entendemos que esa diferencia es el resultado de la existencia de pro-

gramas específicos en el ámbito del CatSalut para este tipo de enfermedades.

La composición interna de cada categoría también presenta diferencias, y el abanico de dispersión es igualmente amplio. Nótese que en varias de las categorías que incluían aportaciones de la línea MHDA (I «enfermedades infecciosas», II «tumores» y IV «enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos») las diferencias relativas al porcentaje de la atención farmacológica quedarían bastante explicadas.

Discusión

Es importante recordar que estamos distribuyendo un presupuesto y que, por tanto, estamos avanzando unas cifras en función de lo sucedido en períodos anteriores.

El primer elemento a tener en cuenta es que la información utilizada como base para la distribución del presupuesto 2005 pertenece a un año concreto. No co-

Tabla 3. Distribución del gasto sanitario por categorías CIE-9-MC (España 2000)

	Atención hospitalaria	Atención primaria	Atención farmacológica	% sobre el total
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	24,9	54,8	20,3	2,9
II. Tumores	80,7	5,4	13,9	6,5
III. Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	18,4	50,2	31,4	4,6
IV. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	40,1	35,1	24,8	0,9
V. Trastornos mentales	23,4	30	46,6	5,4
VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	39,5	31,6	28,9	5,5
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	40,6	22,3	37,2	17,6
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	33,1	40,7	26,2	13,2
IX. Enfermedades del aparato digestivo	49,5	19,4	31,1	9,3
X. Enfermedades del aparato genitourinario	48,1	31	20,8	4,9
XI. Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	87	0,6	12,4	2,7
XII. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	19,1	53,9	27	2,5
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	41,4	41,9	16,7	7,6
XIV. Anomalías congénitas	91,8	3,3	4,9	0,4
XV. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	95,5	2,6	1,8	0,5
XVI. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	50,2	35,4	14,3	8,8
XVII. Causas externas de traumatismos y envenenamientos	62,4	25,2	12,4	6,7
Total	44,5	29,9	25,6	100

CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica. Fuente: Gisbert y Brosa¹⁶.

nocemos si el año del que procede la información es un año en el que se mantiene la tendencia o bien si se trata de un año atípico.

A pesar del comentario anterior, la proximidad de la información utilizada en lo que a la atención farmacológica y especializada se refiere (los años 2004 y 2003, respectivamente), hace poco probable la existencia de desviaciones importantes con respecto a lo que en realidad ocurrirá en el año 2005, al menos en lo que atañe a la distribución por categorías.

Contribuiría a mejorar la solidez de los resultados poder contar con una mayor información acerca de la morbilidad atendida en el nivel primario. Tanto desde una óptica general como diferenciada por tipos de visita y profesional sanitario.

Una información más detallada de la atención sociosanitaria permitiría trabajar utilizando menos supuestos. La ventaja para la distribución es que hay una gran concentración de procesos, el 68%, en 5 categorías y, por tanto, las desviaciones, si las hubiere, se concentrarían básicamente en esas mismas categorías.

La atención farmacológica utiliza para su distribución el supuesto de que la asignación sigue la indicación principal. Aunque es evidente que este supuesto puede implicar desviaciones con respecto a la realidad, no parece que a corto plazo se pueda contar con la información necesaria para poder plantear enfoques alternativos. Para ello, sería necesario que la financiación siguiera al paciente totalizando toda la medicación consumida, mientras que ahora la financiación sigue la oferta, la venta de especialidades farmacéuticas.

Finalmente, en la distribución de las partidas que figuran en la línea MHDA se ha optado por asignar los diferentes productos a las categorías que con mayor probabilidad los utilizan, aunque en algunos casos, como la eritropoyetina, esta utilización se produzca también en otras categorías además de la X «trastornos del aparato genitourinario».

Este tipo de análisis aporta un punto de referencia para la planificación y la gestión sanitarias; por ejemplo, algunos de los planes directores establecidos en el ámbito público de la sanidad catalana podrán contar con información referida al gasto global y desagregado por tipo de atención.

Por otra parte, el hecho de que se hayan realizado estudios de este tipo para países como Australia^{17,18}, Canadá^{19,20}, Estados Unidos²¹, Holanda²², Inglaterra²³ y Francia²⁴ constituye una prueba del interés que suscitan este tipo de aproximaciones.

Agradecimientos

Este artículo se ha elaborado a partir de un trabajo encargado a los autores por parte de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Para cualquier investigador o analista, trabajar con la administración pública supone la posibilidad de poder acceder a un tipo de información difícil de alcanzar por otros caminos. Sin embargo, para que esta posibilidad se materialice es necesaria la colaboración de los que trabajan con dicha infor-

mación. De ahí nuestro agradecimiento a las personas que nos han ayudado a poder llevar a término este trabajo. Cristina Minguell, Pau Azpilicueta, Montse Bustins, Xavier Salvador, Montserrat Grané, Carmen Caja, Josep Fuster, Eva Sánchez y Antoni Gilabert nos han facilitado información crítica para el desarrollo del estudio; Francesc Brosa y Miquel Argente han posibilitado con su decisión que ello así ocurriera.

Bibliografía

1. Hodgson TA, Meiners MR. Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health Society.* 1982;60:429-62.
2. Rice DP, Hodgson TA, Kopstein AN. The economic cost of illness: a replication and update. *Health Care Financing Rev.* 1985;7:61-80.
3. Beherens C, Henke KD. Cost of illness studies: no aid to decision making? Reply to Shiell et al. *Health Policy.* 1988;10:137-41.
4. Murray CJL, López AD. The Global Burden of Disease. *Genève: The Harvard School of Public Health on behalf of The World Health Organization and The World Bank;* 1996.
5. Murray CJL, López AD. Progress and directions in refining the Global Burden of Disease approach: a response to Williams. *Health Economics.* 2000;9:69-82.
6. Shiell A, Gerard K, Donaldson C. Cost of illness studies: an aid to decision-making? *Health Policy.* 1987;8:317-23.
7. Williams A. Calculating the Global Burden of disease: time for a strategic reappraisal? *Health Economics.* 1999;8:1-8.
8. Williams A. Comments on the response by Murray and López. *Health Economics.* 2000;9:83-6.
9. Koopmanshap M. Cost-of-illness studies. Useful for health policy? *Pharmacoeconomics.* 1998;14:143-8.
10. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya 2003. Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD).* Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *L'atenció sociosanitària a Catalunya. Vida als anys 2003.* Barcelona: Servei Català de la Salut; 2004.
12. Generalitat de Catalunya. *Pla de Salut de Catalunya 1993-1995.* Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1993.
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Memoria d'activitat 2003.* Barcelona: Servei Català de la Salut; 2005.
14. De la Revilla L, Mateo E, Ruiz E, Moreno MA. Estudio sobre el uso de recetas, radiología y analítica en un centro de salud urbano. *Aten Primaria.* 1998;5:253-7.
15. Fernández E. Utilización del Sistema Informatizado de Centros de Atención Primaria (SICAP) para valorar el consumo de pruebas diagnósticas y derivaciones. *Centro de Salud.* 1998;6:305-11.
16. Gisbert R, Brosa M. Evolución del coste de la enfermedad en España: 1980-2000. *XXV Jornadas de Economía de la Salud.* Barcelona, julio de 2005.
17. Mathers C, Penm R, Carter C, Stevenson C. *Health system costs of diseases and injury in Australia 1993-94.* Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1998.
18. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW 2004). *Health system expenditure on disease and injury in Australia, 2000-01.* AIHW cat. n.º HWE 26 (Health and Welfare Expenditure Series n.º 19), Camberra, 2004.
19. Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K. *Economic burden of illness in Canada, 1993.* Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 1997.
20. Minister of Public Works and government services (MPW). *Economic Burden of Illness in Canada 1998.* Policy Research division, Strategic Policy Directorate, Canada, 2002. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca>
21. Hodgson TA, Cohen AJ. *Medical expenditures for major diseases, 1995.* *Health Care Financing Rev.* 1999;21:119-64.
22. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanshap MA, Van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ.* 1998;317:111-5.
23. *Executive NHS Burdens of disease: a discussion document.* London: Department of Health; 1996.
24. Paris V, Renaud T, Sermet C. *Des Comptes de la santé par pathologie. Un prototype sur l'année 1998.* *Questions d'économie de la santé.* 2002;56:1-8.