

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Jueves 6 de octubre de 2011. 15:30 a 17:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: Aurora Llanos

177. RIESGO TROMBOEMBÓLICO CON MEDICAMENTOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

I. Corrales-Álvarez^a, F. Catalá-López^b, G. Martín-Serrano^c,
D. Montero^c, G. Calvo^d

^aUAM, Madrid; ^bCSISP, Valencia; ^cAEMPS, Madrid; ^dHospital Clínic,
Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: Romiplostim y eltrombopag son medicamentos agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPOr) que promueven la diferenciación megacariocítica, la proliferación y la producción de plaquetas. Ambos son medicamentos huérfanos indicados para el tratamiento de pacientes adultos esplenectomizados con púrpura trombocitopénica inmune (idiopática) crónica que son refractarios a otros tratamientos. Puesto que los recuentos de plaquetas por encima del rango normal pueden representar riesgos para los pacientes, se analiza el riesgo tromboembólico asociado al uso de TPOr a través de una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.

Métodos: Revisión sistemática a través de PubMed/MEDLINE, SCOPUS, Cochrane Central, páginas web de las agencias reguladoras e información pública de los registros de los fabricantes (hasta enero de 2011). Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y controlados en los que se administrará romiplostim o eltrombopag en al menos uno de los grupos de pacientes tratados. La reducción absoluta del riesgo (RAR) y el número necesario de pacientes a dañar (en inglés, *number needed to harm* - NNH) fueron calculados para facilitar el impacto poblacional de la exposición. También fueron calculados los riesgos relativos (RR). Se utilizaron modelos de efectos fijos para combinar la información procedente de los estudios individuales. La heterogeneidad fue analizada a través de las pruebas I² y la Q de Cochran.

Resultados: De las 373 publicaciones identificadas, 8 estudios cumplieron los criterios de inclusión (n = 1.180 pacientes). En el grupo TPOr, respecto al grupo control (p. ej., placebo y/o tratamiento estándar), la meta-RAR para tromboembolismos fue 1,8% (IC 95%, 0,0-3,6) y el meta-RR fue 1,5 (IC 95%, 0,7-3,3). Sería necesario que fueran tratados 55 pacientes con TPOr para que se produjeran tromboembolismos en un paciente adicional (NNH = 55). No se identificó heterogeneidad (Q de Cochran's p = 0,9; I² = 0,0%).

Conclusiones: El riesgo tromboembólico debería ser considerado un riesgo identificado para los TPOr. Los proveedores de cuidados sanitarios (p. ej., médicos, enfermeras y farmacéuticos) deberían adminis-

trar con precaución estos medicamentos, especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo tromboembólico conocido.

363. CUANDO LA EVALUACIÓN TRATA DE COMPRENDER: EVALUACIÓN BASADA EN LA TEORÍA DE 3 EXPERIENCIAS EN SALUD

R. Crespo, N. Codern, A. Cardona

1 ÁreaQ – Evaluación e Investigación Cualitativa.

Antecedentes/Objetivos: Cuando los programas de salud abordan factores como “la mejora de la calidad de vida” o “los determinantes de salud”, los modelos de evaluación basada en la teoría (EBT) se revelan como la propuesta metodológica más adecuada sobre la que diseñar su evaluación (Springett, 2001). Con la presente comunicación se ilustran las contribuciones de la EBT a la evaluación de programas de salud sobre la base de 3 experiencias: a) la evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en los centros penitenciarios de Cataluña (PIJ) - Departamentos de Salud y de Justicia de Catalunya; b) la Evaluación del Programa de Dispensación de Metadona en los Centros de Atención Primaria - Dirección general de Salud Pública de Cantabria, y c) la evaluación del Programa de Parques Urbanos de Salud e Itinerarios Saludables. DIPSAUT Diputación de Girona.

Resultados: 1) La evaluación de las experiencias presentadas nos ha llevado a explorar sus respectivas “Teorías de Cambio” o, lo que es lo mismo, sus particulares premisas sobre la forma “lógica”, “plausible” o “razonable” de cómo se espera que los programas alcancen sus objetivos. Con ello, ha sido más fácil diseñar una “hoja de ruta” para la evaluación que, más allá de informarnos sobre la consecución de los resultados esperados (lógica eficacia-efectividad), nos ha informado de las circunstancias que los han condicionado (lógica aprendizaje-mejora). 2) La EBT de los 3 programas nos ha permitido establecer una distinción entre la lógica teórica (“Teoría del programa”) y la lógica pragmática (“Teoría de la implementación”) de cada uno de ellos. Dicha distinción nos ha permitido explorar la “naturaleza emergente” de los programas evaluados, así como reconocer en esa naturaleza un eje analítico fundamental de evaluación. 3) Las experiencias descritas permiten relacionar los procesos de EBT con procesos paralelos de crecimiento institucional.

Conclusiones: Hemos constatado que la EBT aporta notables ventajas a la hora de planificar, interpretar y utilizar estratégicamente la evaluación de un programa de salud. Hemos aprendido que alrededor de los programas pueden convivir diferentes perspectivas en relación a los mismos (sentido y funcionamiento) y que iluminar esa multiplicidad resulta fundamental para una evaluación que pretende comprender (y no solo describir) los resultados alcanzados. Hemos observado que las 3 experiencias de EBT descritas han generado a su alrededor procesos más o menos explícitos de revisión y reapropiación institucional de la lógica de transformación del Programa.

417. PRIORIDADES EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE INTERVENCIONES SANITARIAS Y FONDOS PÚBLICOS DE INVESTIGACIÓN

F. Catalá-López^a, A. García-Altés^b, R. Gènova^c, G. Sanfèlix^a, E. Álvarez^d, C. Morant^c, S. Peiró^a

^aCSISP, Valencia; ^bAIAQS, Barcelona; ^cConsejería de Sanidad, Madrid; ^dURJC, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El uso eficiente de recursos exige de criterios explícitos para establecer prioridades en investigación. En este trabajo se analiza si las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias se dirigen a las enfermedades priorizadas en la asignación de fondos públicos de investigación en el Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Se utilizó información procedente de una revisión sistemática sobre evaluaciones económicas realizadas en España (período 1983-2008). Los artículos se agruparon atendiendo a la fuente de financiación (p. ej., sin ánimo de lucro, con ánimo de lucro o no disponible). Se incluyó una muestra representativa de los fondos públicos asignados a proyectos de investigación (convocatorias 2006/2007 del Instituto de Salud Carlos III). Tanto las evaluaciones económicas como los proyectos de investigación se clasificaron por categorías y subcategorías de enfermedad, según la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su estudio de Carga Global de Enfermedad. Se calcularon los coeficientes de correlación de Spearman (ρ) entre los fondos públicos y las evaluaciones económicas.

Resultados: Se incluyeron 1.410 proyectos (el equivalente a 125,6 millones de euros) y 477 evaluaciones económicas que pudieron adjudicarse a 20 categorías y 40 subcategorías de enfermedades. Para las principales categorías ($n = 20$), las asociaciones fueron: total de evaluaciones económicas ($\rho = 0,80$; $p < 0,001$), evaluaciones económicas financiadas por organismos con ánimo de lucro ($\rho = 0,77$; $p < 0,001$) y financiadas por organismos sin ánimo de lucro ($\rho = 0,85$; $p < 0,001$). Para las subcategorías específicas ($n = 40$) se observaron las siguientes asociaciones: total de evaluaciones económicas ($\rho = 0,52$; $p = 0,001$), evaluaciones económicas financiadas por organismos con ánimo de lucro ($\rho = 0,38$; $p = 0,016$) y financiadas por organismos sin ánimo de lucro ($\rho = 0,61$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las distribución de prioridades es similar entre las evaluaciones económicas y los fondos públicos de investigación asignados a enfermedades específicas. Sin embargo, el nivel óptimo de esta distribución podría ser determinado con análisis adicionales sobre el impacto de los resultados de la investigación en la reducción de la carga de enfermedad.

461. ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL VPH

J. González-Enríquez, I. Casado-Buesa, I. Imaz, B. Rubio, C. Sánchez-Piedra, P. Zegarra

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, ISCIII.

Antecedentes/Objetivos: Las limitaciones, incertidumbres y variabilidad de resultados obtenidos en los estudios de evaluación económica publicados sobre el potencial impacto económico de la vacunación contra el VPH hacen necesaria una aproximación crítica que facilite contextualizar su valor y utilidad. Se propone revisar y analizar los modelos usados para la evaluación económica de la vacunación frente al VPH con vacuna tetravalente o bivalente, en niñas de 11-14 años, en comparación con el cribado y manejo de lesiones del cérvix uterino sin vacunación.

Métodos: Búsqueda, identificación y recuperación de estudios de coste-efectividad y coste-utilidad en repertorios bibliográficos de biomedicina (MEDLINE-PUBMED; EMBASE), Cochrane Library, bases de evaluación de tecnologías y evaluación económica (HTA database, NHS-EED, DARE) en lengua inglesa, francesa o española en el periodo 2005-2010. Extracción de datos, aplicación de guías de análisis crítico de estudios de evaluación económica y de evaluación de la calidad. Identificación de tipo de modelos usados, clasificación y presentación en tablas comparativas y rangos de asunciones y de resultados.

Resultados: Se han obtenido 556 referencias de estudios económicos, de los que se han seleccionado finalmente para análisis 23 estudios de coste-efectividad o coste-utilidad adecuados a los criterios establecidos en los objetivos, de los que 4 eran informes de evaluación de tecnologías de agencias públicas. Once estudios utilizan modelos de Markov, 9 modelos dinámicos y uno un modelo mixto. Los estudios

evalúan la vacuna tetravalente (13 estudios) o bivalente (9 estudios). La mayoría de los estudios asumen una eficacia de protección frente a VPH vacunables del 90-100%, duración de la protección durante toda la vida y altas tasas de cobertura (70-100%). El rango de la razón de coste efectividad incremental (ICER) obtenido varía entre 5.646-56.250 €/año de vida ganado y el de coste utilidad incremental (ICUR) entre 2.719-49.875 €/AVAC.

Conclusiones: Los estudios revisados evidencian la existencia de incertidumbres importantes en la modelización de la enfermedad, en la capacidad de las vacunas para reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix, en la duración de la protección frente a la infección, en la necesidad de dosis de recuerdo, en el grado de aceptación y tasas de cobertura y variaciones en el contexto asistencial y de cribado de cada sistema de salud. La importante variabilidad en las asunciones y parámetros incluidos en cada estudio explica parcialmente la diversidad de los resultados publicados.

Financiación: Proyecto FIS PI08/90639.

482. IMPACTO DEL CRIBADO MAMOGRÁFICO EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

D. Salas^{a,b}, J. Ibáñez^{a,b}, M. Vanaclocha^b,
Grupo Programa de Cáncer de Mama de la CV^a

^aDirección General de Salud Pública, Valencia; ^bCentro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia.

Antecedentes/Objetivos: Uno de los beneficios esperados de los programas de cribado de cáncer es la reducción de la mortalidad específica por cánceres de mama. Por ello, nuestro objetivo es estudiar las tendencias de la tasa de mortalidad por cáncer de mama y analizar diferencias por grupos de edad incluida en el cribado.

Métodos: Fuentes de información: los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de la Comunidad Valenciana (CV), corresponden a las defunciones por cáncer de mama (CM) de mujeres residentes, ocurridas desde 1980 a 2008. Los datos poblacionales provienen de los censos y padrones de población del Instituto Valenciano de Estadística IVE. Los años en los que no hay padrón ni censo fueron estimados mediante interpolación geométrica, excepto la del año 1980 que se obtuvo a partir de las estimaciones intercensales del IVE. Las tasas de mortalidad por cáncer de mama se han estandarizado con el método directo tomando como población de referencia la europea. Las tasas específicas por grupos de edad se han obtenido para los grupos de 25-44 años, 45-65 años y mayores de 70 años. El análisis Joinpoint se hizo con el programa "Joinpoint" del Surveillance Research Program del US National Cancer Institute. También se han utilizado los programas R y Excel, que proporciona el APC (porcentaje anual de cambio).

Resultados: El programa en la CV se inició en 1992 progresivamente en mujeres entre 45-64 años. En la CV la tendencia, en todos los grupos de edad, en la mortalidad por cáncer de mama aumenta hasta el año 1993 (APC: 1,78) y luego disminuye (APC: -2,27). En el grupo de 0-44 aumenta hasta el año 1995 (APC: 2,43) y posteriormente sigue aumentando (APC: 3,09). En el grupo de más de 70 años aumenta hasta 1996 (APC: 1,89) y luego se mantiene estable. En cambio, en el grupo de 45-64 años aumenta hasta 1992 (APC: 1,10) y luego disminuye (APC: -3,1). Por provincias, se observa también tendencia a disminuir en el grupo de 45-64 en Alicante desde el año 1993 (APC: -3,14), en Castellón desde el año 1994 (APC: -5,81) y en Valencia desde 1990 (APC: -2,43).

Conclusiones: Se observa una tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama a partir de los años noventa. Este descenso se produce sobre todo en el grupo de 45-64 años, que es el grupo de población diana del cribado.

587. TRABAJO INTERSECTORIAL EN EVALUACIÓN DE IMPACTO EN SALUD: ANÁLISIS CUALITATIVO A NIVEL AUTONÓMICO

E. Aldasoro^a, C. Calderón^b, A. Bacigalupe^a, E. Sanz^a, S. Esnaola^a

^aServicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Dirección de Gestión del Conocimiento, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco; ^bCentro de Salud de Alza, Donostia, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Antecedentes/Objetivos: La sólida evidencia sobre la relación de la salud con las políticas no sanitarias requiere un trabajo conjunto entre los diferentes sectores que actúan sobre los determinantes sociales de la salud. La evaluación del impacto en salud (EIS) es una metodología para identificar las consecuencias de las políticas sectoriales en la salud y en las desigualdades en salud. Se pretende mostrar los resultados de la evaluación cualitativa del trabajo intersectorial realizado en un proceso de cribado sistemático para la EIS de las políticas no sanitarias del Gobierno Vasco.

Métodos: Se planificó una estrategia de trabajo horizontal y apoyo metodológico, evitando el Departamento de Sanidad como lugar de trabajo. Tras la presentación del proyecto y solicitud de colaboración, comenzó el intercambio de información y conocimiento. Participaron en el estudio los Departamentos de Vivienda-Asuntos Sociales, Transportes y Justicia-Empleo. Se recolectó información básica de las políticas planificadas en la VIII Legislatura del Gobierno Vasco. Dichas políticas se tipificaron y se seleccionaron 14 para el cribado. Antes de cada cribado, donde participaban los/as técnicos/as responsables de las políticas sectoriales, se organizaron talleres sobre EIS y finalmente se llevaron a cabo 2 grupos de discusión para recoger sus percepciones.

Resultados: Las percepciones acerca de la iniciativa, de su justificación y del proceso seguido fueron positivas. Se subrayaba la importancia de la ayuda y asistencia prestada por parte de los/as técnicos/as promotores/as del Departamento de Sanidad, principalmente para comprender el marco teórico y los aspectos procedimentales. Comportamientos tradicionales del contexto institucional, como la descoordinación y la discontinuidad en las responsabilidades, producían inquietud en cuanto a la intencionalidad y futuro de la iniciativa. Las dificultades en el proceso variaban en función de las áreas sectoriales, y los más próximos a lo sanitario percibían al Departamento de Sanidad excesivamente cerrado en sí mismo. Los discursos destacaban la necesidad de compromiso y conocimiento acerca de la EIS por parte de los/as responsables superiores y la importancia de contar con la implicación del personal técnico para evitar la formalización excesiva de los procesos únicamente apoyados "desde arriba".

Conclusiones: Los resultados aportan importantes claves para fortalecer los lazos entre la salud y otras políticas y lograr el beneficio mutuo de los diferentes sectores, tal y como propone la Estrategia Salud en Todas las Políticas.

683. ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTES SANITARIOS EN LOS TRASPLANTES DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Ortega Ortega^a, J.D. Jiménez Aguilera^a, A. Romero Aguilar^b,
R. Montero Granados^a

^aDepartamento de Economía Aplicada, Facultad C.C. Económicas y Empresariales de la Universidad de Granada; ^bServicio de Hematología, Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Antecedentes/Objetivos: Los trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH), comúnmente conocidos como "trasplantes de médula", constituyen hoy en día una terapia establecida para gran variedad de enfermedades congénitas que afectan a la médula ósea. Los tradicionales trasplantes de médula procedentes de un hermano HLA idéntico han sido complementados con la posibilidad de obtención de células progenitoras de otros orígenes. Podemos hablar de diferentes tipos de trasplantes: autólogo o alogénico (según el donante); alogéni-

co de donante emparentado o donante no emparentado, y trasplante de sangre periférica, médula ósea o de cordón umbilical (según procedencia de células madre). En los últimos años se está constatando una preocupación creciente en torno al coste y eficiencia de las actividades sanitarias. Sin embargo, la complejidad del procedimiento de estudio de costes para este tipo de trasplantes condiciona su escasez, a pesar de que los TPH ocuparon en 2009 el tercer lugar en cuanto a número de trasplantes realizados a nivel nacional. Nuestro objetivo es llevar a cabo una evaluación comparativa de los costes sanitarios de los diferentes tipos de TPH desde la perspectiva del pagador, el Sistema Nacional de Salud.

Métodos: El estudio cuenta con una muestra aproximada de 60 pacientes adultos, diagnosticados de leucemia aguda mieloblástica y trasplantados a lo largo de los años 2008, 2009 y 2010 en los hospitales Virgen de las Nieves de Granada y Virgen del Rocío de Sevilla. Se ha elaborado una base de datos primaria, a partir de la recolección de datos de todos los procedimientos intrahospitalarios, extrahospitalarios, medicamentos, ingresos, etc. llevados a cabo para cada paciente. El coste de cada procedimiento, fármaco, material, etc. es obtenido a partir de diferentes fuentes ofrecidas por los centros de investigación.

Resultados: En una primera oleada de resultados hemos determinado un mayor coste imputado a los trasplantes alogénicos frente a los autólogos, así como para los de donante no emparentado frente a los emparentados. Sin embargo, el coste es semejante para los trasplantes de sangre periférica y de médula ósea. Los trasplantes de sangre de cordón umbilical son los más costosos. Se aportarán datos concretos en su defensa.

Conclusiones: Dicho estudio permite determinar qué tipo de trasplante requiere un mayor uso de recursos financieros, y bajo qué condiciones, permitiéndonos realizar comparaciones a nivel mundial y valorar el uso de nuestros recursos nacionales, pudiendo realizar recomendaciones justificadas.

694. ANÁLISIS DE OBSERVACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO

M.L. Martín Vicente, M. Prieto Uceda, A. Pérez Alonso, E. Figueroa Murillo, M. Polo Montes, M. Conde Lama

Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: La mayoría de las infecciones prevenibles en los ambientes sanitarios son transmitidas por contacto directo, especialmente a través de las manos. Las manos de los profesionales sanitarios son el vehículo más común de transmisión de microorganismos de un paciente a otro, de una zona del cuerpo del paciente a otra y de un ambiente contaminado a los pacientes. La puesta en marcha de intervenciones dirigidas a promover el mejor cumplimiento de la higiene de manos se considera la medida más eficaz en la generación de entornos seguros frente a la transmisión cruzada de infecciones.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se realizó la observación directa de la realización de la higiene de manos en el personal sanitario de diferentes servicios del hospital, en el transcurso del año 2010. Se empleó como herramienta de medición el formulario de observación recomendado por la OMS. Se procedió a un análisis estadístico mediante el programa informático SPSS.

Resultados y conclusiones: Se ha observado a 48 profesionales y en 287 oportunidades diferentes. En relación a la categoría profesional, el 41% son DUE, el 30% son auxiliares, el 13,9% son médicos, el 10,8% técnicos y el 3,8% son MIR. La distribución de los momentos de observación de los diferentes profesionales según el servicio al que pertenecen es la siguiente: 69-MED2; 49-QUIR; 47-UCI; 27-URG; 27-TRAUM; 24-MICRO; 19-OBS. URG; 18-TECN. URG y 15-SERV GENE-

RALES. La distribución de la oportunidad de acción observada es: después de tocar al paciente 38%; 24,7% antes de tocar al paciente; después de tocar entorno paciente 23,7%; antes acción limpia o aséptica 7,7% y un 5,9% después de tocar fluidos corporales. La frecuencia del tipo de acción realizada es: 33,1% nada; 26,5% guantes; 23,3% alcohol y 17,1% jabón. La relación entre acción realizada por parte de los profesionales en los diferentes momentos vistos es: entre los facultativos: el mayor % de ellos realiza nada 40% como acción realizada ante oportunidad presentada; entre los DUE, la acción más empleada es el uso de guantes 33,6%; entre los auxiliares, el uso de guantes es también la acción más empleada ante una oportunidad, con un 36%. Entre los MIR, en un 54,5% eligen el uso de alcohol y entre los técnicos, la acción más empleada es el uso de alcohol en un 51,6% de las oportunidades presentadas. Si nos centramos en la acción NADA, son los técnicos seguidos de los médicos las categorías que más uso hacen de ella, en contraposición a los MIR y DUE, que son los que menos la utilizan.

744. INTERCAMBIO ENTRE EL PROFILACTORIO NACIONAL OBRERO, CUBA, Y LA ASAMBLEA DE MUJERES CLARA CAMPOAMOR

M.E. Quesada Herrera

Universidad Complutense de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Se presenta una evaluación cualitativa del proyecto de intercambio de profesionales sanitarias entre el Profilactorio Nacional Obrero, Cuba y la Asamblea de Mujeres Clara Campoamor, España. El objetivo es analizar los resultados del proyecto, dirigido fundamentalmente a elevar el nivel cultural y el conocimiento profesional de las participantes, para lo cual se han llevado a cabo prácticas profesionales propias de enfermería y otras profesiones auxiliares, visitas a centros sanitarios y rutas culturales, aunque también he atendido a otros criterios, como inquietudes surgidas, problemas estructurales para su ejecución y necesidades explícitas o latentes. Las participantes son mujeres al contar con más barreras sociales y culturales para su desarrollo en el ámbito público.

Métodos: Para el análisis cualitativo he realizado trabajo de campo, llevando a cabo entrevistas semiestructuradas a las 10 participantes cubanas, a las coordinadoras de ambas partes, 2 grupos de discusión de las españolas y observación participante. Para el análisis teórico he contado con distintas teorías de los estudios de género, como el conocimiento situado y la complementariedad de los ámbitos público y privado. También se ha implementado la metodología feminista, en coherencia con el activismo político que representa la Asamblea de Mujeres Clara Campoamor.

Resultados: El aumento del conocimiento científico se aprecia en los cambios en los puestos de trabajo realizados tras la experiencia y en el aumento de sus actitudes críticas. El aumento del conocimiento cultural ha incluido también el cuestionamiento de prácticas sociales y relaciones de género que han incorporado a su vida diaria. Aparecen objetivos colaterales o subyacentes no planteados inicialmente, como la aparición de otr@s beneficiari@s, un ejemplo son los centros de trabajo donde se han realizado las prácticas profesionales, o por la metodología realizada, donde aparecen aportaciones en la esfera privada, como en la familia o la comunidad.

Conclusiones: El intercambio de profesionales ha conseguido los objetivos propuestos, aunque con aspectos a mejorar, como su diseño más de tipo horizontal y la inclusión de las participantes en programas de corte académico. Su sustentabilidad, problemática fundamental está caracterizada por las relaciones personales tejidas entre las participantes, basada en la sororidad, aunque el componente económico sigue siendo imprescindible para su ampliación.

757. ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LAS INTERVENCIONES DE PRÓTESIS DE CADERA Y RODILLA EN HOSPITALES DE 3 COMUNIDADES AUTÓNOMAS

C. Herrera Espiñeira^a, A. Escobar^b, J.L. Navarro^a, J.D. Luna^c, L. García^d, C. Gomez^e, A. Cardona^a, A. Godoy^a, J.I. Eugenio^a

^aHospital Virgen de las Nieves; ^bHospital de Basurto, Bilbao; ^cUniversidad de Granada; ^dServicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife; ^eHospital de Motril.

Antecedentes/Objetivos: Análisis de la variabilidad en costes de los procedimientos de artroplastia total de rodilla y cadera.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en 2.100 pacientes intervenidos de prótesis de rodilla o cadera en 15 hospitales de 3 comunidades autónomas: 9 en País Vasco, 3 en Canarias y 3 en Andalucía, reclutados entre marzo de 2005 y diciembre de 2006 y seguidos durante 12 meses tras el alta. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas, calidad de vida e institucionales. Se calcularon los costes durante la estancia hospitalaria y los costes de los 12 meses de seguimiento tras el alta (variables dependientes). Los costes se obtuvieron de los registros de contabilidad analítica de uno de los hospitales participantes (Hospital Universitario Virgen de las Nieves). Mediante el análisis de regresión se ajustó un modelo multinivel de efectos aleatorios con el programa STATA 11.1 para estudiar la asociación entre el coste (variable dependiente) y el resto de variables independientes registradas. La variable de efectos aleatorios que agrupaba a cada uno de los casos fue el hospital.

Resultados: Los costes medios totales fueron de 7.645 euros (SD 2248,49), de ellos 554 correspondía a la fase de seguimiento. Los modelos multinivel ajustados para cada una de las dos variables dependientes nos permitieron determinar el efecto del hospital a través del coeficiente de correlación intraclase, es decir, el 46,13% de la variabilidad del logaritmo de ese coste es explicado por el propio hospital. Para el coste post-hospitalización, sólo el 9,29% es explicado por el hospital. Las variables incluidas en el modelo para el coste de la estancia hospitalaria explican el 26,68% de la variabilidad observada, siendo estadísticamente significativos la comunidad autónoma, el tipo de intervención, la edad, la tarifa social EVA del cuestionario de salud EQ-5D, el índice de comorbilidad de Charlson y las complicaciones. Las variables incluidas en el modelo para el coste de seguimiento postintervención explican el 14,26% de la variabilidad observada, siendo estadísticamente significativos el tipo de intervención (cadera/rodilla) y la edad.

Conclusiones: Casi la mitad de la variabilidad del coste de la estancia hospitalaria es debida al propio hospital donde se realizan las intervenciones. El coste de la estancia hospitalaria en la comunidad 1 fue más cara que en las otras 2 comunidades. En el coste de seguimiento postintervención no se observan diferencias asociadas al ámbito geográfico en el que se realiza la intervención.

854. IMPACTO DEL SEGURO POPULAR EN EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN MÉXICO

J. Ortiz Rodríguez^a, E. Picazzo Palencia^b

^aInstituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM);

^bInstituto de Investigaciones Sociales (IINSO)/Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Antecedentes/Objetivos: Realizar una evaluación del impacto del seguro popular sobre el gasto de bolsillo en salud de los hogares beneficiados en México.

Métodos: Para la evaluación se utiliza la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH). Se construye un grupo de control y se identifica el de tratamiento, con el objetivo de encontrar las diferen-

cias de la proporción del gasto de bolsillo en salud, y con esto el impacto del Seguro Popular en los hogares de México. Se utiliza la metodología propuesta por Ravallion para realizar evaluaciones de impacto de programas sociales.

Resultados: Al construir el grupo de control para hacerlo comparable con el de tratamiento, el efecto del seguro popular sobre la proporción del gasto de bolsillo en salud no es significativo, incluso al realizar el análisis por quintiles no se presenta un efecto significativo. Sin embargo, al construirse un grupo de control únicamente con los dos primeros quintiles, para este caso, el seguro popular muestra una reducción significativa en la proporción del gasto de bolsillo en salud en los beneficiarios, incluso la diferencia es mayor para el primer quintil.

Conclusiones: El seguro popular surgió como respuesta al amplio nivel de población en México sin seguridad social con el objetivo principal de brindar protección financiera a la población sin seguridad social. No obstante, dado los resultados de esta investigación, no ha tenido en la totalidad de la población mexicana beneficiada con este seguro el impacto necesario en el gasto de bolsillo en salud.

861. HIATool.ORG: UNA HERRAMIENTA WEB 2.0 PARA PROMOVER LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

E. Cabeza^{a,b}, A. Colom^{a,b}, M. Buades^{a,b}, E. Villalonga^b, C. Riera^{a,b}, I. Ricci^b

^aDGSP, Conselleria de Salut i Consum, Govern Balear; ^bIUNICS, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud.

Antecedentes/Objetivos: Desde 2006 los Estados de la UE tratan de integrar el concepto de "salud en todas las políticas" en sectores fuera del ámbito de la salud. Sus acciones (planes, leyes, fondos, programas o proyectos) necesitan métodos para medir, comparar y, finalmente, mejorar sus efectos en el bienestar de la población. La evaluación de impacto en salud (EIS) es una metodología para añadir el valor salud en el desarrollo de políticas públicas y disminuir las desigualdades sociales. A pesar de las recomendaciones de la OMS y la UE, sólo algunos países europeos aplican en la práctica esta metodología. En otros, comienza a ser una práctica emergente. Ello ha hecho que la EIS como metodología haya sido muy heterogénea en el enfoque de las necesidades humanas, el alcance de los efectos a evaluar, los métodos de análisis o las prácticas de participación pública.

Métodos: En Baleares, la Dirección de Salud Pública ha creado un prototipo de EIS en una plataforma Web 2.0. La idea nació para gestionar las necesidades humanas esenciales en sectores como el transporte, la vivienda o el medio ambiente, entre otros, a partir de los determinantes sociales. El objetivo es dar apoyo a la toma de decisiones utilizando una metodología innovadora y estandarizada basada en herramientas TIC que permitan la rendición de cuentas, la participación de los interesados y el empoderamiento de las personas. Consideramos la solución Web 2.0 como el mejor carácter innovador para dar a los organismos públicos un papel apomediador y además el intercambio y la transferencia de buenas prácticas y, por tanto, estimular un mejor uso de la EIS en la formulación de políticas.

Resultados: La herramienta guía al técnico que realiza la EIS, mediante una aplicación fácil de usar, a lo largo del proceso. La herramienta incluye la medición de las necesidades humanas en 7 sectores, la información relevante obtenida de participación de los grupos de interés, así como las etapas clásicas de la metodología EIS: *screening, scoping, assessment, reporting, monitoring and evaluation*.

Conclusiones: El HIATool.org facilita la interacción entre los usuarios cambiando la manera de comunicarse, colaborar y encon-

trar información relevante basada en la evidencia. Ello permitirá el intercambio y la creación de conocimiento, la rendición de cuentas de la toma de decisiones y la mejora de las políticas en un espacio común.

1011. REVISIÓN LITERARIA DE EVALUACIONES ECONÓMICAS EN TRASPLANTES DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Ortega Ortega, J.D. Jiménez Aguilar, R. Montero Granados

Departamento de Economía Aplicada, Facultad de CC. Económicas y Empresariales de la Universidad de Granada.

Antecedentes/Objetivos: En 1951 se reportaron los primeros resultados de trasplante de médula ósea con éxito en animales, sin embargo no fue hasta 1968 cuando pacientes con leucemia aguda y anemia aplásica fueron sometidos a uno entre hermanos HLA idénticos. Desde que se realizara este primer trasplante en los EE.UU., el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) (comúnmente conocido como trasplante de médula) se ha usado para tratar pacientes diagnosticados con diversas enfermedades hematológicas. En los últimos años se ha manifestado una preocupación creciente de los profesionales de las ciencias biomédicas en sus actuaciones para que éstas se ajusten a criterios de eficiencia. Esta circunstancia ha estimulado el desarrollo de estudios económicos de los distintos tipos de TPH. La complejidad del procedimiento y la dificultad de calcular el coste de cada uno de los elementos que participan en el proceso condicionan los estudios que abordan este tema. En España son escasos los estudios que evalúan el coste real sanitario de dicha modalidad terapéutica y, hasta nuestro conocimiento, ninguno que evalúe los costes no sanitarios o de pérdida de productividad laboral.

Métodos: En base al motor de búsqueda PUBMED, hemos realizado una revisión de la literatura de los artículos más relevantes publicados a nivel internacional y nacional en cuanto a evaluaciones económicas del TPH, clasificando los resultados en función del tipo de trasplante: autólogo o alogénico (según el donante); alogénico de donante emparentado o donante no emparentado, y trasplante de sangre periférica, médula ósea o de cordón umbilical (según procedencia de células madre). En segundo lugar, planteamos una propuesta metodológica para la estimación de costes sanitarios (directos) desde la perspectiva del pagador, en función de las circunstancias y condiciones de la enfermedad y el trasplante, así como un modelo de estimación para los costes no sanitarios, con el fin de evaluar la pérdida de productividad laboral causada por la mortalidad y morbilidad, pareciendo razonable el uso del método del capital humano.

Resultados: Comparación de la metodología utilizada y conclusiones más importantes de los trabajos analizados. Propuesta de dos modelos metodológicos para la estimación de costes sanitarios y no sanitarios en trasplantes de progenitores hematopoyéticos.

Conclusiones: Visión amplia del coste de los TPH a nivel mundial. Proyecciones futuras de investigación de costes a partir de los modelos propuestos.