

XXIX JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Málaga, 17-19 de junio de 2009

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 17 de junio de 2009. 15:00 a 16:00 h

Evaluación económica y evaluación de tecnologías I

Moderador: Manuel García Goñi

P-001. COSTE ECONÓMICO ASOCIADO CON EL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

J. Rivera, J. Rejas, J. Esteve Vives y M.A. Vallejo

Unidad de Reumatología, Instituto Provincial de Rehabilitación, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, UNED, Madrid; Departamento de Investigación.

Objetivos: La FM está considerada como una de las enfermedades con mayor coste sanitario asociado. Además, al incidir especialmente en edad laboral los costes indirectos por pérdidas de productividad son también considerables. No se conocía con exactitud el gasto económico total asociado con la FM en España. Describir el coste asociado con el diagnóstico de FM en una cohorte de pacientes seguidos en clínicas de reumatología.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico realizado en consultas externas de reumatología representativas del territorio nacional (estudio ICAF), que incluyó pacientes sintomáticos con FM según criterios ACR sin enfermedades sistémicas concomitantes que acudían a consulta con clínicas de su enfermedad. El coste de la enfermedad se computó desde la perspectiva de la Sociedad y, además de los datos socio-epidemiológicos, se recogió la situación laboral y pérdida de jornadas laborales, manifestaciones clínicas, comorbilidad asociada, capacidad funcional y utilización de recursos sanitarios. Se realizó un estudio correlacional entre costes económicos y las variables clínicas y se ajustaron modelos de regresión.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes; 96,7% mujeres, 48,73 ± 8,54 años de edad media y 11,51 ± 9,19 años de evolución. El coste total es de 9.982€ por paciente y año, 32,5% correspondió a costes sanitarios y el 67,5% a costes indirectos. El tratamiento no farmacológico fue el componente del coste sanitario más elevado; 1368,1€ paciente/año (42,2% del total sanitario), con las visitas médicas siendo responsables del 26,1% de estos costes (847,1€). Los costes indirectos (6.736,2€) se debieron principalmente a bajas laborales con un 52,8% (3.556,2€) de estos costes, e incapacidad permanente (33,7%: 2.266,9€). Se observó correlación positiva significativa entre variables clínicas y costes totales; FIQ ($r = 0,329$; $p < 0,0001$), número de manifestaciones clínicas ($r = 0,194$; $p < 0,001$), intensidad de las manifestaciones ($r = 0,236$; $p < 0,0001$) y otras comorbilidades ($r = 0,207$; $p < 0,0001$). La capacidad funcional (HAQ), depresión, presencia de comorbilidades y una menor edad fueron factores predictores de los costes totales; $R^2 = 0,221$.

Conclusiones: El coste asociado con la FM en España es elevado, con una media en nuestra cohorte de 9.982€ por paciente y año. Los

gastos indirectos suponen el doble de los gastos sanitarios. Existe una correlación significativa entre la gravedad de la FM y los costes asociados.

P-002. COSTES INDIRECTOS DEL CÁNCER EN EUSKADI EN 2005

J.A. Muguruza Goiri

Dpto. Sanidad (Gobierno Vasco).

Objetivos: Estimar los costes indirectos del cáncer en Euskadi en el año 2005.

Métodos: Estudio de coste de la enfermedad. Se estiman exclusivamente los costes indirectos que ocasionaron pérdida de productividad laboral, distinguiendo entre costes debidos a la mortalidad prematura y costes debidos a la morbilidad (incapacidad temporal y permanente). Se aplica el enfoque del Capital Humano, para lo cual se calcularon los Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos y los Años Potenciales de Vida Laboral Ocupada Perdidos en función de la tasa de empleo, y el enfoque de Costes de Fricción utilizando el valor de 2,5 meses. Se utilizan diversas alternativas en cuanto a la tasa de descuento (0%, 1%, 3%, 5% y 6%) y el incremento de la productividad (0%, 1% y 2%).

Resultados: Los costes indirectos totales provocados por el cáncer en 2005 en Euskadi en sus modalidades de incapacidad temporal, incapacidad permanente y mortalidad prematura se han estimado en 477,6 millones de euros de acuerdo con el método del Capital Humano y utilizando los supuestos de la solución-base (incremento de la productividad del 1% y tasa de descuento real del 3%). Dadas las hipótesis utilizadas acerca del no retorno a la actividad de las altas por incapacidad permanente, este montante deber considerarse como un límite superior de estimación dentro de la solución base. El desglose de ese importe en sus tres componentes muestra que el coste de la incapacidad temporal (48,5 millones de euros) supuso el 10,2% del total; el coste de la incapacidad permanente (164,7 millones de euros) el 34,5%; y la mortalidad prematura (264,4 millones de euros) el 55,4%. Por su parte, bajo el enfoque de los Costes de Fricción, los costes indirectos totales estimados sumaron 35,7 millones de euros (sólo el 7,5% de los costes estimados bajo el enfoque del capital humano). Asimismo, el desglose de los costes indirectos mediante el método de costes de fricción eleva al primer lugar a los costes de la incapacidad temporal con 19,7 millones de euros y el 55,3% del total; en segundo lugar se situarían los costes ligados a la mortalidad prematura con 11,4 millones de euros (32,0% del total) y en última posición los costes derivados de la incapacidad permanente con 4,5 millones de euros (12,6%).

Conclusiones: La ausencia de unanimidad en la metodología de estimación de los costes indirectos determina resultados muy dispares en función del tipo de enfoque que se utilice así como de las alternativas en tipo de descuento y de productividad. En este estudio, las divergencias van desde los 477,6 millones de euros con el enfoque del Capital Humano a los 35,7 millones de euros con el enfoque de Costes de Fricción.

P-003. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE FLUDARABINA (BENEFLUR) ORAL VS INTRAVENOSA EN ESPAÑA

J. Delgado, L. Febrer, D. Nieves, C. Piñol y M. Brosa

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Bayer HealthCare, Barcelona; Oblikue Consulting, Barcelona.

Objetivos: Fludarabina ha demostrado su eficacia, seguridad y eficiencia en el tratamiento de la leucemia linfocítica crónica de células B (LLC-B) en diversos estudios internacionales. El objetivo del presente estudio fue comparar la eficiencia de dos formas alternativas de fludarabina (oral e intravenosa) para el tratamiento de la LLC-B en España.

Métodos: La existencia de evidencias clínicas sobre la equivalencia terapéutica de las dos opciones comparadas (fludarabina oral vs fludarabina intravenosa) llevó a la realización de un análisis de minimización de costes. Se construyó un modelo farmacoeconómico que combinó datos de la literatura y la opinión de expertos para determinar el uso de recursos sanitarios asociados al tratamiento, obteniendo los costes unitarios de bases de datos españolas. El análisis consideró dos perspectivas: la del sistema nacional de salud, incluyendo sólo los costes directos sanitarios, y la perspectiva social, incluyendo además de éstos, los costes indirectos derivados de la pérdida de productividad.

Resultados: Aunque la forma oral de fludarabina tiene un mayor coste de adquisición que la especialidad farmacéutica genérica (EFG) de fludarabina intravenosa, los mayores costes de administración de esta última, de uso hospitalario, se tradujeron en unos ahorros totales asociados a fludarabina oral de 2.152 EUR (mín: 1.024, máx: 3.280) y 1.322 EUR (mín: 617, máx: 2.027) en monoterapia y terapia combinada con ciclofosfamida, respectivamente. La inclusión de los costes indirectos aumentó los ahorros asociados a la forma oral.

Conclusiones: Fludarabina oral es una opción igual de eficaz y segura pero con unos menores costes que fludarabina intravenosa, tanto en monoterapia como en terapia combinada. Diversos análisis de sensibilidad confirmaron estos resultados, constatando que la forma oral de fludarabina es una opción de elección en el tratamiento de la LLC-B en España.

P-004. ANÁLISIS DE COSTES PARA UN PROGRAMA DE TELEMONITORIZACIÓN DOMICILIARIA PARA PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA

J.C. Bayón, E. Orruño y J. Asúa

Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias (OSTEBA).

Objetivos: Pacientes con enfermedades crónicas, como insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son usuarios habituales de los Sistemas Sanitarios de salud. Un programa de telemonitorización domiciliaria ofrece la posibilidad de obtener significativos ahorros y mejoras en el cuidado del paciente crónico. El ánimo de este estudio es comparar los costes entre el grupo de intervención, pacientes que reciben telemonitorización domiciliaria y el grupo control, pacientes que reciben una estrategia múltiple de atención domiciliaria.

Métodos: Un ensayo clínico aleatorizado de 6 meses de seguimiento, fue diseñado para valorar el impacto de las dos intervenciones en una muestra de 70 pacientes. El grupo control recibió una estrategia múltiple de atención domiciliaria (EMAI). El grupo de intervención recibió un programa de telemonitorización domiciliaria, consistente en la transmisión diaria de datos sobre la presión sanguínea, peso, temperatura corporal y saturación de oxígeno, además de la estrategia múltiple (EMAI).

Resultados: Resultados preliminares indican que la telemonitorización domiciliaria reduce el número de readmisiones hospitalarias y el número de días de estancia en el hospital. Sin embargo, no hay una diferencia significativa con respecto a las visitas a las unidades de urgencia para los dos grupos de estudio. El número de alertas recibidas por el equipo médico (llamadas telefónicas y mensajes SMS), fue inicialmente superior para el grupo de telemonitorización domiciliaria, aunque según ha ido avanzando el estudio, se ha ido igualando con las alertas recibidas del grupo control. Basados en los datos recogidos durante los 3 primeros meses de estudio, el coste para el programa de telemonitorización domiciliaria más EMAI, ha sido de 8.251,69 €/paciente, comparado con 9.513,5€/paciente, calculado para el programa EMAI.

Conclusiones: Basados en datos preliminares, se observa que la telemonitorización domiciliaria podría ser viable para proveer atención sanitaria de calidad para pacientes con insuficiencia cardiaca y enfermedad obstructiva crónica (EPOC) y podría reducir el número de readmisiones hospitalarias y el número de días de estancia en el hospital.

P-005. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRASPLANTE DE RIÑÓN EN ESPAÑA: DIFERENCIAS ENTRE TRASPLANTES DE DONANTE ESTÁNDAR VERSUS AQUELLOS DE DONANTE CON CRITERIOS AMP

T. Ortega, F. Ortega, J. Baltar, C. Díaz-Corte y E. Sánchez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Actualmente los trasplantados renales de donantes expandidos suponen el 40-50%. El objetivo fue evaluar el coste-utilidad del primer año de trasplante de riñón entre donantes estándar (TDS) vs donantes con criterios "expandidos" (TDE).

Métodos: Se presentan las diferencias en términos de coste-utilidad entre los dos tipos de trasplante según el donante, estándar vs expandido. El análisis corresponde al año del trasplante renal. Se analizaron los pacientes en lista de espera en Asturias para trasplante renal desde 1/01/2005 hasta 31/12/2007. Se recogieron variables clínicas y demográficas, costes del trasplante y la tarifa del EuroQoL-5D.

Resultados: De 131 pacientes reclutados en lista de espera, 80% recibió un trasplante, el 59% eran TDS y el 41% TDE. El 60% eran hombres. La diferencia de edad entre TDE vs TDS y los no trasplantados fue significativa ($p = 0,000$). El tiempo medio en lista de espera (15 meses) y el de isquemia fría (14 horas) fue igual para ambos. No hubo diferencias en el resto de variables clínicas y demográficas. Sin embargo, la mejoría del estado de salud de los TDE al año fue significativa ($p = 0,022$), mientras que para los TDS no. Hubo diferencias en los ingresos y las estancias hospitalarias al año de trasplante ($p = 0,041$) entre TDS y TDE. La supervivencia al año fue de 100% para los TDS frente al 97,7% de TDE. El coste medio para los TDS fue 54.343€/año, frente a 59.138€/año de TDE. La efectividad al año: 0,8096 AVACs para TDS; 0,7786 AVACs para TDE y 0,6838 AVACs para los no trasplantados en lista de espera. La diferencia en AVAC entre los trasplantados y los que no fue estadísticamente significativa ($p = 0,019$). El análisis de coste-utilidad muestra que para TDS habría un coste de 67.273€ por cada AVAC adicional, frente a 79.954€/AVAC de TDE y 80.433€/AVAC de los no trasplantados en lista de espera, con una ganancia media de 12.681€/AVAC por paciente TDS frente a TDE.

Conclusiones: No hubo diferencias clínicas ni de Estado de Salud Percibido al año de trasplante entre TDS y TDE, pero sí en la edad y lo que ello conlleva. Sin embargo, existen diferencias sustanciales entre los trasplantados y los que permanecen en lista de espera para un trasplante. Pese a que la diferencia al año entre los TDE y los no trasplantados en lista de espera, en términos coste-utilidad, es pequeña, a largo plazo las diferencias son importantes, porque no se

tendrían en cuenta los costes propiamente del primer año de trasplante. Así, es evidente que por los resultados de salud y de costes, se debe seguir realizando TDE.

P-006. VALORACIÓN DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO QUE SUPONDRÍA LA INCORPORACIÓN DEL ANTICOAGULANTE ORAL DABIGATRÁN EN EL ARSENAL TERAPÉUTICO DE UN ÁREA SANITARIA

N. González-Rojas, J. Velasco y V. Zah

Boehringer Ingelheim España SA; ZRx Outcomes Research Inc.

Objetivos: Los pacientes sometidos a una prótesis total de cadera (PTC) o rodilla (PTR) presentan un alto riesgo de desarrollar un evento tromboembólico, recomendándose la administración de profilaxis. Actualmente, las alternativas terapéuticas son los anticoagulantes inyectables, como las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), que presentan limitaciones por su forma de administración, siendo además recomendable la monitorización de plaquetas. Dabigatrán (DBG) es un nuevo anticoagulante oral, con eficacia y seguridad comparable a las HBPM, que no requiere monitorización y presenta las ventajas de la administración oral, pudiendo favorecer el cumplimiento terapéutico y mejorar la calidad de vida del paciente. El objetivo de este modelo es determinar el impacto presupuestario que supone la incorporación de DBG, en el arsenal terapéutico de un área sanitaria o un centro hospitalario.

Métodos: Se trata de un modelo adaptable a la realidad epidemiológica local. El usuario puede definir la duración de la profilaxis, el coste de los recursos sanitarios consumidos, el porcentaje de pacientes con régimen de copago, así como el porcentaje de sustitución de las HBPM por DBG. Se han incluido los costes de: adquisición del fármaco (PVL o PVP+IVA según la perspectiva seleccionada), administración del inyectable en el hospital y tras el alta en aquellos pacientes no capaces de autoadministrarse y la monitorización de plaquetas si se requiere. El modelo calcula, con un periodo de evolución de 3 años, la diferencia de costes entre un escenario con DBG, en función de un porcentaje de sustitución anual, versus la no incorporación de DBG en el arsenal terapéutico del área seleccionada.

Resultados: En los centros de salud del área sanitaria de Andalucía, en la que se practican unas 2.800 PTC y 6.900 PTR al año, la incorporación de DBG, con un porcentaje de sustitución de heparinas del 25% el primer año, supondría un incremento de los costes de adquisición del fármaco de 17.980€. Sin embargo, DBG evitaría los recursos de administración de la terapia inyectable en los pacientes no capaces de autoadministrarse, valorados en 69.952€. Esto supone un impacto presupuestario global de -51.972€ en los centros de salud. Si añadimos los costes hospitalarios, el impacto presupuestario por la incorporación de DBG el primer año es de -80.671€.

Conclusiones: Al comparar DBG con las alternativas profilácticas inyectables, se observa que, con una eficacia y seguridad similar, la reducción en los costes de administración compensa el aumento en los costes de adquisición. La formulación oral de DBG puede suponer una liberación de recursos sanitarios, resultando en ahorros para el sistema de salud.

P-007. TERAPIA DE DOBLE ANTIAGREGACIÓN CON CLOPIDOGREL TRAS UNA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA: ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO CRED

L. Betegón y T. García- Coscolín

Dpto. Economía de la Salud e IRS, sanofi-aventis, Madrid.

Objetivos: Realizar un estudio coste-efectividad sobre la terapia de doble antiagregación con clopidogrel a largo plazo tras una intervención coronaria percutánea (ICP).

Métodos: El estudio CREDO comparó el tratamiento con clopidogrel a largo plazo (pre-tratamiento de 3 a 24 horas antes de la ICP con dosis de carga de clopidogrel 300 mg más 75 mg/día durante 12 meses y aspirina 325 mg) frente al tratamiento estándar a corto plazo (clopidogrel 75 mg/día durante 28 días, sin dosis de carga y aspirina 325mg). Los resultados mostraron que clopidogrel en dosis de carga más el tratamiento durante 12 meses se asociaba a una reducción relativa del evento principal (muerte cardiovascular, IM no fatal e ictus) de un 26,9% frente al tratamiento estándar. El horizonte temporal considerado en la evaluación económica es toda la vida del paciente, y la estimación de la esperanza de vida se ha realizado a partir de la base de datos Saskatchewan. El estudio coste-efectividad incremental se ha realizado con la perspectiva del Sistema Nacional de Salud y se ha aplicado una tasa del 3% de descuento a costes y beneficios. El uso de recursos sanitarios, fue recogido prospectivamente. Para el cálculo de los costes de las hospitalizaciones iniciales y las re-hospitalizaciones se utilizaron los GRDs publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Para estimar el coste de los fármacos se usaron bases de datos de costes españolas. Para comprobar la robustez del modelo, se realizaron análisis de sensibilidad probabilísticos y determinísticos: reducciones en la ganancia en esperanza de vida en un 50% y de un 80%, y consideración de calidad de vida.

Resultados: El tratamiento a largo plazo con clopidogrel más aspirina se asoció a un coste incremental de 558€/paciente y se obtuvo un aumento de la supervivencia de 0,1920 años, por lo que el coste por AVG es de 2.905€. En el 97% de las simulaciones correspondientes al análisis probabilístico realizado, el coste por AVG obtenido fue inferior a 30.000€. Los resultados de los análisis de sensibilidad determinísticos también mostraron la robustez de los resultados del caso base, dado que se obtuvieron unos valores comprendidos entre 5.809 y 14.523€/AVGs y 3.631€/AVAC.

Conclusiones: Esta evaluación económica, adaptada al contexto español ha mostrado que clopidogrel en dosis de carga para intervenciones coronarias percutáneas seguido de un año de tratamiento es coste-efectivo a largo plazo, con un coste por AVG de 2.905€. La robustez de los resultados se ha puesto de manifiesto a través de los análisis de sensibilidad.

P-008. ANÁLISIS DEL COSTE DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO CON PANITUMUMAB Y CETUXIMAB

R. Arocho, F. Sorio, M. García de Paredes, J. Maurel, M. Lema, et al.

Unidad de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud. Amgen S.A; Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario Ramón y Cajal; Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínic, Barcelona; Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario.

Objetivos: Estimar el coste del tratamiento farmacológico en España con dos anticuerpos monoclonales (panitumumab y cetuximab) en monoterapia, para el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRM) en pacientes refractarios a quimioterapia convencional: fluoropirimidinas, irinotecan y oxaliplatino.

Métodos: El estudio se realizó desde la perspectiva del hospital, se consideraron los siguientes costes directos sanitarios: coste de adquisición de panitumumab y cetuximab y coste del hospital de día para la administración de ambos fármacos. El coste de los medicamentos se calculó a partir de los precios de venta del laboratorio (PVL), conforme a las dosis recomendadas en las fichas técnicas y al número de ciclos utilizados en los ensayos clínicos. Los valores antropométricos se tomaron de datos publicados de pacientes oncológicos españoles. El coste del hospital de día se obtuvo a partir de los precios publicados por varias Comunidades Autónomas. Se analizaron dos escenarios: sin y con reutilización de viales entre pacientes.

Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos (Monte Carlo).

Resultados: En el caso básico, sin reutilización de viales entre pacientes, el coste total (€ de 2008) por paciente con CCRm tratado con panitumumab y cetuximab sería, respectivamente, de 17.670 € y 22.955 €, con un ahorro de 5.285 € (23%) en los pacientes tratados con panitumumab. El ahorro sería de 2.864 € (14%) en el supuesto de un aprovechamiento óptimo de los viales entre los pacientes. Los análisis de sensibilidad determinísticos confirmaron la estabilidad del caso básico, con ahorros por paciente que oscilaron entre 2.497 y 5.625 €. Los análisis de Monte Carlo confirmaron asimismo el resultado, con ahorros con panitumumab en más del 96% y 97% de las simulaciones efectuadas, sin y con reutilización de los viales respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento con panitumumab del cáncer colorrectal metastásico en pacientes refractarios a quimioterapia convencional puede generar ahorros para los hospitales del Sistema Nacional de Salud en comparación con la utilización de cetuximab.

Evaluación económica y evaluación de tecnologías II

Moderador: Josep Fusté

P-009. A PHARMACOECONOMIC COMPARISON OF ESCITALOPRAM AND DULOXETINE IN THE TREATMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN SPAIN

L. Gutiérrez, N. Danchenko, N. Despiegel and F. Marteau

Lundbeck España, SA; Lundbeck SAS Paris, Francia.

Objetivos: Escitalopram is recognized to be at least as effective as and better tolerated than the serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs), venlafaxine and duloxetine, in the treatment of major depressive disorder (MDD). Escitalopram has been shown to be cost saving compared with venlafaxine. This prospective analysis assesses the cost-effectiveness of escitalopram versus duloxetine in Spain, and identifies key cost drivers in the treatment of MDD.

Methods: An economic evaluation was conducted alongside a 24-week double-blind, randomized study comparing escitalopram 20 mg/day and duloxetine 60 mg/day for the treatment of MDD (Wade et al. *Curr Med Res Opin* 2007;23(7): 1605-14). Effectiveness outcomes of the cost-effectiveness analysis included the change in Sheehan Disability Scale (SDS) score, treatment response (MADRS score decrease \geq 50%) and remission (MADRS score \leq 12) rates at week 24. Healthcare resource use and absenteeism from work were evaluated by the Health Economic Assessment questionnaire. Unit costs of healthcare services and cost of a working day were obtained from Spanish published standard sources (€, 2008).

Results: Compared to patients on duloxetine, escitalopram patients reported a 54% reduction in the total number of sick days ($p < 0.001$) over the total 24-week study period. This resulted in 39% lower total costs ($p = 0.01$). In the main cost-effectiveness analysis, escitalopram was more effective in terms of expected mean reduction in SDS score (mean difference = 2.37; 95% CI 0.41-4.01) and less costly than duloxetine (by €476, 95% CI €124 to €886). In the probabilistic analysis, escitalopram dominated duloxetine in 97.2% of cases. In an additional analysis, investigating the relationship between sick leave days over 24 weeks and clinical evaluation at week 8, patients with treatment response at week 8 had 46% less sick leave days ($p = 0.008$). For patients achieving remission, sick leave days were reduced by 53% ($p = 0.002$).

Conclusions: Escitalopram dominates duloxetine in the treatment of MDD as it reduces disability and is associated with significant cost

savings. The demonstrated link between early (8-week) clinical improvement and decrease in absenteeism may explain the better results for escitalopram, given its superior short-term efficacy compared to duloxetine. These results suggest that escitalopram might be a preferred therapeutic alternative to duloxetine as a first-line treatment of MDD in Spain.

P-010. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ATOMOXETINA EN COMPARACIÓN CON METILFENIDATO EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

J. Hong, T. Dilla y J Arellano

LSE Health, London School of Economic; Eli Lilly and Company.

Objetivos: El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurocomportamental que afecta en España del 3 al 6% de los niños y adolescentes en edad escolar. Durante mucho tiempo el único medicamento autorizado disponible en España para el tratamiento del TDAH ha sido el metilfenidato, un psicoestimulante derivado de la anfetamina. La atomoxetina es una alternativa no estimulante para el tratamiento del TDAH administrada como dosis única diaria. Este estudio tiene como objetivo estimar el coste-efectividad de atomoxetina frente a metilfenidato. Además, atomoxetina se compara frente a la opción de "no medicación" en aquella población de pacientes para los que no está indicado el uso de metilfenidato (pacientes que no responden a estimulantes o pacientes con comorbilidades asociadas que desaconsejan la utilización de medicación estimulante).

Métodos: Se desarrolló un modelo económico de Markov con el fin de estimar los costes y beneficios de atomoxetina frente a metilfenidato y a la opción de "no medicación". Se calculó el coste incremental por cada AVAC (año de vida ajustado por calidad) ganado con atomoxetina en relación con los comparadores. El modelo de Markov incorporó 14 estados de salud. Las utilidades se obtuvieron a partir de una encuesta realizada a 83 padres de niños con TDAH. Los datos clínicos se obtuvieron de una detallada revisión de ensayos clínicos controlados y literatura clínica adicional, validada por expertos internacionales. Los costes y resultados fueron estimados usando una simulación Monte Carlo, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud de España.

Resultados: En pacientes no tratados previamente con estimulantes y sin contraindicación de uso de estimulantes, el coste incremental por cada AVAC ganado con atomoxetina fue de 34.308€ (en comparación con metilfenidato de liberación inmediata) y 24.310€ (en comparación con metilfenidato de liberación prolongada). Para aquellos pacientes con antecedentes de no respuesta a estimulantes o para los que está contraindicado el uso de estimulantes, el coste incremental por cada AVAC ganado con atomoxetina frente a "no medicación" fue de 23.820€ y 23.323€, respectivamente.

Conclusiones: Esta evaluación económica demuestra que atomoxetina es una alternativa coste-efectiva en el tratamiento del TDAH.

P-011. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE TIOTROPIO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPOC EN ESPAÑA

M. Brosa, S. Díaz, M. Miravittles, N. González-Rojas y D. Nieves

Oblikue Consulting, S.L., Barcelona, España; Investigación de Resultados en Salud, Pfizer, Madrid; Fundació Clínic. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS) Barcelona; Pharmacoeconomics-Outcomes Results, Boehringer.

Objetivos: En España aproximadamente el 9% de los individuos entre 40 y 69 años padecen enfermedad pulmonar obstructiva cró-

nica (EPOC). La EPOC es, además, la cuarta causa de mortalidad en nuestro país. El bromuro de tiotropio (Tiotropio) ha demostrado reducir el número de exacerbaciones y aumentar la efectividad de la rehabilitación respiratoria en los pacientes con EPOC. El objetivo del presente estudio ha sido analizar si tiotropio es una alternativa eficiente frente al bromuro de ipratropio y la terapia estándar, en el manejo de pacientes con EPOC en España.

Métodos: Se evaluó la eficiencia de las opciones comparadas en el tratamiento de la EPOC mediante un análisis coste-efectividad. Se comparó tiotropio vs bromuro de ipratropio o terapia estándar mediante las medias de un análisis de decisiones que permitió la estimación de los años de vida ganados (AVG) con tiotropio respecto a las alternativas, a partir de datos de mortalidad de las exacerbaciones de la EPOC y resultados de dos meta análisis de ensayos clínicos que compararon directamente las opciones analizadas. Se realizaron sucesivos análisis de sensibilidad univariante con los parámetros clave del modelo y un análisis de sensibilidad probabilístico. Todos los costes se expresaron en euros del año 2008 y se aplicó una tasa de descuento del 3%. El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, y el horizonte de vida estimado fue 13 años.

Resultados: La razón coste-efectividad incremental (RCEI) al tratar el paciente con EPOC con tiotropio en lugar de terapia estándar o ipratropio fue de 2.873 €/AVG y 4.208 €/AVG respectivamente. En la comparación del tratamiento con tiotropio versus terapia estándar la RCEI para las exacerbaciones, los ingresos hospitalarios y la mortalidad evitada fue de 3.776 €, 13.546 € y 24.760 €, respectivamente. Asimismo, la RCEI de tiotropio respecto ipratropio fue de 8.005 €, 19.336 € y 35.343 € por cada exacerbación, ingreso hospitalario o muerte evitada, respectivamente. El análisis de sensibilidad univariante mostró que los resultados del modelo fueron sensibles a la severidad de la EPOC y a los costes futuros en los pacientes supervivientes.

Conclusiones: El tratamiento de los pacientes con EPOC con tiotropio es una alternativa eficiente respecto al bromuro de ipratropio o la terapia estándar para el SNS español.

P-012. IMPACTO ECONÓMICO DEL USO DE SEVELAMER EN LA REPÚBLICA ARGENTINA. ESTUDIO COMPARATIVO CON PACIENTES EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS CRÓNICA

J.F. Ríos, C.R. Mendieta, M.M. Gravielle y M.J. Pujol

Facultad Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires; Universidad Pompeu Fabra de Barcelona; Escuela de Salud Pública. Universidad Buenos Aires; Diaverum Argentina.

Objetivos: Valorar las consecuencias económicas y sanitarias del eventual reemplazo de esta nueva droga, Sevelamer, por los actualmente utilizados: carbonato y/o acetato de calcio, para la reducción del fósforo sérico en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. Si bien su coste es elevado la utilización de este nuevo fármaco disminuye el número de efectos indeseados producidos por las hipercalcemias, mejorando así estos efectos secundarios.

Métodos: Estudio comparativo de adultos mayores de 65 años, considerando los costes de ambos tratamientos y las potenciales ventajas en cuanto a la morbilidad. La población corresponde a los pacientes en tratamiento en los Centros de la empresa Diaverum en la República Argentina.

Resultados: Para el horizonte temporal de un año, el coste de utilización de los quelantes de fósforo a base de calcio fue de 78.922,61 AR (17.538,36 euros) mientras que el coste de la utilización de sevelamer sería de 4.348.663,93 AR (966.369,75 euros), para la misma población y la reducción de los costes de hospitalización oscila entre

290.845,98 AR (64.632,44 euros) y 338.193,00 AR (75.164,00 euros). Teniendo en cuenta que los pacientes considerados en este estudio representan el 11,118% de la población de pacientes en diálisis de Argentina, podemos proyectar los costes para todo el sistema de salud argentino, cuyo resultado sería que: El aumento de costes determinados por el cambio de tratamiento para todo el sistema de salud argentino, sería entre 35.362.010,44 AR (7.858.224,54 euros) y 35.787.869,58 AR (7.952.859,91 euros).

Conclusiones: Los estudios publicados demuestran resultados contundentes con respecto a la mejoría en las tasas y días de hospitalización de los pacientes en tratamiento con Sevelamer con respecto a los utilizados: El estudio DCOR (Dialysis Clinical Outcomes Revisited) realizado en EE.UU. el año 2005, en pacientes mayores a 65 años de edad reveló una disminución del 27,58% en la tasa de ingresos y del 23,85% en el promedio de días de estadia hospitalaria por paciente por año. En cuanto a los costes del tratamiento el valor incremental de un comprimido de sevelamer comparado con un comprimido de acetato o carbonato de calcio es de 4,582 AR (1,02 euros) es decir 55 veces superior en la República Argentina, por lo tanto sería un aumento muy importante en los costos directos del tratamiento, no habiéndose considerado los costos indirectos. Siendo la primera investigación sobre el tema realizado la República Argentina, esperamos se generen nuevos estudios y discusiones sobre el tema.

P-013. COST OF ANTIBIOTICS ADMINISTERED POSTOPERATIVELY TO PEDIATRIC HEART SURGERY PATIENTS AT A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT IN NORTHEASTERN BRAZIL

R.C. Maia, M.G. Silva, W.M. Monteiro and F.M. Pinto

Universidade Estadual do Ceará; Mestrado Acadêmico em Saúde Pública; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; Hospital Infantil Albert Sabin.

Objectives: To evaluate the cost of antibiotics administered postoperatively to pediatric heart surgery patients at a neonatal intensive care unit (NICU).

Methods: The study population of this observational, control-matched case-control study included sixty-two patients distributed in two groups, one with postoperative hospital infection (case-control group) and one without (control group). The two groups were matched for weight (± 2 kg), ASA score, surgical team (surgeon and anesthesiologist) and duration of surgery. The study was carried out at a large tertiary-level pediatric hospital in Fortaleza, Brazil, between November 2006 and October 2007. Two cost indicators were used: consumption of antibiotics, expressed in defined daily dose (DDD), and cost of antibiotics (in USD). The data were processed with the software SPSS (v.16.0) and submitted to the Chi-Square test for statistical significance.

Results: Overall, 33 of 62 patients (53.2%) were male and 34 (54.8%) came from the metropolitan area. The most frequently performed types of surgery (43 of 62 patients; 69.4%) were pulmonary artery banding, atrial/ventricular septoplasty and ligation of the coronary artery. The most prevalent type of hospital infection (26 of 36 patients; 72.2%) was pneumonia associated with mechanical ventilation. The most frequently observed weight range in the sample (27 of 62 patients; 43.5%) was 5-12 kg. The average duration of prophylaxis with antibiotics was 2 days. The average drug consumption was 101.89 DDD/100 bed-days (prophylaxis + therapy) and 93.23 DDD/100 bed-days (therapy). Cephalosporins were the most frequently prescribed type of antibiotics. The cost of antibiotic therapy at the hospital was USD 3.774,32 with an average excess of USD 108.70 per case. The average cost of antibiotics was USD 121.76 for cases and USD 2.41 for controls.

Conclusions: The cost of antibiotics was approximately 50 times higher for cases than for controls, suggesting that the use of antibio-

tics at neonatal intensive care units may be associated with prohibitive costs. Our findings hint at the resources which could potentially be made available for other hospital services if hospital infection rates were further reduced.

P-014. LA EFICIENCIA (COSTE-EFECTIVIDAD) DE PALIVIZUMAB COMO PROFILAXIS PARA LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN PREMATUROS DE 32-35 SEMANAS

P. Lázaro, J. Figueras, I. Echániz, A.J. Blasco, K. Fitch, et al.

TAISS. Madrid; Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Hospital Clínic. Barcelona; Hospital de Basurto. Bilbao; Hospital Joan XXIII. Tarragona.

Objetivos: En niños de riesgo (prematuros, con enfermedad pulmonar crónica, o cardiopatía congénita) menores de dos años de edad, las infecciones respiratorias por virus respiratorio sincital (VRS), producen un elevado consumo de recursos sanitarios. Objetivo: evaluar la eficiencia (coste-efectividad) de palivizumab para prevenir la infección severa por VRS en prematuros de edad gestacional de 32 a 35 semanas (EG 32-35) y dos o más factores de riesgo (FR) en España.

Métodos: Árbol de decisión alimentado con datos de la literatura científica y de los estudios FLIP I y II (cohorte de 326 niños con EG 32-35 y dos o más FR que recibieron palivizumab) promovidos por la Sociedad Española de Neonatología. Medida de efectividad: años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados. Perspectivas: del Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluye los costes directos (administración de palivizumab e ingresos hospitalarios), y perspectiva social, que incluye además los costes indirectos (futura productividad perdida del niño). Horizonte temporal: la esperanza de vida del niño. Descuento: 3% anual para la efectividad y costes. Análisis de sensibilidad: a) determinista: 35 escenarios modificando variables relacionadas con la efectividad y costes; b) probabilístico: curva de aceptabilidad de coste-efectividad incremental (CEI) con la perspectiva del SNS, y distribución normal para los intervalos de confianza de la probabilidad de ingreso.

Resultados: La profilaxis con palivizumab en prematuros de EG 32-35 y dos o más FR produce una relación de CEI de 13.849€/AVAC con la perspectiva del SNS, y de 4.605€/AVAC con la perspectiva social. En el análisis de sensibilidad, con la perspectiva del SNS, el CEI osciló entre 5.351€/AVAC (escenario más favorable) y 23.276€/AVAC (escenario menos favorable). Con la perspectiva social, osciló entre dominante y 14.037€/AVAC. Según la curva de aceptabilidad, con disponibilidad a pagar más de 13.849€ por AVAC, la probabilidad de que su decisión sea coste-efectiva es mayor que la probabilidad de que no lo sea. Si se está dispuesto a pagar 18.080€, la probabilidad de que la decisión sea coste-efectiva es del 100%.

Conclusiones: Palivizumab es coste-efectivo como profilaxis frente a VRS en niños de EG 32-35 y dos o más FR. Es eficiente con la perspectiva del SNS, al conseguir un AVAC, incluso en el escenario menos favorable, por debajo del umbral de 30.000€/AVAC, considerado en España como socialmente aceptable.

P-015. TREATMENT OF PROSTATE CANCER AT AN ONCOLOGY SERVICE IN FORTALEZA (CEARÁ, BRAZIL): COSTS AND QUALITY OF LIFE

G.F. Cunha and M.G. Silva

Instituto do Câncer do Ceará; Hospital do Câncer; Escola Cearense de Oncologia.

Objectives: Prostate cancer is currently one of the most common forms of cancer in the world. Though survival rates have improved

over the past years, there is no agreement regarding treatment efficacy. Increased treatment costs and concern with quality of life have spurred studies on cost-utility, though no such studies have as yet been published for prostate cancer in Brazil. The objective of this study was to evaluate the quality of life and direct costs of materials and drugs in patients with prostate cancer undergoing surgery, hormone therapy, chemotherapy and radiotherapy.

Methods: Thirty-three subjects initiated treatment between March and August 2003 at an oncology service in Fortaleza (Ceará, Brazil). The costs for the first year of treatment were calculated using cost sheets (HU-MASTER software from APTTOOLS based on the Oracle-develop-200 language). Quality of life was evaluated prior to and 3 and 6 months after treatment using a questionnaire covering mobility, personal care, daily activities, pain, anxiety, depression, sphincter control, sexual potency, gastrointestinal symptoms, treatment expectations and a personal quality of life assessment. Descriptive statistical analyses were performed using Epi-Info (version 6.0, WHO, 1996) and Excel spreadsheets.

Results: The treatment producing the most functional changes was surgery, followed by chemotherapy, hormone therapy and radiotherapy. No direct relation was observed between quality of life and any isolated functional parameter, including sexual impotence and urinary changes. A strong relation was however found between patients' treatment expectations and quality of life scores. Only quality of life scores for radiotherapy seemed to reflect the functional changes observed. Treating the 33 study subjects during one year cost the institution US\$ 63,526.76 (annual average per patient = US\$ 1,925.05). Only radiotherapy presented costs below the overall average (US\$ 991.40). Chemotherapy (US\$ 2,857.96) presented the highest average cost, followed by hormone therapy (US\$ 2,126.37) and surgery (US\$ 1,410.00) (official dollar exchange rate on February 29, 2004: US\$ 1 = R\$ 2.91).

Conclusions: In conclusion, radiotherapy displayed the best cost/quality-of-life ratio, followed by surgery, chemotherapy and hormone therapy. Studies based on larger samples are required to obtain statistically significant results.

P-016. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE PRUEBA RÁPIDA DE VIH Y CONSEJO EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO EN BARCELONA

P. García de Olalla, M. García C. y E. Díez

Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Objetivos: Evaluar el grado de coste-efectividad, medida en euros por calidad ajustada de vida, de la intervención de prueba rápida en saunas a la población de riesgo en Barcelona. Debido a que la intervención implica el avance de pronóstico es de interés hacer relevante su repercusión al sistema sanitario en conjunto des de la perspectiva social.

Métodos: Con los datos de 2007 sobre 587 casos se evalúa en árbol de decisión las alternativas que implican por un lado los costes y beneficios asociados a estos casos versus la alternativa de su evolución más previsible sin la intervención. Para la contemplación de beneficios y costos con intervención se tiene en cuenta el nivel de CD4 de los casos alcanzados, y se simula mediante probabilidades de Markov el paso a estados más avanzados de enfermedad y muerte. Las probabilidades de transición del curso de la enfermedad se obtienen a partir de los datos de la cohorte PISCIS para 9 hospitales catalanes y uno balear. Cada estado de la enfermedad lleva asociado un coste de tratamiento y hospitalario, ambos costes con frecuencias y tipos de enfermedades indicativas se extraen de los datos GRD de 2005 actualizados y de la encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/Sida para 2007. Para estimar los años de vida ganados ajustados por calidad de vida se usan estándares de publicaciones internacionales.

Según la literatura consultada es posible identificar como beneficios del test rápido los contagios evitados por motivo de los cambios de comportamiento por una mayor concienciación disminuyen en 6,4 puntos. Igualmente se computan los casos evitados por contagio según una tasa de 1,44. Para calcular el coste efectividad desde la perspectiva social es de interés computar las ganancias provenientes de la mayor productividad laboral y por años ganados de vida. De acuerdo con las recomendaciones de Gesida se define el retardo en el diagnóstico por debajo de 350 CD4/ μ L. Respecto de la alternativa de no intervención, se evalúa qué hubiera ocurrido sin la detección de casos positivos y cambio de conducta con mayor contagio, en base a los estándares de media de tiempo de retraso de diagnóstico y detección oportunista. Se computa el coste de la intervención. Todos los valores se presentan descontados al 3% y realizando análisis de sensibilidad de las principales hipótesis.

Resultados: La intervención de test y consejo para la población gay con 1% de incidencia anual es coste efectiva ya que presenta un ratio de efectividad, en los diferentes supuestos, inferior a los 40.000 €/qualy.

Conclusiones: Se recomienda la extensión de la intervención de prueba rápida VIH en la población de riesgo de HSH.

Análisis económico de la sanidad

Moderador: Vicente Ortún Rubio

P-017. INOVAÇÃO NA AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS

A Harfouche

ISCSP-CAPP; IPOLFG, EPE.

Objetivos: A espiral crescente dos custos hospitalares, sobretudo nos últimos 30 anos, aliada à opinião generalizada de que o sector público de saúde é economicamente ineficiente, tem captado a atenção dos economistas, governantes e investigadores para a questão da eficiência hospitalar e respectivas formas de medição. A dicotomia entre a necessidade de obtenção de recursos financeiros para fazer face às despesas de saúde e o custo de oportunidade desses recursos financeiros, sejam eles públicos ou privados, criaram a necessidade aos governos de repensarem as suas políticas de saúde, tendo levado, naturalmente, a reformas dos sistemas de saúde na generalidade dos países desenvolvidos, ou pelo menos, a questioná-las, quer na vertente da eficiência dos serviços, quer na vertente da efectividade dos resultados. A investigação realizada procurou um novo modelo de avaliação dos hospitais para estudar e analisar a transformação dos Hospitais em Hospitais Empresa.

Métodos: Método quantitativo mediante a aplicação do Data Envelopment Analysis (DEA), onde é efectuada a análise dos dados através de uma abordagem de programação matemática não-paramétrica, para a estimativa de fronteiras de eficiência.

Resultados: Os Hospitais Empresa são, no global, sempre mais eficientes do que os Hospitais não transformados em empresa, com excepção do ano 2002 na orientação input, o que poderá ser reflexo da alteração dos critérios contabilísticos nesse ano, decorrentes da transformação – de uma óptica de orçamento financeiro para uma óptica de orçamento económico. A própria reforma dos hospitais pode ter levado a comportamento estratégico de adaptação de todos os hospitais. Desta forma, acabam por ter todos mais incentivos à eficiência.

Conclusão: Podemos concluir com este estudo, que os hospitais seleccionados para integrarem o conjunto dos hospitais empresa dispunham, no momento da sua transformação, de uma eficiência técnica superior aos que não foram transformados, o que permitiu à luz de novas regras de gestão mais flexíveis potenciar a sua eficiên-

cia. Em particular, encontra-se aqui um efeito de selecção inicial: os hospitais que são transformados em empresa têm, desde logo e antes da alteração da sua forma jurídica, uma maior eficiência. Não espanta, por esse motivo, que quando avaliada, na mesma amostra, a eficiência relativa depois da transformação, surjam também como mais eficientes. Contudo, não se pode apenas por esta evidência concluir por inquestionáveis vantagens na transformação no que à eficiência de funcionamento das instituições se refere, mas apenas evidenciar o carácter regenerador das reformas em geral e desta em particular. A reforma dos Sistemas de Saúde é hoje uma prioridade política dos países, não só pela preocupação com a cobertura universal e a protecção dos cidadãos, mas, também, pelas repercussões financeiras da doença.

P-018. RELACIONES ENTRE EL LABORATORIO CLÍNICO Y EL HOSPITAL

M. Calvet, M.A. Delriu, M. Fusté, R. González, A. Corbella, et al

Consorci del Laboratori Clínic Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf; Fundació Hospital Esperit Sant; Hospital de Sant Boi.

Objetivos: Valorar los diferentes índices de relación entre el Laboratorio Clínico y el Hospital al que da servicio. Contrastar algunas de las relaciones más utilizadas generalmente entre los diversos grupos de laboratorios y hospitales que disponen de estas informaciones.

Métodos: Se aplica un análisis de correlación lineal estadística entre los datos de la actividad, complejidad y coste de los laboratorios en referencia a los datos de la población, actividad, complejidad y costes de explotación de los hospitales.

Resultados: Los resultados muestran una buena correlación entre los índices de complejidad de las pruebas del laboratorio y los de complejidad hospitalaria. El gasto de laboratorio por habitante y su porcentaje respecto al gasto de explotación del hospital quedan agrupados en intervalos de muy poca amplitud.

Conclusiones: Los datos analizados llevan a la conclusión de que con pocos índices globales, (porcentaje del coste del laboratorio sobre el coste de explotación del hospital y el coste medio por prueba), se refleja con aceptable precisión la eficiencia del Laboratorio Clínico como parte integrante del proceso asistencial general.

P-019. MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA DE PAGO CAPITATIVO: ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

M. Cornejo, I. Vargas, M.L. Vázquez y R. Terraza

Universidad de Chile; Consorci Hospitalari de Catalunya.

Objetivos: Entre las estrategias promovidas para controlar el gasto sanitario y mejorar la equidad en la distribución de recursos se encuentra el mecanismo de asignación per cápita. La cápita se vincula a la delegación de la organización de la atención a una entidad – aseguradora, unidad territorial desconcentrada, red de proveedores que se responsabiliza de la atención de una población mediante provisión directa o compra de servicios a otros proveedores. Por tanto, el mecanismo que utiliza la entidad que recibe la cápita para distribuir los recursos a los distintos proveedores constituye un elemento central para los objetivos de la cápita. La literatura sobre financiación capitativa se centra en la fórmula de ajuste. Son escasos los análisis de los mecanismos utilizados para el pago del conjunto de proveedores y sus resultados. El objetivo es describir los actuales mecanismos de pago para distribuir la cápita en diversos entornos y analizar su impacto.

Métodos: Revisión clásica de la bibliografía mediante búsqueda en bases de datos electrónicas y “bibliografía gris”, sobre mecanis-

mos de pago para distribuir la cápita a los proveedores y resultados. Se seleccionaron las experiencias de Reino Unido, Canadá y EE.UU por ser los países con más experiencia en la utilización de mecanismos de asignación capítativa y sobre los que existe mayor volumen de bibliografía. Se identificaron 895 referencias, y se seleccionaron 182 documentos. Las dimensiones de análisis fueron: tipos de mecanismos de pago, objetivos, implementación y resultados obtenidos para la eficiencia, equidad, coordinación y calidad de la atención.

Resultados: En las experiencias revisadas destacan la variedad de mecanismos de pago utilizados para distribuir la cápita. No obstante, se observa una convergencia en el uso de mecanismos de pago prospectivo combinados con el pago por desempeño, que permiten transferir riesgo y corresponsabilidad en el gasto a los proveedores. Para la atención primaria se tiende a utilizar la cápita y pago por desempeño y para el nivel especializado el pago por casuística, excluyendo los casos más complejos. Los resultados sobre el impacto de estos mecanismos no son concluyentes, existen pocas evaluaciones y las existentes presentan problemas de calidad y de validez externa.

Conclusiones: La introducción de financiación capítativa en los entornos analizados no se ha acompañado del análisis sobre los mecanismos de pago más adecuados para su distribución a los proveedores. No obstante, la combinación de cápita para atención primaria y casuística para la especializada, desincentivaría -teóricamente-, la coordinación entre niveles asistenciales y la eficiencia global. Se requieren evaluaciones concluyentes antes de hacer recomendaciones sobre este esquema.

P-020. LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

R. Gisbert Gelonch, M. Brosa Riestra y C. Crespo Palomo

Universitat de Vic; Oblikue, S.L; Universidad de Barcelona.

Objetivos: El objetivo es revisar la respuesta que aportan diferentes analistas a la pregunta: ¿qué es lo que obtenemos del sistema sanitario?

Métodos: Se han estudiado las propuestas de la OMS, la OCDE y el enfoque del NHS británico. También las aproximaciones de investigadores como D. Cutler, R. Gispert y J. Puig-Junoy.

Resultados: La OMS obtiene un índice sintético a partir de diferentes dimensiones: los resultados en salud, la equidad, el equilibrio financiero, la respuesta del sistema sanitario y la equidad en la respuesta del sistema. Se utiliza una ponderación (25%, 25%, 25%, 12,5% y 12,5% respectivamente) de cada una de ellas. El indicador obtenido es una medida absoluta y en el Informe se proponen dos índices relativos de eficiencia: uno relacionado con el nivel de esperanza de vida ajustada por incapacidad y otro que trata de valorar la eficiencia del sistema sanitario en general. En la OCDE consideran que debe adjudicarse la prioridad a la medición de la relación coste-efectividad. Ahora bien, los resultados a nivel de sistema son difíciles de medir y cuestionan algunos de los indicadores de resultados -como las muertes evitadas- que están siendo utilizados actualmente. Recuerdan que el estado de salud de la población está muy influido por elementos totalmente ajenos al sistema sanitario. Actualmente sus esfuerzos se orientan a la búsqueda de indicadores de calidad. Estiman que un índice único para comparar países no es una buena solución. El tercer enfoque estudia la variación de la productividad en el seno del NHS. Esta productividad se define como el output obtenido en relación con los inputs utilizados. Se considera que la efectividad no puede determinarse dado el grado de incertidumbre con respecto a los efectos del sistema sanitario por sí solo y aboga por ponderar los resultados mediante la incorporación de medidas de calidad. Cutler et al obtienen un valor de

19.900 \$ como coste por año de vida ganado en el período 1960-2000 en EEUU. Suponen que el sistema sanitario es el responsable de la mitad del resultado obtenido. Puig-Junoy y Merino-Castelló estudian para el período 1960-2001 la productividad marginal del gasto sanitario en España y obtienen un coste por año de vida ganado que varía entre 10.045 y 12.937 €. Gispert et al estudian la efectividad del sistema sanitario español desagregado por CCAA. Como indicador de desempeño utilizan la mortalidad evitable y entienden que la actividad sanitaria tiene un efecto favorable en la salud de la población.

Conclusiones: No hay consenso en cuanto al estudio de la efectividad del sistema sanitario. La indeterminación que supone la influencia de elementos ajenos al mismo en el resultado final supone un inconveniente importante. La incorporación de la calidad puede ayudar a superar, en parte, este problema.

P-021. OTROS HALLAZGOS DEL CRIBAJE POBLACIONAL DEL CÁNCER DE CÉRVIX: ¿CUÁNTO PODRÍAMOS AHORRAR?

M.R. Lorente, I. Zangroniz y C. Juárez

Universidad de La Rioja; Hospital San Pedro.

Objetivos: La preocupación social por la salud y la aplicación de nuevos programas sanitarios que incentivan la demanda sanitaria dan lugar a un crecimiento continuo del gasto sanitario. En el caso del cribaje del cáncer de cérvix de carácter poblacional, la sensibilidad social hacía el riesgo de padecer esta enfermedad genera una justificación lo suficientemente fuerte como para aceptar esta y otras medidas de carácter preventivo asociadas. Sin embargo, el cribaje de cáncer de cérvix no sólo permite detectar anomalías o lesiones pre-cancerígenas, sino que también facilita el diagnóstico de otras enfermedades que no necesariamente tienen su origen en la transmisión sexual. En esta comunicación se pretende dar una visión de la tipología y repercusión epidemiológica de los otros hallazgos del cribaje del cáncer de cérvix, así como su repercusión económica derivada tanto del cribaje, como del resto de actuaciones sanitarias conducentes a la curación de dichos hallazgos.

Métodos: Se han utilizado los resultados del cribaje poblacional del cáncer de cérvix en La Rioja desde 28/11/05 hasta 15/02/08, y se han realizado entrevistas a los ginecólogos para conocer su práctica médica para cada uno de los diagnósticos obtenidos. A partir de publicaciones científicas y la normativa económico-sanitaria se han obtenidos los costes unitarios asociados a cada una de las actuaciones detectadas. Únicamente se considerarán los costes directos y se calculará el coste medio por paciente tipo.

Resultados: De las 14.760 mujeres que fueron objeto de cribaje en el periodo considerado de estudio, hubo 2.040 mujeres que presentaron otros hallazgos infecciosos distintos a las lesiones y las atipias que pueden desarrollar enfermedad cancerígena. El coste de tratamiento de las infecciones consideradas, así como su seguimiento, supone un incremento en el gasto sanitario; incluyendo aquellas infecciones que pueden revocar de forma natural. La persistencia o recurrencia de determinadas infecciones afecta al coste medio por paciente tipo, de ahí el interés de presentar la temporalidad de los diagnósticos.

Conclusiones: El cribaje de cáncer de cérvix tiene asociados otros costes distintos a las intervenciones sanitarias vinculables al posible desarrollo de dicha enfermedad y su tratamiento. Esos otros costes son los derivados del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de otras infecciones detectadas en ese cribaje. Los distintos agentes que intervienen en la adopción de medidas sanitarias deben tener en cuenta estas circunstancias y, en su caso, decidir sobre la adecuación de proceder a la realización de actuaciones con cargo a los presupuestos sanitarios.

P-022. ¿CÓMO MEDIR RESULTADOS EN SALUD?

A. Almeida, A. Nabais, C. Figueiredo y A. Lopes

Universidade da Beira Interior; Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE; ULS Norte Alentejano.

Objetivos: En los últimos tiempos ha crecido entre las autoridades responsables por la definición de políticas y financiamiento en salud la preocupación con la efectividad y el costo de las acciones de salud. Por lo tanto existe un gran interés sobre el modo cómo los diversos países pueden dar respuesta a una creciente procura de los cuidados de salud de la población. Los fenómenos como el envejecimiento poblacional, el aumento de la dependencia, el aumento de las enfermedades crónicas, el aumento del consumo farmacológico y la inflación de las expectativas de la población, obligan en la presencia de recursos limitados, a deducir con mayor precisión que las intervenciones en salud producen mejores resultados en la población. Existe así, toda una corriente de investigación de los resultados en salud que intenta dar respuesta a esta pregunta: "¿Cómo medir resultados en salud?"

Métodos: Así, se hace necesario evaluar la importancia de la utilización de instrumentos de medición de los resultados en salud, reflexionar sobre su importancia en lo que dice respecto a los recursos disponibles en su utilización, una vez que son limitados.

Resultados: La cualidad en salud es el espejo del empeño profesional, así como del nivel de las estructuras y procesos, ya que la cualidad implica tener un proceso productivo, que independientemente del servicio que se ofrezca, implique una mejor utilización de los recursos disponibles. El análisis de diversos instrumentos ligados al sector de la salud (QALYs, DALYs entre otros) demuestra la necesidad de su conjugación para la evaluación de resultados en salud. Muchas veces se utilizan diversos instrumentos con la intuición de combatir las lagunas de los mismos, teniendo como objetivo alcanzar resultados más fidedignos y completos.

Conclusiones: Después del análisis de los instrumentos de la medida de resultados en salud, puede ser concluido de una forma general, que no existe un instrumento perfecto. Cada instrumento tiene sus puntos fuertes y débiles y sus especificidades, siendo necesaria una comprensión muy buena de la capacidad de la medida de cada uno de ellos para conseguirlos validar. Se concluye también que, la política del nivel de la decisión en salud, está hecha basada en los cuestionarios hechos directamente a los usuarios. Se basa también en estudios demográficos y epidemiólogos y que el objetivo del propio plan en alcanzar beneficios en salud ha sido una constante de los programas implementados y en su evaluación. Prácticamente todos los autores tienen una línea del pensamiento similar. Hay unanimidad sobre la importancia que tiene medir y evaluar la salud. Es un área bastante estudiada y ya con suficiente historia sin embargo aun tiene un gran campo para explorar.

P-023. PREVALENCIA Y COSTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON SÍNDROME METABÓLICO EN ESPAÑA: UN MODELO EPIDEMIOLÓGICO DE COSTE DE LA ENFERMEDAD

E. Alegría, C. Piñol, S. Langham, W. Stevens y D. Jeffries

Clínica Universitaria, Pamplona; Bayer Healthcare, Barcelona; Health Economist, Manchester, UK; Health Economist, Boston, USA; MRC Tropical Disease Research Unit, Banjul, Gambia.

Objetivos: Estimar la prevalencia y los costes de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con síndrome metabólico (SMet) y el impacto en el coste de la enfermedad de diversos esquemas de tratamiento, en la actualidad (2008) y en el futuro (2020).

Métodos: Se desarrolló un modelo de coste de la enfermedad en base a la prevalencia según edad, sexo y grupos de riesgo. Los grupos de riesgo se definieron como pacientes con HTA con o sin SMet. Una revisión sistemática de la literatura identificó la prevalencia, incidencia de eventos cardiovasculares (CV), prevalencia de la diabetes tipo 2 (DM2), esquemas de tratamiento y coste del manejo de los pacientes con HTA y SMet en España. La prevalencia se aplicó a la población estimada para 2008 y se estimó la prevalencia en cada uno de sus componentes hasta el 2020 mediante la curva de weillbull. Se calcularon los costes médicos directos del tratamiento de la HTA y sus secuelas asociadas (enfermedad CV y diabetes) en € de 2008.

Resultados: La prevalencia de HTA con SMet en la población general en España fue del 11% en 2008 y del 22% en 2020. La prevalencia del SMet en pacientes con HTA fue del 23% en 2008 y del 45% en 2020. La prevalencia se incrementó con la edad. La incidencia de eventos CV por 1.000 sujetos fue dos veces superior en los pacientes con HTA y SMet comparado con aquellos sin (25% vs 13%) y la prevalencia de DM2 por 1.000 sujetos fue cinco veces superior en los pacientes con SMet comparado con aquellos sin (28% vs 5%). El coste de la HTA, incluyendo los costes asociados con el tratamiento de los eventos CV y la DM2, fue de 4.600 millones de € en 2008 y de 8.200 millones de € en 2020. Los relacionados con el SMet supusieron el 42% y el 65% de los costes. Un incremento del uso de los nuevos fármacos antihipertensivos resultó en una reducción de los eventos CV y de los nuevos casos de diabetes.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos con SMet actualmente son una cuarta parte de la población hipertensa pero producen cerca de la mitad de los costes. Los costes se incrementarán en el futuro debido al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia del SMet. La elección del tratamiento antihipertensivo en esta población de alto riesgo se ha convertido en una importante consideración al demostrar los nuevos antihipertensivos mejor adherencia, reduciendo el riesgo de enfermedad CV y menor riesgo de tratamientos relacionados con el debut de diabetes.

P-024. IMPACTO PRESUPUESTARIO AL AÑO DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (DIU-LNG) FRENTE A CIRUGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA

I. Cristóbal, I. Lete, L. Febrer, C. Crespo, A. Arbat, et al.

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid; Jefe del Servicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria; Unidad de Farmacoeconomía, Bayer HealthCare, Barcelona; Oblikue Consulting, Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este análisis fue comparar el impacto presupuestario para los hospitales españoles del uso del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) para el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional (HUD) frente a la realización de una intervención quirúrgica (resección o histerectomía) en España.

Métodos: Se construyó un modelo de decisión para estimar las consecuencias económicas a nivel hospitalario de iniciar el tratamiento para la HUD con el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) o practicar una intervención quirúrgica (resección o histerectomía). El horizonte temporal del modelo fue de un año. La perspectiva del análisis fue la del Sistema Nacional de Salud. El protocolo de tratamiento se obtuvo mediante un panel de expertos que asesoró respecto al manejo de la enfermedad según la práctica clínica habitual y también en referencia a los acontecimientos adversos de las alternativas comparadas. La información sobre el uso y los costes de los recursos sanitarios fue validada por el panel. Las probabilidades del modelo se obtuvieron de revisiones sistemáticas publicadas.

Resultados: Los resultados indican que el gasto del hospital al año para 100 mujeres con cada una de las alternativas asciende a 436.288 EUR para la histerectomía y 96.636 EUR para el DIU-LNG (el 350% de incremento del presupuesto). El coste al año del tratamiento con DIU-LNG para la HUD de 100 mujeres equivale al coste de histerectomizar a 22 mujeres. Considerando que el 80% de las cirugías son histerectomías y el 20% restante son resecciones el impacto ponderado de cirugía asciende a 395.912 EUR (el 300% de incremento del presupuesto). El coste al año del tratamiento con DIU-LNG para la HUD de 100 mujeres equivale al coste de intervenir quirúrgicamente a 24 mujeres.

Conclusiones: Los resultados del impacto presupuestario al año indican que el uso de DIU-LNG en primera línea es la opción terapéutica claramente menos costosa para el hospital en comparación con las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la HUD en España. Con el mismo presupuesto, cuatro veces más pacientes pueden beneficiarse del tratamiento.

Demanda y utilización de servicios sanitarios

Moderador: Enrique Bernal

P-025. SITUACIÓN LABORAL Y GASTO SANITARIO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J. Rivera, J. Rejas, M.A. Vallejo y J. Esteve-Vives

Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNED. Madrid; Departamento de Investigación.

Objetivos: Describir la situación laboral de los pacientes con FM y sus repercusiones en relación con los gastos totales de enfermedad.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico de una cohorte de pacientes con FM atendida en consultas de reumatología distribuidas por todo el territorio nacional (estudio ICAF). Se recogió el tipo de actividad laboral, situación laboral, pérdidas de jornadas laborales (ILT) en los últimos 12 meses, reducción de jornada, incapacidad laboral permanente (ILP) y abandono del trabajo remunerado como consecuencia de la enfermedad. Se realizó un detallado examen de los costes directos sanitarios y de los costes indirectos producidos por pérdidas de productividad laboral. Se compararon los diferentes conceptos del gasto sanitario entre grupos de pacientes formados por aquellos que no trabajaban fuera del domicilio, trabajadores en activo y jubilados como consecuencia de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes (mujeres: 96,7%), con una edad media de 48,73 ± 8,54 años y evolución de 11,51 ± 9,19 años. La situación laboral contempla trabajadores en activo (56,8%) de los cuales el 67,8% tienen ILT, pacientes que no trabajan fuera del domicilio (20,9%), parados (6,0%) jubilados por edad (1,0%) y otros (2,7%). La duración media de la ILT fue de 6,22 ± 3,80 meses/paciente. En 23 (13,5%) pacientes la ILT duró los 12 últimos meses. De los 130 pacientes que no eran trabajadores activos, 101 habían trabajado anteriormente mientras que 29 pacientes no lo habían hecho nunca. En el 65% de los casos, el abandono del trabajo estaba producido por la FM. Los costes económicos de cada uno de los grupos incluyen los costes sanitarios así como los indirectos, siendo la suma de ellos de 2.176,1€ (1.805,0) para los no trabajadores fuera del domicilio, 4.725,0€ (4.324,9) para los trabajadores activos sin ITL, 13.994,2€ (7.381,7) en el caso de los trabajadores activos con ILT y 22.181,3€ (5.269,8) para los pacientes con ILP. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) entre los grupos en cada uno de los conceptos de costes.

Conclusiones: El 67,8% de los pacientes con FM trabajadores fuera del domicilio presentaron ILT en el último año con una duración me-

dia de de 6,2 meses/año. Sin embargo, la tasa de ILP en esta cohorte es sólo del 12,6%. Los costes directos sanitarios son significativamente más altos en los pacientes que ya se encuentran en situación de ILP.

P-026. REMISIÓN DE LA DEPRESIÓN CON ESCITALOPRAM, CITALOPRAM Y VENLAFAXINA EN CONDICIONES REALES DE USO Y SU IMPACTO ECONÓMICO

A. Sicras, L. Gutiérrez, M. Blanca y R. Navarro

Badalona Serveis Assistencials SA; Lundbeck España; H. Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Escitalopram ha demostrado ser más eficaz que citalopram y al menos tan eficaz como venlafaxina, con mejor tolerabilidad, en el tratamiento de la depresión (Montgomery et al. Int Clin Psychopharmacol 2007, 22:329-9). Objetivo: analizar las consecuencias clínicas y económicas del uso de estos tres antidepresivos en condiciones de práctica clínica real, en pacientes que inician un nuevo episodio de depresión en el ámbito de la AP.

Métodos: Diseño: revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes atendidos en 6 centros de AP y 2 hospitales. Población de estudio: pacientes > 20 años con nuevo diagnóstico de depresión, que inician nuevo tratamiento con escitalopram, citalopram o venlafaxina (sin tratamiento antidepresivo en los 6 meses previos), entre 01-01-03 y 30-03-07, y con seguimiento de 12 meses. Principales medidas: sociodemográficas, comorbilidades asociadas (case-mix ACG), costes sanitarios anuales (visitas médicas, pruebas diagnósticas y terapéuticas, hospitalizaciones, urgencias y psicofármacos prescritos), costes no sanitarios (incapacidad laboral), y estatus de remisión a los 12 meses. Análisis estadístico: Análisis de regresión logística y de ANCOVA (ajuste-Bonferroni).

Resultados: De los 965 pacientes (escitalopram = 131; citalopram = 491; venlafaxina = 343), los tratados con escitalopram fueron más jóvenes, con mayor proporción de hombres, y menor comorbilidad específica ($p < 0,05$). Asimismo consiguieron mayores tasas de remisión (58,0%), frente a citalopram (38,3%) y venlafaxina (32,4%); $p < 0,001$. No se observaron diferencias en cuanto a costes de medicación con psicofármacos entre el grupo de escitalopram y citalopram (294,7€ vs 265,2€; $p = NS$), siendo más elevados con venlafaxina (643,0€; $p = 0,003$). Los costes sanitarios totales fueron inferiores para el grupo de escitalopram (904,1€), frente a citalopram (1.120,0€; $p = NS$) o venlafaxina (1.414,7; $p = 0,034$). Las pérdidas de productividad fueron inferiores con escitalopram (32,7 días) que con citalopram (37,9; $p = NS$) y venlafaxina (43,8; $p = 0,042$). En el modelo de costes ajustados (sexo, edad, casuística), las diferencias en los costes anuales totales (directos+indirectos) fueron todavía mayores a favor de escitalopram (2.276,2€; citalopram: 3.093,8€ [$p = 0,047$]; venlafaxina: 3.801,2€ [$p = 0,041$]).

Conclusiones: Escitalopram es una alternativa dominante frente a citalopram y venlafaxina en el tratamiento de nuevos episodios de depresión, con mayores tasas de remisión y menores costes directos e indirectos. Se debería promover el uso de fármacos eficaces y coste-efectivos, que redunden en un mayor beneficio económico para el sistema de salud y para la sociedad en general.

P-027. LLAMADAS PERDIDAS E INFLUENCIA DE LOS RECURSOS HUMANOS EMPLEADOS EN LA EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS DE ANDALUCÍA

J. Díaz Hierro, J.J. Martín Martín, M.P. López Del Amo González, C.A. Varo González, J.M. Patón Arévalo, et al.

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía; Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada.

Objetivos: Las llamadas perdidas en un centro de emergencias sanitarias son de especial relevancia, ya que pueden suponer desenlaces no deseados, por ello es de vital importancia conocer cómo se comportan. 1.- Analizar el número de llamadas perdidas por franja horaria en cada mes y establecer un patrón de comportamiento. 2.- Describir las variables que influyen, y en qué medida, en el comportamiento de las llamadas perdidas.

Métodos: Estudio observacional del año 2007 para la provincia de Málaga, siendo la población analizada las llamadas perdidas por franja horaria y mes. Estas se agrupan en intervalos referenciados al tiempo de espera hasta el abandono de la comunicación. Se realiza un análisis de regresión lineal múltiple máximo-verosímil tomando como variable dependiente el número de llamadas perdidas por hora, y como variables independientes el número de llamadas recibidas, el de teleoperadores, y el de médicos coordinadores.

Resultados: Por franja horaria y mes se observa una correlación positiva entre el número de llamadas recibidas por hora y el porcentaje de llamadas perdidas por hora. El porcentaje de llamadas perdidas global es del 12,6%, siendo la línea 061 la que en relativo no atiende más llamadas, y la línea 112 la que menos pierde. Las líneas de urgencia y transporte se sitúan en torno a la media. Se pierden más llamadas y con más frecuencia en las horas de inicio de máxima actividad. El 61% de llamadas perdidas se da en el intervalo 0-5 segundos, y casi dos de cada tres llamadas perdidas se producen antes de 11 segundos de espera. El ajuste de la línea de regresión es el siguiente: $N_{LL_Perd_Hora} = 3,42 + 0,25 * N_{LL_Recibidas} - 1,03 * N_{Teleop} - 0,99 * N_{Coord}$. La bondad del ajuste arroja un R cuadrado corregido de 0,67. Las variables independientes son significativas en su poder explicativo con $p < 0,05$ para cada una de ellas. Existe independencia, simetría y normalidad de los residuos, y se presentan problemas, no severos, de heteroscedasticidad y multicolinealidad.

Conclusiones: El porcentaje de llamadas perdidas debería ajustarse, restando del numerador y denominador todas aquellas de abandono inferior a 11 segundos. Así, las llamadas perdidas serían del 4,7%, que sin duda representan mejor el nivel de atención. El ajuste del modelo implica que casi un tercio de la variabilidad queda por explicar. La inclusión de otras variables, como pueden ser el comportamiento de los usuarios, fallos del proveedor de comunicaciones, grado de competencia de los empleados, etc., podrían mejorar el modelo.

P-028. CAMBIOS DEMOGRÁFICOS EN SANIDAD: ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN ENTRE POBLACIÓN INMIGRANTE Y EL USO DE LA ALTA TECNOLOGÍA DIAGNÓSTICA?

P. Aparico Chueca, N. Jaría Chacón, X. Triadó Ivern y E. Hormiga Pérez

Universidad de Barcelona.

Objetivos: El fenómeno de la inmigración está detrás de un profundo cambio demográfico; un fenómeno que desde 1999 se puede cuantificar en algo más de 3,4 millones de nuevos habitantes y por supuesto este aumento conlleva un aumento directo del gasto sanitario. El trabajo que presentamos se centra en el análisis la relación entre la utilización por cápita en ATD y el volumen de población inmigrante por CCAA. El objetivo de este trabajo es analizar la variabilidad de la población inmigrante, afecta a la estructura del gasto sanitario por CCAA. Partiendo de las conclusiones de un estudio previo, iniciado y presentado en AES el año pasado, el presente trabajo pretende poner especial atención a las comunidades con mayor porcentaje de inmigración, como son, las Islas Canarias, Madrid, Murcia, Valencia, Cataluña y Andalucía. Estudios previos han analizado las relaciones entre inmigración, el envejecimiento de este colectivo, el incremento de gasto sanitario

derivado de la atención materno infantil en urgencias, los trastornos mentales, la atención en ginecología-obstetricia y pediatría, salud bucodental, coberturas vacunales, tuberculosis y medicina general. La originalidad del trabajo que presentamos se encuentra en el estudio entre inmigración y alta tecnología diagnóstica, de la que debe desprenderse unas consecuencias sobre el gasto sanitario en las comunidades autónomas en las que este fenómeno tiene mayor impacto.

Métodos: Para la modelización del gasto sanitario en ATD y para analizar los patrones de utilización de ciertos servicios sanitarios se ha considerado oportuno seguir una variante de la descomposición de Oaxaca, metodología utilizada en "El uso de los servicios sanitarios por inmigrantes propuesta para la estimación de actividad y costes", anexo presentado en el Informe de Grupo de Trabajo sanitario 2007 (estudio previsto en la comunidad de Murcia).

Resultados: Existen numerosos estudios que presentan el perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en diferentes ciudades o provincias españolas (Cots et al, 2002; Vall, M., 2002; Matos y Padrón, 2008; etc.). Sin embargo, hay que indicar que hasta el momento no ha sido posible profundizar en algunos aspectos que están relacionados con el efecto que sobre el gasto sanitario tienen la población inmigrante ni las diferencias existentes por comunidades autónomas.

Conclusiones: Como el trabajo todavía está en proceso de análisis y estudio no se pueden presentar unas conclusiones por el momento. Aún así, la investigación de la que se dispone a día de hoy hace intuir que los objetivos presentados en el estudio serán, en gran medida, confirmados tras los análisis que se realizan y las evidencias que proporcionan los datos.

P-029. LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR PERSONAS MAYORES

C. Lacasa Plana, I. Bullich Marín, A. Busqué Gili y J. Fusté Sugañes

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Las personas mayores son los principales consumidores de recursos sanitarios, incluidos los servicios de urgencias. El objetivo es aportar información de la utilización de los servicios de urgencias de la población de 65 o más años, no institucionalizada, que ayude a mejorar su prevención, la adecuación de las urgencias, y la eficiencia del sistema sanitario.

Métodos: Datos de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA)-2006, obtenidos mediante entrevista a 18.126 personas. Se ha seleccionado los hombres y mujeres de 65 o más años (hombres = 1.231 y mujeres = 1.720). Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables según sexo y edad, según si han sido visitados en el domicilio y si tienen dificultad para las Actividades de la vida diaria (AVD) y necesitan ayuda para realizarlas. También se ha realizado un análisis comparativo en función del sexo. Para la significación estadística se ha aplicado la prueba de χ^2 de Pearson en tablas de contingencia. El nivel de significación establecido ha sido de $p < 0,05$.

Resultados: Un 32,6% de la población de 65 o más años ha sido visitada en urgencias en el último año. El 19,1% ha ido 1 vez a urgencias, el 7,5% 2 veces y el 6,0% > 2 veces. El porcentaje de mujeres es superior que el de los hombres (35,2% versus 29%). De todas las personas que acudieron a urgencias, el 79,7% lo ha hecho en un centro hospitalario y en el 54,2% de los casos la decisión de ir a urgencias la tomó la misma persona entrevistada. Del grupo de personas visitadas en el domicilio, un 50,1% han acudido a urgencias, éste porcentaje es más elevado que las no visitadas en el domicilio (27,2%), así mismo el porcentaje de visitas a urgencias en éste grupo es más elevado para aquellas personas que tienen dificultades para las AVD, no observándose diferencias estadísticamente significativas en función de la edad (65-79 años, ≥ 80 años) entre las mujeres, ni entre los

hombres. Por otro lado, un 42,4% del total de personas mayores con dificultad para las AVD, han sido visitadas de urgencias.

Conclusiones: Los resultados muestran un porcentaje muy elevado de visitas de las personas mayores en los servicios de urgencias, incluidas las personas que se atienden en el domicilio y las personas con dificultades para las AVD. La mayoría de las urgencias se han atendido en los centros hospitalarios. A la luz de éstos resultados, hay que reforzar más la atención en el domicilio dirigida a personas mayores, su control y seguimiento y una mayor accesibilidad de los profesionales en situaciones de crisis. Por otro lado, deberían potenciarse alternativas de atención a los servicios de urgencias hospitalarias para una mejor atención a las personas mayores.

P-030. DIFERENCIAS ENTRE PERFILES SOCIODEMOGRÁFICOS Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS SEGÚN COBERTURA SANITARIA

M. Oller i Pérez-Hita

DKV Seguros.

Objetivos: Este estudio analiza las diferencias existentes entre la utilización de los servicios sanitarios y la satisfacción entre las personas que disponen de un seguro sanitario y las personas aseguradas públicamente, estableciendo un perfil sociodemográfico para ellas. Se pretende conocer si el uso de los servicios de las personas con doble cobertura se realiza de forma complementaria o sustitutiva a la cobertura pública.

Métodos: Para realizar este análisis se ha utilizado la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Se ha realizado una estadística descriptiva de las características de las personas así como de la utilización que hacen de los servicios sanitarios y su satisfacción. Para la comparación se ha utilizado la prueba de la χ^2 y se han analizado las distribuciones porcentuales para las distintas variables: edad, sexo, nivel de estudios, clase social, autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, discapacidades y nivel de satisfacción con la última visita.

Resultados: El 94,48% de la población declara estar cubierto por la asistencia sanitaria pública y el 15% por un seguro privado de salud. En el rango de edades existen algunas diferencias. En la PT, el rango de edades entre los 26 y los 55 años significa el 50,25% del total, para la población con DC es del 63,60%. Además de estas diferencias, existen diferencias en la clase social. El 34,37% de las personas con DC son directivos y para la PT este porcentaje es del 11,44%. Las personas que declaran tener buena o muy buena salud alcanzan el 60,42% para la PT y el 71,99% para DC. El 34,43% de la PT ha estado limitado en sus actividades habituales a causa de una enfermedad crónica o un problema de salud, frente al 29% de las personas con DC. En cuanto a consultas médicas no existen diferencias significativas pero sí las hay en el tipo de médico consultado. En cuanto a la adscripción del profesional visitado, la PT indica en el 94,09% de los casos haber visitado un profesional de la sanidad pública, un 0,72% una sociedad médica y un 3,24% una consulta privada. Para las personas DC, en el 45,33% de los casos han visitado un centro público, un 27,43% una sociedad médica y un 22,71% una consulta privada.

Conclusiones: El análisis de los datos de la ENS 06 muestra perfiles sociodemográficos y de salud diferentes entre las poblaciones con cobertura pública y con DC. La población con DC tiene características distintas a la población cubierta sólo públicamente; es más joven, pertenece a clases sociales más favorecidas, e indica una mejor percepción del estado de salud y menos enfermedades crónicas y discapacidades. El hecho de tener DC no condiciona el haber sido visitado por algún profesional sanitario, pero sí está relacionado con una mayor probabilidad de haber sido visitado por algún especialista.

P-031. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y MOTIVOS DE CONSULTA SEGÚN TIPO DE COBERTURA SANITARIA DE LA POBLACIÓN CATALANA

A. Mompert Penina, A. Medina Bustos, P. Brugulat y R. Tresserras

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Objetivos: Estimar las diferencias de utilización de los servicios sanitarios públicos en la población catalana según dispongan o no de doble cobertura sanitaria, según el tipo de profesional visitado y los motivos de consulta.

Métodos: Datos de la Encuesta de salud de Catalunya 2006, que entrevista a 18.126 personas no institucionalizadas residentes en Catalunya. Se han seleccionado las 3.932 que declararon utilizar los servicios sanitarios en los 15 días previos. Se crean las variables dicotómicas: tener o no doble cobertura (DC y NDC) y utilizar o no servicios sanitarios públicos los 15 días previos. Las variables analizadas son tipo de profesional consultado y motivo de la visita. La significación estadística de los datos se ha contrastado con la prueba de χ^2 (5% error).

Resultados: De las 3.932 personas que utilizaron los servicios sanitarios durante los 15 días anteriores a la entrevista el 76,6% utilizó un servicio sanitario público, el 27,1% disponía de DC, el 49,3% visitó un profesional de medicina general (MG), el 34,3% un especialista, el 44,8% declaró que el motivo principal de la visita fue la enfermedad y el 22,1% que fue para un examen preventivo. El análisis bivariado entre las personas las personas que han utilizado los servicios sanitarios públicos mostró que el 74,9% de las personas con DC visitaron al MG (95,9% NDC), que las visitas a un especialista oscilaron entre el 11,7 y el 28,8% entre la población con DC, siendo los porcentajes del 22,4 y del 92,2% entre los NDC. Las diferencias son estadísticamente significativas en las visitas al MG y a los especialistas, a excepción del dentista. Según motivo de la visita, entre los más frecuentes se observan diferencias significativas: enfermedad (53,6% DC y 92,3% NDC), examen preventivo (30,3% DC y 87,1% NDC) y lesión (42,4% DC y 79% NDC). El resto de motivos no presenta diferencias significativas: renovar prescripciones (98% DC y 95,5% NDC), procedimiento administrativo (78,6% DC y 100% NDC) y vacunaciones (61,5% DC y 79,2% NDC).

Conclusiones: La población con DC hace un uso elevado de los servicios sanitarios públicos. En comparación con la población que dispone únicamente de cobertura pública se observa una utilización menor en las diferentes categorías de las variables analizadas. No obstante, destaca el uso relativamente más elevado del profesional de medicina general y menor de los especialistas. En los principales motivos de visita (enfermedad, examen preventivo y lesión) la utilización de servicios sanitarios públicos es menor que en renovación de prescripciones y procedimientos administrativos.

P-032. APROXIMACIÓN AL COSTE DIRECTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HBP) EN ESPAÑA

J. Slob

Universidad Autónoma de Barcelona.

Objetivos: Estimar los costes directos asociados al manejo de la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP) en el contexto del sistema sanitario español.

Métodos: Se extrapolaron datos de prevalencia de la HBP, obtenidos de estudios epidemiológicos, a la población española de 2008. Se estimó la probabilidad de acudir a un médico con motivo de la HBP en función de la intensidad de las molestias sufridas por el paciente. Para aquellos pacientes que entran en contacto con el sistema sanitario, y diferenciando según la gravedad de la enfermedad y el nivel asistencial, se estimó el consumo de pruebas diagnósticas y visitas

médicas a partir de un reciente estudio sobre el manejo de la enfermedad en el sistema sanitario español. Los costes del tratamiento farmacológico se obtuvieron de informes de ventas de las especialidades correspondientes en oficinas de farmacia, incluidos productos naturales. Para los datos sobre las intervenciones quirúrgicas, finalmente, se consultó el Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. Todos los importes monetarios se expresaron en Euros de 2008.

Resultados: Se estimó que en 2008 había 5,8 millones hombres españoles mayores de 50 años con HBP, de los cuales algo más de 600.000 habrían consultado un médico debido a esta patología. Los costes directos generados en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento se valoraron en 423 millones de Euros, con el siguiente desglose: pruebas diagnósticas 10%, visitas médicas 24%, fármacos 57%, e intervenciones quirúrgicas 9%.

Conclusiones: Los costes directos asociados al manejo de la Hipertensión Benigna de Próstata son muy sustanciales. Ante los cambios que se están produciendo en la estructura de edad de la población española, cabe esperar una evolución al alza.

Gestión y organización I

Moderadora: Rosa Urbanos

P-033. CÓMO DESARROLLAR LA GESTIÓN “HACIA Y PARA LAS PERSONAS”

J. Pujol, A. Jover, O. Barbancho y L. Terradellas

Hospital Plató.

Objetivos: El año 2002 la organización definió como fundamental: La sostenibilidad social y económica y la excelencia en calidad. Para destacar la importancia de la sostenibilidad social era necesario políticas y estrategias para impregnar a la organización de que había que alinear a las personas con los objetivos.

Métodos: Mediante los planes estratégicos se han generado líneas estratégicas y acciones. Se han implantado: modelo EFQM, gestión por procesos y Responsabilidad Social. Otras acciones: 1) Liderazgo a aplicar. Definiéndose como: Participativo, Capacitativo y Orientativo. 2) Ética colectiva mediante código ético para la organización y alineando valores con la Responsabilidad Social. 3) Participación. Desarrollo procesos asistenciales y no asistenciales, grupos de mejora y participación en la definición de los objetivos anuales. 4) Plan de Mejoras Sociales. Se han configurado mejoras encaminadas a las políticas de conciliación, igualdad, formación, reconocimiento de los objetivos y mejora de las condiciones del trabajador. 5) Comunicación, se han aplicado estrategias, para favorecer y mejorar la comunicación ascendente, descendente y transversal. Destacan las Jornadas Estratégicas Anuales y el plan de comunicación interna. 6) Implicación de las personas mediante un sistema de reconocimiento, de delegación de funciones, de visualización de los mandos intermedios y de cesión como “propietario” en los procesos. 7) Fomentar el orgullo de empresa. Mediante el reconocimiento de la organización externamente. Se ha implantado un plan de colaboración con la sociedad y políticas activas sobre los grupos de interés.

Resultados: 1) Encuestas de clima laboral. Años 2004/05/07: Se analizaron los valores siendo los resultados, (en una escala de máximo 5): a) Trato humano y personalizado (a los trabajadores: 4,01. A los pacientes: 4,27) b) Vocación de excelencia (a los trabajadores: 3,67. A los pacientes: 4,13) c) Transparencia y compromiso ético (a los trabajadores 3,64 y a los pacientes 3,95) d) Solidaridad con las personas y el entorno (personas 3,73 y en el entorno 3,39) 2) Reconocimientos externos: a) Premio Avedis Donabedian a la Calidad en Hospitales 2008 b) Certificación EFQM (+400) sello de plata Europeo 2007 c) Premio Avedis Donabedian a la Mejor información en Responsabilidad Social

2007 d) Premio Avedis Donabedian calidad en Hospitales 2005 e) Top 20 2005.

Conclusiones: En nuestra organización con el alineamiento de las personas tanto las mejoras en las encuestas de clima laboral, como los reconocimientos externos nos hacen creer que dicha estrategia favorece tanto a las personas como a la organización y por tanto a nuestros pacientes y grupos de interés.

P-034. DESARROLLO DE UN MODELO DE INDICADORES MIXTOS PARA LA MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA HOSPITALARIA

P.A. Cabello Granado y A. Hidalgo Vega

Hospital de Paraplégicos de Toledo (SESCAM); Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).

Objetivos: El objetivo principal de esta investigación es la evaluación de eficiencia a través del desarrollo de un modelo de indicadores mixtos de la actividad en los hospitales del SESCAM, en el año 2004 de manera que puedan servir como patrón o referente a la hora de evaluar el funcionamiento de los centros hospitalarios.

Métodos: El Método seguido para la elaboración del trabajo ha comenzado con la Toma de Datos del año 2004 referente a utilización de recursos (Inputs) como variables económicas y estructurales, tales como: el presupuesto asignado a los hospitales, número de quirófanos, número de camas, número de consultas externas, plantilla del personal del centro, y otros. Del mismo modo se obtuvo el índice de variables de las actividades asistenciales y/o productos hospitalarios (output), como: índice de producción asistencial (número de altas, número de ingresos, consultas externas, consultas de urgencias, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas), y niveles de calidad (índice de mortalidad, complicaciones asociadas al riesgo, índice de estancia media, índice de ocupación, relación de consultas primeras/sucesivas). A continuación de la toma de datos se realizó un proceso de inclusión de los hospitales de la Comunidad de Castilla-La Mancha para su validación y posterior codificación de toda la información recabada, se excluían del estudio aquellos hospitales que no se ajusten los parámetros establecidos. Posteriormente se realizó un proceso descriptivo de Hospitales según variables económicas y tecnológicas previo al análisis de eficiencia sanitaria. Finalmente se realizó el Análisis de la Eficiencia, pero en primer lugar se realizó un posicionamiento global a través del desarrollo de modelo de eficiencia por indicadores y posteriormente se desarrolló un modelo de eficiencia relativa todo ello con ratios económicos y asistenciales mixtos.

Resultados: Con los datos de ambos análisis, se clasifican y ordenan en hospitales eficientes e ineficientes. Del mismo modo se identifican y analizan las causas por las que los hospitales del SESCAM resultaron ser eficientes e ineficientes.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación nos muestran como de manera general los centros de reducidas dimensiones muestran un comportamiento más eficiente en su actividad eminentemente hospitalaria que los centros de mayores dimensiones, pero esta conclusión no es trasladable con criterio general en la actividad realizada en pruebas diagnósticas y/o terapéuticas con los equipos de alta tecnología y la actividad de consultas externas, donde existen centros de mayores dimensiones con índices de eficiencia superiores a los centros pequeños.

P-035. PROFESIONALES SANITARIOS EN RED: CARACTERIZACIÓN Y DETERMINANTES

F. Lupiáñez, P. Ficapal y J. Torrent

Universitat Oberta de Catalunya.

Objetivos: Las TIC suponen un proceso de innovación tecnológica donde se establece un complejo tejido de interacciones. El objetivo de esta comunicación es: identificar, caracterizar y explicar los determinantes de los usos profesionales que médicos, enfermeras y farmacéuticos realizan a través de las TIC. Estos usos determinan unas prácticas avanzadas que configuran un nuevo perfil que denominaremos Profesional Sanitario en Red. Este tipo de profesional tendrá unas capacidades y habilidades (e-competencias) propias de la Sociedad Red.

Métodos: Se diseñó un cuestionario para cada perfil profesional. Estos cuestionarios fueron enviados mediante los emails de los colegios profesionales de Barcelona. De los 16.531 emails enviados a los médicos se obtuvieron 2.199 respuestas; de los 13.583 emails a las enfermeras se obtuvieron 1.170 y de los 7.648 emails a los farmacéuticos se obtuvieron 898 respuestas. Para clasificar a los individuos han sido utilizados análisis factoriales y de clusters, mientras que para el análisis causal se ha utilizando un modelo Logit binomial.

Resultados: Los factores que determinan el perfil profesional denominado Médico en Red (38,6%) son: el uso intensivo de la información internacional; el uso intensivo de Internet orientado hacia la información y la investigación; el uso de los sistemas de información orientados hacia fuera de la organización; el que los médicos realicen investigación; el que consideren que el uso de Internet en su actividad profesional mejora la comunicación con el paciente y el que realicen sus actividades en centros públicos y privados. En el caso de las enfermeras se observa que los factores relacionados con: el uso intensivo de la información internacional; el desarrollar actividades relacionadas con la investigación y valorar los contenidos en salud disponibles en Internet como muy relevantes tienen configurar la Enfermera en Red (4,5%). En el caso de los farmacéuticos se observa que los factores relacionados con: los usos intensivos de Internet orientado a la comunicación y divulgación científica; el trabajar en un lugar relacionado con la investigación; el valorar los contenidos en salud disponibles en Internet como muy relevantes y el considerar muy útil el uso de Internet en la práctica profesional configuran al Farmacéutico en Red (8,6%).

Conclusiones: La interrelación entre los usos intensivos de las TIC, especialmente Internet, la valoración positiva de los profesionales sanitarios de estas tecnologías en relación con su trabajo y sus pacientes, el uso intensivo de la información, y una actividad profesional orientada hacia la investigación determina un nuevo perfil profesional que denominaremos Profesional Sanitario en Red.

P-036. INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN LOGÍSTICA DEL MODELADO HOSPITALARIO

S. Casas Paredes y J.J. Álvarez-Ossorio Piñero
SAS (Área Hospitalaria Valme de Sevilla).

Objetivos: Tomando como punto de partida el objetivo de dar cobertura a las necesidades de los servicios que integran el Área Hospitalaria en materia de modelado y reprografía, el Hospital de Valme inicia un procedimiento de contratación administrativa cuyo objeto cubra las siguientes prestaciones: 1.-Suministro de modelado; 2.-Arrendamiento y mantenimiento de máquinas fotocopadoras en Unidades/Servicios; 3.-Suministro de materiales de máquinas fotocopadoras en Unidades/Servicios, y 4.-Servicio de reprografía.

Métodos: Partiendo de la base de un contrato tipo, se introducen ciertas modificaciones para adaptarlo a las nuevas tendencias en gestión sanitaria. Estas nuevas tendencias se centran en el servicio de aprovisionamiento y distribución del modelado, destacando entre otras: 1.-Stocks cero, suprimiendo para ello todo el material inmovilizado en cualquier almacén del Área. 2.-Facturación de lo realmente consumido, ajustando por tanto los presupuestos anuales a las necesidades reales. 3.-Externalización de la gestión logística del modela-

je, proporcionando una mayor adaptación a las necesidades reales de los servicios. 4.-Incorporación de un software de gestión en entorno Web, el cual contendrá un catálogo virtual del modelado del Hospital, sirviendo también para formalizar las solicitudes de reposición además de proporcionar información de gestión como: trazabilidad del pedido, consumos por servicios y modelo, etc. 5.-Gestión de Catálogo, con objetivos tales como: actualización, unificación y diseño de modelado.

Resultados: 1.-Reducción de stocks y la obsolescencia del modelado a cero, gracias a completarse el circuito de reaprovisionamiento menos de 48 horas. 2.-Reducción del consumo, al ajustarse las peticiones de los servicios a las necesidades reales, por lo que solo se factura lo realmente consumido, evitando de esta manera la obsolescencia del material. 3.-Gestión centralizada a través de un software en entorno Web.

Conclusiones: La incorporación de estas nuevas técnicas de gestión, así como la total implicación del proveedor del servicio en las mismas, ha proporcionado notables beneficios a la gestión logística y de compras del Área Hospitalaria.

P-037. LAS ÁREAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE BARCELONA. INNOVACIÓN, Y COORDINACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL, LA TUBERCULOSIS

L. Espinosa y J. Estany

Consorci Sanitari de Barcelona - Regió Sanitària Barcelona.

Objetivos: Definir unos criterios de ordenación y coordinación para la atención de la tuberculosis en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Identificar déficits y posibles mejoras de coordinación entre niveles asistenciales, proveedores y profesionales. Elaboración de una "Propuesta organizativa y de circuitos del proceso de atención, prevención y control de la tuberculosis". Creación y puesta en marcha de los comités operativos de tuberculosis de las Áreas y de ciudad.

Resultados: Modelo de coordinación propuesto. Los comités operativos de tuberculosis han sido creados como parte de la estructura organizativa y de coordinación de cada Comité de Atención Integral de Salud (CAIS) o comité de proveedores de cada una de las cuatro Áreas de Barcelona. El modelo de organización y coordinación de la atención a la tuberculosis está basado en la "Propuesta organizativa y de circuitos..." recogida en un capítulo de la Guía y propuesta de organización para la prevención y control de la tuberculosis en la Regió Sanitària Barcelona editada por el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) en enero del 2008. Este modelo organizativo ha sido aceptado por los profesionales implicados de la atención primaria, especializada, sociosanitaria y salud pública (Jornadas de tuberculosis en la Región Sanitaria Barcelona) y es el modelo con el que trabajan los comités operativos para organizar sus actividades y sus propuestas.

Conclusiones: Características del modelo de coordinación y puesta en marcha en el territorio. El modelo desplegado en las cuatro Áreas es el de la creación de un CAIS, un comité permanente y comités operativos para coordinar líneas asistenciales como urgencias-emergencias, salud mental y adicciones, farmacia..., o coordinar patologías que necesiten mejoras organizativas por su complejidad asistencial pluridisciplinar, caso del ictus o mejor control y coordinación como la tuberculosis. Cada comité operativo de tuberculosis tiene una misión, objetivos y composición interna a partir de profesionales referentes de tuberculosis de los diferentes proveedores de servicios. La coordinación interna y representación externa la hacen los coordinadores de cada comité. El comité operativo de tuberculosis de ciudad está formado principalmente por los coordinadores de los comités, responsables de vigilancia epidemiológica y del programa de tuberculosis de la ciudad. Tiene como misión comunicar a los gestores sanitarios de la ciudad y a los responsables de salud pública

los problemas organizativos y de coordinación existentes. Los comités disponen de grupos de trabajo creados dentro de la plataforma tecnológica eCatalunya en un entorno web 2.0.(blog, wiki..) y web temáticas como la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB).

P-038. UTILIZACIÓN RETROSPECTIVA DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES ADJUSTED CLINICAL GROUPS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO POBLACIONAL

A. Sicras Mainar, T. Martínez Ruíz, J.L. Fernández Roura, A. Prados Torres, J. Prats Sánchez, et al.

Dirección de Planificación; Badalona Serveis Assistencials SA; Badalona, Barcelona; PROSS; Dirección de Consultoría (Consultoria i Gestió SA); Barcelona; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; Zaragoza.

Objetivos: La implantación de un sistema de información sanitario en el ámbito de la atención primaria (AP), debe de responder a la necesidad de establecer un instrumento de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades que se realizan sobre ella. Los SCP en atención ambulatoria, y en particular los de la AP, no han sido empleados de una forma generalizada. El objeto del estudio fue medir el funcionamiento de los Adjusted Clinical Groups (ACG), proporcionar el índice de riesgo (IR) y de eficiencia en las visitas (IE), y determinar el poder explicativo de la clasificación sobre las visitas, en un equipo de AP de un ámbito poblacional español.

Métodos: Estudio descriptivo de carácter retrospectivo. Fueron incluidos en el estudio todos los pacientes atendidos por un equipo de AP durante el año 2007. Las principales mediciones fueron: variables universales (edad y sexo), dependientes (visitas y episodios) y de casuística o comorbilidad (Groupier ACG® versión 7.0). Se consideró como estándar o norma de comparación la información del año 2006. El IR se calculó como el cociente entre la media de visitas esperadas y las del estándar, mientras que el IE como el cociente entre las visitas observadas y las esperadas. Se efectuó un análisis de regresión múltiple para la predicción de los modelos. Significación estadística, $p < 0,05$.

Resultados: El número de pacientes estudiados fue de 8.294 (cobertura: 82,7%), con una media de 4,1 (3,0) episodios y 6,9 (8,0) visitas/paciente/año. La frecuentación fue de 5,7 visitas/habitante/año y en 7 ACG se clasificó el 53,0% de los pacientes atendidos. El IR del equipo fue del 1,015, el IE en las visitas del 0,975 y el poder explicativo (R2) de la clasificación ACG fue del 53,4% en las visitas y del 74,8% para los episodios.

Conclusiones: Los ACG han permitido agrupar personas procedentes de una población, a partir del estado clínico y de la utilización de recursos individual. La metodología se ha mostrado adecuada para cuantificar la carga de morbilidad, y la eficiencia en las visitas, con unos resultados aceptables sobre el estándar. Los ACG se muestran como un aceptable sistema de clasificación de pacientes en situación de práctica clínica habitual.

P-039. HOSPITAL PLATÓ: NUEVO MODELO DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA

V.S. Vidal Serra y S.L. Sols Lladó

Hospital Plató.

Objetivos: Proponer un modelo de gestión económica para Hospital Plató que permita obtener información enfocada a la toma de decisiones, mediante una participación más coherente de los diferentes centros de responsabilidad a nivel presupuestario, la integración con un modelo de contabilidad analítica y la planificación financiera.

Métodos: 1. Análisis del modelo vigente. a) Descripción funcional del modelo: elaboración, control, análisis de desviaciones y reporting. b) Mapa de los sistemas de información que lo soportan. 2. Participación de las áreas funcionales en la definición de requerimientos. a) Visión económica: gastos e inversiones. b) Visión presupuestaria: responsabilidades. c) Visión analítica: líneas de negocio. d) Visión financiera: el cash-flow. e) Visión estratégica: el reporting. 3. Definición del modelo teórico de presupuestación. 4. Validación del modelo.

Resultados: 1. Explicación del modelo. a) Proceso de presupuestación: política, metodología y responsabilidades. b) Proceso de control y análisis: verificación de hipótesis, disponibilidad de la información. c) Proceso de reporting: resultados, escenarios. d) Requerimientos de los sistemas de información: integración. 2. Requisitos en la implantación: planificación y escalabilidad.

Conclusiones: 1. Antecedentes: historia y gestión del cambio. 2. Beneficios esperados: a) Organizacionales: el plan estratégico 2007-2010, EFQM y mejora continua. b) Dirección Económica: posicionamiento organizacional, nuevas posibilidades (análisis, generación de escenarios...). 3. Recursos necesarios: humanos, económicos, tiempo y conocimiento. 4. Pasos a futuro: costes por proceso y por paciente.

P-040. EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL MANEJO CLÍNICO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN CONSULTAS MONOGRÁFICAS FRENTE A CONSULTAS GENERALES EN UNIDADES ASISTENCIALES

J. Matías-Guiu, M. Guerrero, J. López Trigo, J. Montero, A. Ortega, et al.

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Madrid, Madrid; Servicio de Neurología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; Escuela de Gerencia Sociosanitaria, Universidad Católica de Murcia, Murcia; Servicio de Neurología.

Objetivos: Evaluar la eficiencia del manejo clínico del dolor crónico con componente neuropático (DN) en una consulta monográfica (CM) frente a consultas generales (CG) de Neurología en unidades asistenciales de Neurología en España.

Métodos: Estudio retrospectivo, con un periodo de observación de 6 meses, no intervencionista y comparativo entre dos modelos de atención neurológica, que incluyó pacientes con DN. Se recogió la situación laboral, el nivel educativo, historia clínica, comorbilidad asociada, capacidad funcional y utilización de recursos sanitarios y no sanitarios. Los sanitarios incluyeron fármacos, visitas médicas, pruebas complementarias y hospitalizaciones. También se computaron los costes de bolsillo (guardería, transporte, etc.). Los costes indirectos incluyeron los días perdidos de trabajo como consecuencia del DN. El coste se computó desde la perspectiva de la Sociedad en el año 2008. Como medida de efectividad se registró la intensidad y la interferencia del dolor (rango de menor a mayor 0-10) en las actividades de la vida diaria mediante la escala breve de dolor (BPI).

Resultados: Se incluyeron 234 pacientes; 56,8% mujeres, y 59,3 ($\pm 14,7$) años. La asignación de pacientes se realizó según criterios asistenciales de forma consecutiva e independiente del diagnóstico y status clínico del paciente; 53,0% en consultas monográficas. El coste indirecto anual de los pacientes en CM fue de 1.299€ (± 2.804) frente a 1.483€ (± 3.452) en CG; $p = 0,660$, mientras que los costes directos fueron, respectivamente, 2.911€ (± 3.335) y 3.563€ (± 4.797); $p = 0,239$, con unos costes totales de 4.210€ (± 4.654) y 5.060€ (± 6.250), $p = 0,249$. La puntuación media en la intensidad del dolor fue de 3,8 ($\pm 2,3$) en CM y 5,2 ($\pm 2,0$) en CG; $p < 0,0001$, mientras que la interferencia del dolor con las actividades diarias fue, respectivamente, de 3,3 ($\pm 2,0$) y 4,7 ($\pm 2,5$); $p < 0,0001$.

Conclusiones: El manejo clínico del DN en consultas monográficas fue una alternativa dominante al asociarse a mejores resultados clínicos con menor intensidad del dolor e interferencia con las actividades diarias mientras se mantiene un nivel de costes similar.

Gasto farmacéutico

Moderadora: Marta Trapero

P-041. ESTIMACIÓN DEL POSIBLE IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN EL MERCADO FARMACÉUTICO

J. MacCarthy y M. Prior

IMS Health.

Objetivos: IMS Health realiza habitualmente previsiones sobre el futuro crecimiento de la industria farmacéutica. En los próximos años las tasas de crecimiento van a verse afectadas por la crisis económica global. El objetivo del estudio es estimar el posible impacto que puede tener la crisis en los mercados farmacéuticos internacionales.

Método: Se analizan las ventas del mercado farmacéutico según la base de datos internacional de IMS Health. Se hace una extrapolación de las ventas según el análisis de las ventas histórica y variables macroeconómicas, y usando técnicas de regresión múltiple. Sobre esta extrapolación se consideran eventos futuros tales como cambios en la población, en la práctica clínica, regulatorios, nuevos lanzamientos y competencia de genéricos. Para incorporar el impacto de la crisis se ha realizado un análisis de sensibilidad, donde se ha considerado un cambio del 1% en las variables macroeconómicas, así como el cambio macroeconómico experimentado en los últimos 6 meses de 2008. Adicionalmente, se han reconsiderado los eventos que pueden afectar al caso base de las previsiones.

Resultados: El crecimiento futuro estimado de los mercados farmacéuticos internacionales va a verse afectado negativamente por la crisis económica, aunque en diferente magnitud. En un grupo de países las condiciones macroeconómicas van a afectar de manera más importante el crecimiento de sus mercados farmacéuticos. Estos países son EEUU, Rusia, China, Italia y Brasil. En algunos países ese impacto puede verse compensado por otros eventos, como es el aumento del acceso a la sanidad en el caso de China. Así, por ejemplo, la previsión de crecimiento para el 2009 en China es del 19-20%. En Rusia y Brasil, el crecimiento esperado es también de doble dígito, a pesar de verse negativamente afectados por la crisis. En EEUU e Italia se espera que el crecimiento del sector farmacéutico sea sólo 1-2%. En otro grupo de países, incluyendo a España, la crisis va a afectar moderadamente. Se espera que el crecimiento en el mercado español se mantenga entre 6-7%. En el Reino Unido se prevé que sea de 2-3%, en Corea del Sur y México 8-9%, y en Turquía 16-17%. Hay un último grupo de países donde el efecto macroeconómico de la crisis se estima que sea bajo. Estos países son India, Cañada, Francia, Japón y Alemania.

Conclusiones: La industria farmacéutica es un sector intervenido, y el efecto que pueda ocasionar la crisis va a depender también en gran medida de la importancia de los gobiernos en la financiación de medicamentos y en sus intervenciones. En el caso de España, por ejemplo, el Gobierno y Farmaindustria han firmado un pacto en el que el Gobierno se compromete a mantener la estabilidad del sector y la industria a conservar el empleo y aumentar la inversión en I+D (15% anual), con la esperanza de minimizar el impacto de la crisis.

P-042. COMPARACIÓN DE COSTES ENTRE EL USO DE ZEVALIN® EN CONSOLIDACIÓN FRENTE A MABTHERA® EN MANTENIMIENTO DESPUÉS DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN

J.F. Tomás, L. Febrer, C. Piñol y E. Musi

M.D. Anderson Internacional España, Madrid; Unidad de Farmacoeconomía, Bayer HealthCare, Barcelona; Departamento de Oncología, Bayer HealthCare, Barcelona.

Objetivos: Zevalin® ha sido aprobado recientemente en España como tratamiento de consolidación después de la remisión tras inducción en pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) folicular de células B no tratados previamente. El objetivo del presente estudio fue comparar los costes de este tratamiento frente a los costes del tratamiento de mantenimiento con MabThera® en España.

Métodos: Se ha realizado un ejercicio de micro-costes mediante Microsoft Excel considerando los costes españoles, en euros de 2008, tanto de medicación como de premedicación para ambas alternativas. Se añadió el marcaje del Zevalin® con Itrio a los costes de dicha medicación. También los costes de administración han sido considerados, principalmente en el hospital de día. La perspectiva del estudio fue la del Sistema Nacional de Salud. La información sobre los costes farmacológicos se obtuvo de IMS, la posología de la ficha técnica del producto y los patrones de premedicación de la opinión de expertos. Otros costes se obtuvieron de fuentes especializadas. El patrón de administración del mantenimiento con MabThera® en este contexto se tomó del estudio PRIMA (no finalizado). Se tuvo en cuenta que, según ficha técnica, previamente a la administración de Zevalin® en consolidación se administran dos dosis de 250 mg/m² de MabThera® como premedicación.

Resultados: Bajo estas premisas, el tratamiento con Zevalin® en consolidación representó una reducción de los costes farmacológicos y de administración del 32% respecto a los del mantenimiento con MabThera® para los hospitales en España. En valores absolutos los costes de medicación y premedicación ascendieron a 15.203 EUR para Zevalin® y 21.044 EUR para MabThera®. Considerando además los costes de administración los valores totales fueron 15.675 EUR para Zevalin® y 22.934 EUR para MabThera®. El 16% de los costes de la consolidación con Zevalin® fueron debidos a la administración de MabThera® como premedicación y su premedicación, paracetamol y difenhidramina.

Conclusiones: El tratamiento con Zevalin® en consolidación administrado una vez post-quimioterapia en pacientes con LNH folicular de células B previamente no tratados resulta menos costoso en términos de costes farmacológicos que el tratamiento de mantenimiento con MabThera® administrado cada dos meses durante dos años en España.

P-043. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE MEDICAMENTOS E IMPACTO PRESUPUESTARIO EN EL CATSALUT

D. Magem, C. Espinosa y T. Gilabert

Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries; Servei Català de la Salut.

Objetivos: Mejorar la eficiencia en la utilización de medicamentos a partir de incorporar la evaluación económica y el impacto presupuestario en la política farmacéutica del Catsby.

Métodos: El Catsby determina las prioridades en materia de evaluación económica; trabaja con entidades externas independientes para la elaboración de los estudios; mantiene un diálogo fluido con los distintos agentes del sistema incluida la industria farmacéutica y, a partir de la información disponible, pone en marcha las actuaciones pertinentes. Se constituyó una comisión asesora: Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario (CAEIP) formada por un grupo multidisciplinar de reconocidos expertos, con la finalidad de priorizar la realización de estudios en materia de evaluación económica y de revisiones sistemáticas farmacoeconómicas de los principales grupos terapéuticos, realizar estimaciones del impacto presupuestario de la inclusión de medicamentos en la oferta pública y formular propuestas en materia de financiación de determinados fármacos.

Resultados: Se dispone de cuatro revisiones sistemáticas y sus respectivos dictámenes del grupo de estatinas (colesterol), los inhibidores de la bomba de protones (antiulcerosos), tratamientos farmacológicos indicados en osteoporosis postmenopáusica y antipsicóticos

atípicos indicados en esquizofrenia y dos más que se iniciarán en el 2009; se ha aprobado el régimen de funcionamiento interno y el procedimiento de realización de revisiones sistemáticas; se ha adoptado como referente la nueva propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a tecnologías sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo; se están explorando los contratos de riesgo compartido como una opción en materia de financiación; se ha iniciado la colaboración con la AATRM en las evaluaciones económicas de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad; se está trabajando en la identificación y puesta en marcha de mecanismos que faciliten la difusión y seguimiento de las recomendaciones emitidas entre los profesionales sanitarios y se han realizado talleres y jornadas de formación en este ámbito con distintos proveedores sanitarios. Los procedimientos de trabajo como los informes y dictámenes de las evaluaciones realizadas están accesibles en la web del Catsalut.

Conclusiones: La incorporación de la evaluación económica de los medicamentos en las decisiones de la prestación farmacéutica en Cataluña es un elemento prioritario en la gestión de recursos públicos. Encontrar sinergias con otras iniciativas similares en nuestro país y unirnos a la corriente evaluadora existente en otros países en esta materia son uno de nuestros desafíos para los próximos años.

P-044. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS DE ALTA COMPLEJIDAD: UN RETO SANITARIO

T. Gilabert, A. Prat y C. Espinosa

Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

Objetivos: El uso racional de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad (TAC) que permita mejorar los resultados en salud en un marco financieramente sostenible, que garantice la equidad y coadyuve la innovación.

Métodos: Se crea el programa de evaluación, seguimiento y financiación de los tratamientos farmacológicos de alta complejidad (PASFTAC) adscrito al Catsalut. Se consideran TAC las terapias farmacológicas para enfermedades huérfanas; la terapia génica, celular somática; terapia avanzada para el tratamiento del cáncer; fármacos autorizados como "Conditional approval" o "Exceptional circumstances" y otras terapias innovadoras.

Resultados: Se constituyen tres comisiones con las siguientes funciones: -Comisión de evaluación de Medicamentos de Utilización Hospitalaria (CAMUH) liderada por la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud que recomienda el lugar en terapéutica y junto con el consejo asesor que se describe a continuación, los criterios de utilización. -Consejo Asesor de Tratamientos Farmacológicos de Alta Complejidad (CATFAC) que emite recomendaciones sobre las solicitudes de autorización y renovación que requieran revisión a título individual o por grupos y crea registros de seguimiento de estos pacientes. -Comité de Provisión y Financiación (COPIF) que valorará los aspectos económicos de la introducción de los TAC y explora nuevos marcos de actuación como los programas de riesgo compartido. Actualmente, ocho fármacos están en proceso de evaluación. Se han definido los criterios de indicación, seguimiento así como de éxito clínico para una terapia huérfana en concreto y se están revisando individualmente todas las solicitudes de autorización y/o seguimiento. Se ha iniciado la valoración de los programas de riesgo compartido evaluando un caso concreto que finalmente no se ha materializado. También se han definido los procedimientos de actuación de las distintas comisiones.

Conclusiones: El crecimiento sostenido de la demanda en la prestación farmacéutica y la aparición de una nueva oferta con elevados niveles de complejidad, conducen inevitablemente a la creación de estrategias que permitan garantizar una prestación farmacéutica universal de calidad que, a la vez, contribuya a la sostenibilidad del sistema sanitario. En Noviembre del 2008 el Parlament de Catalunya insta al Gobierno a abordar el tema de las enfermedades raras con

una serie de medidas y líneas de actuación entre las que se encuentra la financiación que requerirá una valoración previa por parte del CATFAC. El debate acaba de empezar. El reto es cómo incentivar el desarrollo de estas terapias y financiar su uso manteniendo la sostenibilidad del sistema sanitario. El PASFTAC esperamos contribuya a esta finalidad.

P-045. RIESGO COMPARTIDO: ¿POR QUÉ NO?

C. Espinosa, T. Gilabert, D. Magem y A. Prat

Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries.

Objetivos: Los acuerdos de riesgo compartido regulan algunas incertidumbres y distribuyen los riesgos entre distintos agentes del sistema en los que el financiador y la industria farmacéutica asumen el papel principal. Desde el Catsalut se decidió abordar si los programas de riesgo compartido pudieran convertirse en una alternativa en el sistema sanitario catalán y contribuir a alcanzar los objetivos de mejorar los resultados en salud en un entorno financieramente sostenible.

Métodos: En el Catsalut Bio_Workshop, se constituyó un grupo nominal formado por 22 representantes de distintos agentes del sistema sanitario y tras una exposición sobre el marco teórico de los programas de riesgo compartido, se identificaron las principales áreas de interés, las principales barreras y se presentaron diversas propuestas para avanzar en esta materia.

Resultados: Entre las principales áreas de interés se identificaron la reducción de la incertidumbre en la efectividad de los tratamientos farmacológicos y en las decisiones sobre financiación; compartir un objetivo común entre industria y administración; favorecer la innovación y el acceso de los pacientes a la misma y el cambio de modelo de relación entre industria y administración. En cuanto a las barreras, se centraron en la dificultad del modelo en sí; en alcanzar acuerdos entre industria y administración; las dificultades en la medición de la efectividad de los resultados y los elevados costes de implantación, seguimiento y evaluación de los programas de este tipo. Las principales propuestas del grupo para avanzar en este tipo de programas fueron: focalizarse principalmente en patologías de baja incidencia, alta necesidad sanitaria y elevado coste; potenciar los registros clínicos de pacientes y los estudios de epidemiología y farmacoepidemiología; explorar los modelos de riesgo compartido que se están realizando en otros países; gestionar mejor las expectativas de los pacientes y usuarios y garantizar uniformidad y transparencia en los criterios de evaluación y financiación de los medicamentos.

Conclusiones: En la búsqueda de soluciones a los retos futuros, en el Catsalut se ha constituido el núcleo embrionario para la discusión y análisis de los programas de riesgo compartido como una alternativa que permita contribuir a afrontar la sostenibilidad del sistema sanitario. En este sentido desde el Catsalut se han iniciado toda una serie de acciones como mantener un grupo de trabajo multidisciplinar, evaluar experiencias en otros países, analizar el marco legal en nuestro entorno, avanzar en la medición de resultados en salud, definir un marco de referencia e incorporar en el debate y en las decisiones a los distintos agentes del sistema incluyendo a los pacientes y usuarios.

P-046. ESTUDIO COMPARATIVO DE UN PROGRAMA DE PROVISIÓN GRATUITA DE MEDICAMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EVENTO CEREBROVASCULAR EN ARGENTINA

L.R. Renati y J.R. Ríos

Universitat Pompeu Fabra; Facultad de Ciencias Económicas y Sociales - Universidad de Buenos Aires; Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Objetivos: Demostrar a través de un estudio comparativo que la provisión gratuita medicamentos a pacientes hipertensos mayores de 65 años se asocia con la disminución del Evento Cerebrovascular (ECV), en comparación con aquellos pacientes de idénticas características que afrontan el copago.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y comparativo de afiliados al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la ciudad Mar del Plata, Argentina atendidos en el Hospital Privado de Comunidad. Criterio de selección: Afiliados con hipertensión arterial (HTA) que se encuentran bajo tratamiento con medicación antihipertensiva. Periodo de estudio: 1° enero 2006 al 31 diciembre 2007. Población: 49.655 afiliados – cifra promedio bianual 2006-2007. Variable de estudio: Pacientes medicados con antihipertensivos que tuvieron ECV en dicho periodo.

Resultados: El 31/12/2006 se encontraban medicados 21.965 de los cuales 2.742 en el programa y 20.237 no. El 31/12/2007 se encontraban medicados 22.990 de los cuales 2.743 en programa y 20.247 no. Durante el año 2006 se produjeron 79 ECV entre los 23.058 pacientes, de los cuales 66 no estaban incluidos en programa y 13 entre los incluidos. Durante el año 2007 se produjeron 68 ECV entre los 23.058 pacientes, de los cuales 56 estaban no incluidos en programa y 12 incluidos. Considerando los dos años (2006/2007) los ECV totalizaron 147 casos entre los 23.058 pacientes medicados con HTA, siendo 122 entre los afiliados no incluidos en el programa y 25 entre los incluidos. Lo que determina un valor Chi cuadrado de 3,5985 con un valor $p = 0,0578$.

Conclusiones: Los resultados del estudio determinan que se registraron menor cantidad de ECV en aquellos pacientes incluidos en el programa que si bien no llegan a ser significativos desde un punto de vista estadístico, no dejan de ser importantes en cuanto a la prevención del ECV en pacientes hipertensos. Debemos señalar que no se consideraron la influencia que pueden haber tenido la/s comorbilidad/es de cada paciente. El acceso al Programa se realiza en base a la renta, teniendo en cuenta la relación ingreso mensual jubilatorio/gasto mensual farmacéutico y no la prevalencia que genera el consumo, por lo que sería recomendable que el acceso se realice de acuerdo a la carga de enfermedad: HTA en este caso. Siendo un estudio pionero en este tema sería de sumo interés la realización de estudios similares en un futuro para comparar resultados con miras a una mejora continua del programa.

P-047. VARIABLES EXPLICATIVAS DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA SIERRA DE CÁDIZ, 2005

A.M. Mansilla Romero y M.D. Pérez Pacheco

SAS Distrito Sierra de Cádiz.

Objetivos: Identificar la relación existente entre la prescripción farmacéutica, volumen y criterios de calidad, con las características de médicos, de población atendida y del centro sanitario, en el Distrito Sierra de Cádiz, año 2005. Se propone como novedad explicar la variable gasto de cada médico en 247 días hábiles de este año, para poder comparar con profesionales que no trabajan el año completo.

Métodos: Se incluyen los 91 médicos, que han desarrollado su labor durante el año, en las 73 claves médicas existentes en el Distrito. Se explica el gasto 247 días de cada médico, y gasto/TAFE (Tarjetas Ajustadas para Farmacia, según la Edad de los usuarios), lo que posibilita la comparabilidad entre profesionales. Se recogen como variables explicativas: dependientes del centro (población y tipo de centro), del profesional (cupos, TAFES, presión asistencial, edad, sexo, año de licenciatura, especialidad MIR, situación laboral, dedicación exclusiva, años de experiencia profesional, atención continuada, Unidad Gestión Clínica, número de diabéticos, hipertensos y EPOC del cupo), gasto global, gasto/habitante, gasto/receta, número de recetas, % prescripción por principio activo (PA), medicamentos de valor in-

trínseco no elevado (MVINE) y novedades terapéuticas no recomendadas (NTNR), y el Indicador Sintético de Calidad de Prescripción (ISCP). Se realiza análisis bivalente y de regresión lineal múltiple.

Resultados: Existe asociación significativa positiva del gasto 247 días, en orden de importancia, con las TAFES, cupo, nº recetas, nº de diabéticos asignados a cada médico, % prescripción de MVINE y % NTNR ($p < 0,001$), nº de hipertensos, tipo de centro, años desde la licenciatura del profesional, años de experiencia en el mismo centro, edad; y asociación significativamente negativa, también en orden de importancia, con ISCP y dedicación exclusiva, % prescripción PA y realización de atención continuada. El gasto/TAFE se relaciona positivamente con el % prescripción de NTNR y % prescripción de MVINE, y negativamente con el ISCP y con el % de prescripción PA. En los modelos de regresión lineal múltiple (stepwise) destaca la influencia del ISCP, TAFES, años de experiencia y nº de recetas como responsables del 69,6% de la variabilidad del gasto 247 días en medicamentos prescritos. Las variables ISCP, nº de recetas y años de experiencia explicarían el 27,8% de la variabilidad en el gasto/TAFE.

Conclusiones: La prescripción de medicamentos y por extensión el gasto que genera está principalmente relacionada con el número de personas asignadas a cada profesional y sus años de experiencia, así como con la calidad de la prescripción. El gasto por persona asignada está relacionado con los criterios de calidad de prescripción, tal y como concluyen otros estudios.

P-048. MODELACIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS. ESTUDIO EN UNA OBRA SOCIAL DE ARGENTINA

G. Muñoz, J.F. Ríos, C. Vassallo y M.J. Pujol

Facultad Ciencias Económicas, Universidad Buenos Aires; Escuela Salud Pública, Universidad Buenos Aires; Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Objetivos: Modelar el gasto mensual en medicamentos de una Obra Social de la República Argentina de 350.000 afiliados, considerando el gran impacto del mismo en el presupuesto y su tendencia a aumentar en el tiempo.

Métodos: Se utilizaron las variables explicativas: facturación de las internaciones, dos índices de precios de medicamentos (para patologías especiales de mayor avance tecnológico y otro de uso generalizado). Como no existen dichos índices se deben conformar ambas canastas y calcular los índices de Passche y Lasperires. El software utiliza entre otros, el método de mínimos cuadrados ordinarios, siendo el indicado para la realización de este tipo de análisis. Hipótesis del modelo: El gasto en consumo de medicamentos que realiza la Obra Social, puede ser explicado por el gasto que realiza en prestaciones de internaciones y por dos índices de precios de los medicamentos que lo componen. En forma analítica: $\text{Medic } t = \alpha + \beta \text{ Inter } t + \delta; \text{ IndG } t + \chi; \text{ IndE } t + \epsilon$.

Resultados: Primero se estudia la correlación que existe entre las variables que conforman el mismo y se procede a la aplicación del software para el análisis de los resultados y el modelo sería mejor explicado del siguiente modo: $\text{Medic } t = -3134106 + 0,643794 \text{ Inter } t + 5660210 \text{ Indet} + \epsilon$ t Se somete el modelo a pruebas estadísticas, como el test de Chow que destaca la presencia de cambio estructural. Modelando el cambio estructural, el modelo queda expresado del siguiente modo: $\text{Medic } t = -4316713 + 0,414111 \text{ Inter } t + 7522711 \text{ Indet} + 2019970 \text{ Dumy} + \epsilon$ t Se analiza la autocorrelación del modelo mediante la prueba Durbin-Watson, la cual revela la no existencia de tal defecto. Se estudia la heteroscedasticidad utilizando la "Prueba de White" que demuestra la no existencia de la problemática. Queda demostrado que el gasto en medicamentos está asociado al gasto en internaciones y con los índices de precios de ambas canastas. Mientras que el gasto en internaciones junto al índice de precios de la canasta amplia de medicamentos especiales, lo explican con mayor precisión.

Conclusiones: La asociación demostrada es lógica, ya que los medicamentos que se consumen durante el tiempo que dure la internación, no incluidos en los módulos de internación pactados, impactan su gasto en los medicamentos especiales. Por otro lado, el índice de medicamentos especiales está conformado por presentaciones de alto costo, que afectan relativamente más el gasto en medicamentos. Al ser el gasto agregado de medicamentos la conjunción de tres grupos, sería interesante a futuro analizarlos por separado. También hay que destacar que el nivel explicativo que se ha logrado alcanzar con el modelo fue superior al 90%.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Jueves, 18 de junio de 2009. 13:00 a 14:00 h

Evaluación económica y evaluación de tecnologías III

Moderador: José María Abellán

P-049. COSTE-EFECTIVIDAD DE DOS MÉTODOS PARA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS PARA ESTUDIO DE PAPANICOLAOU

A. Alemán, M. Buglioli, M. Stoll, A. Sollazzo e I Reyes

Depto. Medicina Preventiva y Social; Facultad de Medicina.

Objetivos: Realizar un estudio de evaluación económica de la utilización de dos métodos de extracción de muestras para realizar un Papanicolaou. Los dos métodos de toma de muestra son: la varilla de Madera, y el Citobrush (cepillo de endocervix).

Métodos: Las etapas fueron: comparar la efectividad de ambas alternativas; estimar y comparar los costes; estimar la efectividad, el coste marginal y el coste/efectividad marginal. La efectividad de ambas alternativas se obtuvo de un estudio clínico aleatorizado de dos ramas, doble ciego, con mujeres que asisten a las policlínicas municipales de Montevideo, que fue la primer etapa del proyecto. Se utilizó como unidad de medida la efectividad de cada técnica de muestreo citológico con distinto dispositivo, es decir medir la prevalencia de frotis con presencia de células endocervicales con uno y otro método de muestreo. La unidad de efecto utilizada es la muestra satisfactoria: permite diagnosticar correctamente los casos y evitar la recurrencia para realizar otra muestra. El proceso incluye las siguientes etapas: I) toma de la muestra; II) examen citológico PAP; III) entrega del resultado. Se determinó el tipo de análisis de evaluación económica a elegir, una vez conocido el resultado de ambas muestras. Se estimó el coste de ambos métodos, incluyendo toma de muestra, examen citológico y consulta para entrega del resultado. Se tomó en cuenta que cuando la muestra no es satisfactoria se debe repetir el estudio antes de los seis meses. Se incluyeron costes directos: fijos, remuneraciones, depreciación de los equipos e instrumental de Laboratorio, y variables, materiales de laboratorio, mantenimiento de equipos y papelería. Los indirectos considerados fueron tarifas, limpieza, seguridad, administración, mantenimiento. El coste del dispositivo utilizado: varilla \$0,36 y cytobrush \$ 3,74.

Resultados: La efectividad del citobrush es mayor que la varilla (96 muestras satisfactorias de cada 100, frente a 80/100). El coste por cada muestra satisfactoria adicional obtenida con la técnica de citobrush es de 21 pesos uruguayos (un dólar = \$24).

Conclusiones: Si bien la mayor efectividad del citobrush se acompaña de un mayor coste, el mismo parece justificado desde el punto de vista sanitario por lo que puede significar una muestra satisfactoria desde el punto de vista de la oportunidad diagnóstica y resultado

terapéutico. El ratio de coste efectividad marginal es de alrededor de un dólar por cada muestra satisfactoria adicional.

P-050. LAS ONCOGUÍAS COMO INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA

J. Corral, F. Cots, X. Castells, J.A. Espinàs y J.M. Borràs

Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona; Hospital del Mar, Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Barcelona.

Objetivos: El tratamiento del cáncer es una de las áreas con mayor crecimiento del gasto sanitario debido al coste de los nuevos fármacos recientemente introducidos en el mercado. Desde la perspectiva de la planificación hospitalaria, creemos es necesario evaluar el impacto económico que puedan tener estos nuevos fármacos sobre la práctica asistencial definida en guías de práctica clínica ya elaboradas y consensuadas. El objetivo planteado en este estudio fue evaluar el impacto de una innovación terapéutica, como es la introducción del fármaco trastuzumab en adyuvancia, en el coste del tratamiento quimioterápico y en el coste total del tratamiento del cáncer de mama en estadios precoces, a partir del abordaje terapéutico establecido en la OncoGuía de Cáncer de mama.

Métodos: Se evaluó el coste del tratamiento del cáncer de mama en estadios precoces a partir de la elaboración de un árbol de decisión que representa de manera simplificada las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas establecidas en la OncoGuía de Cáncer de mama del año 2003 para este subgrupo de pacientes. Se evaluó el impacto económico que supone la introducción de trastuzumab en el tratamiento adyuvante (postoperatorio) en el coste del tratamiento quimioterápico y en el coste total de las estrategias terapéuticas establecidas.

Resultados: La utilización de trastuzumab en el tratamiento adyuvante supone un aumento en el coste de la quimioterapia que va del 107% (pacientes con afectación de ganglios axilares) al 470% (pacientes sin afectación de ganglios axilares). En pacientes con afectación ganglionar, el porcentaje de aumento en el coste total del tratamiento varía entre un 35,7% y un 73,6%. En pacientes sin afectación ganglionar, el porcentaje de aumento en el coste total del tratamiento varía entre un 52,8% y un 151,7%. Los resultados obtenidos sobre el coste total dependen en mayor medida del tipo de cirugía recibida previamente.

Conclusiones: El aumento en el coste de la quimioterapia es importante y sensiblemente mayor en aquellos subgrupos de pacientes que antes recibían pautas de quimioterapia de menor complejidad. El impacto de este incremento en el aumento del coste global del tratamiento es menor, aunque sigue siendo un incremento significativo y varía en función de la realización y complejidad de la cirugía recibida. El modelo presentado puede servir de base comparativa de evaluación del impacto del cambio de terapias en el coste total y en el peso relativo de cada estrategia terapéutica.

P-051. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTOS SECUENCIALES CON BIOLÓGICOS PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA: ANTI-TNFS; ABATACEPT Y RITUXIMAB

A. Ramírez de Arellano, D. Dupont, A. Beresniak, F. García-Llorente, R. Ariza, et al.

Bristol-Myers Squibb; Data Mining International; Hospital de Cruces; Hospital Virgen de la Macarena; Hospital de la Paz.

Objetivos: El uso de los nuevos agentes biológicos en España requiere evaluaciones comparativas respecto a las terapias existentes

(Anti-TNFs) en términos de coste-efectividad. En ausencia de ensayos clínicos comparando tratamientos secuenciales de agentes biológicos, un enfoque de modelización es útil para simular y comparar tratamientos. El objetivo es realizar un análisis coste-efectividad de 4 estrategias de tratamiento incluyendo Anti-TNFs, abatacept y rituximab, y basado en la perspectiva del SNS de España.

Métodos: Se emplearon dos indicadores de efectividad en base a la actividad de la enfermedad (DAS28): (1) estado de baja actividad (LDAS: $DAS28 \leq 3.2$) y (2) estado de remisión (RS). Un modelo de simulación analizó 4 tratamientos secuenciales con 3 agentes biológicos. Se asume que, tras una respuesta insuficiente a un primer Anti-TNF, se produce una sustitución de terapia biológica cada 6 meses. La secuencia A incluye etanercept (ETA), abatacept (ABA) y adalimumab (ADA). La secuencia B: ETA, RTX, ADA. La secuencia C: ETA, ADA, ABA. Y la secuencia D: ETA, ADA, infliximab (INF). El modelo se nutre de datos publicados de eficacia clínica, opinión de expertos y tarifas oficiales. Los resultados se expresan en "costes totales médicos directos", "número esperado de días en LDAS o en RS", y "coste estimado por día en LDAS o en RS". Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico.

Resultados: La simulación de Monte-Carlo generó valores medios y de desviación estándar en costes, efectividad clínica y ratios coste-efectividad para 2 años. La secuencia A, que incluye abatacept después del fracaso de un Anti-TNF (ETA), exhibió la eficacia más alta en comparación con las tres restantes secuencias (102 días en LDAS / 52 días en RS). Asimismo, la secuencia A mostró el coste medio por día en LDAS y RS (427€ / 846€) más bajo de las 4 secuencias analizadas.

Conclusiones: Desde la perspectiva del SNS Español, el uso de abatacept en segunda línea de tratamiento representa la alternativa más efectiva, y con una mejor relación coste-efectividad, de las analizadas. La misma conclusión se obtiene al comparar en segunda línea abatacept con rituximab (A versus B), o cuando se compara el uso de abatacept con la secuencia de los tres Anti-TNFs (A versus D y C versus D). El análisis sugiere que el uso de abatacept en segunda línea es más efectivo y con un coste medio inferior que su uso en tercera línea. Un análisis probabilístico extensivo confirma la robustez de los resultados del modelo.

P-052. COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN ESPAÑA

E. Parody Rúa, P. Lázaro y de Mercado, T. García de Vicuña, J.A. Jover Jover y J.I. Méndez Rubio

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS); Sociedad Española de Reumatología (SER); Hospital Clínico Universitario San Carlos.

Objetivos: Estimar el coste anual de la incapacidad temporal (IT) ocasionada por las enfermedades músculo-esqueléticas (EMEs) en España.

Métodos: Estudio de estimación de costes a partir de datos de los episodios de IT de 2007 por enfermedad común, proporcionados por el INSS. Para estimar el coste por IT, se tuvo en cuenta la proporción de trabajadores afiliados al INSS y a las mutuas (ratio = 1,42). La estimación se realizó de acuerdo a la proporción de trabajadores de los siguientes regímenes de la Seguridad Social: Régimen General, Régimen Especial de Autónomos, Régimen Especial Agrario, Régimen de Empleados del Hogar, y la suma de todos los regímenes. Para calcular la base de cotización por día de IT, se partió de la Encuesta Trimestral de Costes Laborales, 2007 del INE. Se consideró la cuantía y los días de IT que por ley paga el INSS, dependiendo del régimen. Se asumió que las mutuas pagan cada episodio de IT en la misma medida que el INSS. La proporción adicional que paga la empresa varía dependiendo del tipo de convenio colectivo laboral. Asumimos que las empresas pagan el 80% del salario del trabajador los tres primeros días,

completan, además de lo que paga el INSS o la mutua, hasta al 80% del día 4 al 20, y hasta el 90% del día 21 en adelante. Los cálculos se realizaron para las EMEs y para el total de las enfermedades. Se estimó el coste total, por sexo, edad, y CCAA. Por cada CCAA se estimó el coste por episodio de IT por EMEs por trabajador ocupado.

Resultados: Las EMEs fueron la principal causa de IT en España en 2007, con el 17% del total de las ITs y el 24% del coste de todas las ITs. La duración media de un episodio de IT por EME fue de 48 días. El coste en IT ocasionado por las EMEs fue de 2.339 millones de euros (coste medio: 5.897 euros por episodio de IT). El 77% del coste lo paga el INSS o las mutuas. El 80% del coste de ITs por EMEs se observa en los trabajadores entre 36 y 65 años de edad, y en los trabajadores del Régimen General. Las mujeres ocasionaron más coste en ITs por EMEs (61%) que los hombres. La CCAA con mayor coste por IT por trabajador ocupado es Canarias (228€).

Conclusiones: Las EMEs tienen una gran repercusión en la ITs por enfermedad común en España, ocasionando un coste considerable para el INSS o mutuas y para las empresas.

P-053. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ZEVALIN® COMO CONSOLIDACIÓN DESPUÉS DE QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO COMPARADO CON OBSERVACIÓN EN PACIENTES CON LINFOMA FOLICULAR

C. Piñol, E. Musi, S. Eggington y A. Valderrama

Bayer Healthcare, Barcelona; IMS Health, UK; Bayer Healthcare, Montville, EEUU.

Objetivos: Un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, fase III (Estudio FIT) mostró que los pacientes con linfoma folicular en estadios III o IV que alcanzaban una remisión parcial (RP) ó completa (RC) después de una primera línea de tratamiento (terapia de inducción), y que recibieron como tratamiento de consolidación Zevalin (90Y-Ibritumomab Tiuxetan), tuvieron una supervivencia libre de progresión (SLP) significativamente mayor en comparación con pacientes similares que no recibieron tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar los costes y resultados del tratamiento de consolidación con una sola dosis de Zevalin comparado con observación en los pacientes del Estudio FIT.

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov con un horizonte temporal de toda la vida con dos ramas (terapia de consolidación vs "no consolidación"). El modelo dividió el proceso patológico en 4 estados: no respuesta a la terapia de inducción, SLP con respuesta completa al tratamiento de inducción, SLP con respuesta parcial al tratamiento de inducción y muerte. Los pacientes entraban en el modelo si su respuesta al tratamiento de inducción era al menos parcial. Una característica importante del modelo fue la posibilidad de convertir una RP en una RC según se vio en el Estudio FIT. Según la respuesta final, los individuos podían permanecer en su estado de salud actual o pasar a enfermedad progresiva. El modelo se hizo correr un total de 325 ciclos de 28 días (25 años). Las probabilidades de transición incorporadas en el modelo para manejar el cambio desde SLP a enfermedad progresiva reflejan los datos observados de SLP del Estudio FIT. Los costes se calcularon desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. Los costes y beneficios futuros se descontaron en un 3,5%. Las utilidades se calcularon usando el EQ-5D del Estudio FIT.

Resultados: El coste incremental por AVAC ganado se estimó en 18.263 € para los respondedores parciales y en 29.322 € para todos los respondedores. Según el análisis de sensibilidad, los parámetros que tuvieron mayor impacto fueron las utilidades estimadas, particularmente la estimación de la utilidad en el estado de salud libre de progresión.

Conclusiones: El caso base demostró que Zevalin en consolidación después de un tratamiento de inducción que lograra una RP o

RC, ofrece un buen valor del dinero al prolongar significativamente la SLP. Los análisis de sensibilidad mostraron unos resultados razonablemente robustos, con conclusiones similares bajo supuestos diversos.

P-054. ESTUDIOS ECONÓMICOS DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: NO SÓLO EVALUACIONES ECONÓMICAS

F. Antoñanzas, M.R. Lorente, C. Juárez y F. Hutter

Universidad de La Rioja.

Objetivos: La necesidad de tener en cuenta la escasez de recursos disponibles está en la base del interés en las evaluaciones económicas. Conocer cuánto nos pueden estar costando determinadas intervenciones sanitarias o el padecimiento de ciertas enfermedades, favorece el uso eficiente de los recursos disponibles. Con las evaluaciones económicas no sólo presentamos el aspecto económico sino también la valoración de las medidas sobre la salud. Sin embargo, los estudios económicos de tecnologías sanitarias no son únicamente evaluaciones económicas. En esta comunicación se presenta una panorámica sobre las publicaciones científicas referidas a estudios económico-sanitarios correspondientes a España en el periodo 1995-2007.

Métodos: A partir de la base de datos que se está desarrollando en la Universidad de La Rioja (proyecto FIS nº PI060282), se ha procedido a realizar una clasificación de los distintos artículos en función del tipo de estudio (revisión, metodológico, estudio de costes y evaluación económica), del tipo de evaluación económica, de la enfermedad a la que hacen referencia y del tipo de intervención sanitaria que tratan (cribaje, diagnóstico, tratamiento, prevención...). Se presentarán los resultados descriptivos de cada variable, así como los obtenidos a partir del cruce estadístico de las mismas.

Resultados: De las 651 publicaciones registradas, las evaluaciones económicas representan el 43,8%, seguidas de los estudios de costes con un 39,3%, sin desdeñar las revisiones (54) y los estudios metodológicos (51). Las cinco clasificaciones de enfermedades más analizadas son las cardiovasculares (66), las del tracto respiratorio (61), las infecciones bacterianas y micosis (55), las enfermedades víricas (51) y las neoplasias (49). El tratamiento es el tipo de intervención más estudiado 47,2%, seguido de la prevención 14,5% (primaria -56- y secundaria -41-) y de los cuidados integrales 10%.

Conclusiones: El considerar en su totalidad los estudios económicos de tecnologías sanitarias presenta unos resultados más representativos del interés científico de esta disciplina, ya que la mayoría de las publicaciones no son como tales evaluaciones económicas. En la Universidad de la Rioja estamos trabajando en una base de datos de acceso público y gratuito (a partir del proyecto EuroNheed de la Unión Europea) que facilitará la labor a los investigadores en economía de la salud.

P-055. ANÁLISIS SOBRE LA EFICIENCIA DE LA RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA (IMRT)

S. Márquez-Peláez, B. Corbacho y J. Caballero

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Objetivos: La radioterapia es una de las herramientas terapéuticas más importantes para la lucha contra el cáncer. La IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) es una modalidad avanzada de radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT). Este trabajo trata de evaluar la eficiencia comparada de la aplicación de IMRT en cáncer de mama, sistema nervioso central (SNC) y sarcomas óseos y de partes blandas.

Métodos: Se ha realizado una revisión sistemática de estudios económicos basada en una estrategia de búsqueda en las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cochrane Library, DARE, CEA Registry y Euronheed. Se localizaron también informes de evaluación de tecnologías sanitarias. Se incluyeron todos los estudios de contenido económico de cualquier tipo de neoplasia. Partiendo de la información sobre resultados clínicos de la terapia descritos en una revisión de aspectos clínicos anterior, se realizó una evaluación económica de forma que para el cáncer de mama respondía a un análisis de minimización de costes, pues la efectividad clínica comparada mostraba igualdad entre las técnicas, y un análisis coste-efectividad basado en la supervivencia comparada a uno y dos años para la parte de cáncer del SNC.

Resultados: De las 439 referencias localizadas fueron incluidos 11 trabajos. Los resultados de la búsqueda indican que la aplicación de la IMRT es una opción de mayor coste (de 1.700 euros por paciente hasta 25.000). El análisis coste-efectividad para tumores del SNC mostró valores entre aproximadamente 7.000 y 148.071 euros por año de vida ganado (AVG) en el análisis a un año y entre 1.618 y 34.563 euros por AVG al considerar la supervivencia a dos años. No se han localizados estudios económicos sobre osteosarcomas ni se disponía de información clínica para proceder a su evaluación económica.

Conclusiones: Con las limitaciones del tipo de análisis aplicado y la poca evidencia disponible para las localizaciones tumorales estudiadas, puede concluirse, basándose en los resultados, que la IMRT es una técnica más costosa que su comparador anterior tecnológicamente (3D-CRT) no mejorando la efectividad en cáncer de mama. La toma de decisiones sobre la implantación la técnica para el tratamiento de tumores del SNC puede apoyarse, junto con otra información, en los rangos de valores por AVG aportados en función de la disponibilidad a pagar. No se pueden aportar conclusiones sobre la efectividad ni la eficiencia de IMRT para sarcomas óseos y de partes blandas.

P-056. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN TUMORES HEPÁTICOS

D. Callejo, M. Guerra, S. Maeso y J.A. Blasco

UETS. Agencia Laín Entralgo.

Objetivos: Evaluar la efectividad, seguridad y eficiencia de la ablación por radiofrecuencia, comparada con la resección quirúrgica, en el tratamiento de pacientes con tumor primario de hígado.

Métodos: Se realiza una revisión sistemática de la literatura, con búsqueda bibliográfica de estudios originales en las bases de datos Medline, Embase, Pascal Biomed y Cinahl a través de la plataforma OVID. Para determinar la efectividad y seguridad de la técnica se incluyeron estudios originales en pacientes tratados mediante ablación por radiofrecuencia, con controles tratados por resección quirúrgica, con o sin asignación aleatoria entre grupos. La evaluación económica se basa en un modelo analítico de decisión que incluye la información de efectividad y seguridad resultante de la revisión de la literatura y datos de costes del entorno sanitario español. El análisis de decisión utiliza un modelo de Markov, con ciclos anuales. Se realiza análisis de sensibilidad para estimar la incertidumbre que rodea a la evaluación económica y como afecta a los resultados obtenidos.

Resultados: De la revisión se obtiene un ensayo clínico aleatorio y otros ocho estudios sin asignación aleatoria, que presentan resultados comparando los dos procedimientos objeto de estudio. El ensayo clínico aleatorio no encuentra diferencias estadísticamente significativas en cuanto a supervivencia total y supervivencia libre de enfermedad. En total dos de los siete estudios que comparan supervivencia total encuentran diferencias estadísticamente significativas favorables al grupo de resección quirúrgica. En supervi-

vencia libre de enfermedad tres de los siete estudios que la comparan presentan diferencias con significación estadística a favor de la resección. El resultado preliminar de la evaluación económica muestra una razón coste-efectividad incremental de 7.624 euros por año de vida ganado de la resección frente a la ablación. Pero los resultados no se muestran muy robustos en el análisis de sensibilidad, viéndose especialmente afectados por la incertidumbre que en la efectividad.

Conclusiones: No hemos encontrado suficiente evidencia de alta calidad para establecer conclusiones definitivas en efectividad. La ablación por radiofrecuencia como tratamiento de tumores primarios de hígado no ha demostrado ser superior a la resección quirúrgica, considerada la técnica de elección. No obstante los resultados poco concluyentes de los estudios publicados hacen que la ablación por radiofrecuencia pueda utilizarse en estudios experimentales.

P-057. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR CONCOMITANTE EN ESPAÑA

M.J. López Gude, D. Rodríguez Bezos y J.M. Rodríguez Barrios

Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital 12 de Octubre Madrid; Departamento de Economía de la Salud, Medtronic Ibérica SA, Madrid.

Objetivos: La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia más común en la práctica clínica, que conlleva una gran morbilidad, una importante pérdida de calidad de vida, y es un factor de riesgo para sufrir un accidente cerebrovascular. Su prevalencia en España es 8,5% en mayores de 60 años. Además el número de personas que sufren esta enfermedad es cada vez mayor por el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de la población que sufre cardiopatías. Nuestro objetivo fue realizar un análisis coste-utilidad de las diferentes alternativas de tratamiento, en pacientes mayores de 40 años, con fibrilación auricular, paroxística y persistente, concomitante con patología valvular en España para un horizonte temporal de cinco años desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Se realizó un modelo de Markov para simular la evolución de una cohorte de 1.000 pacientes en cada opción de tratamiento, que van a ser intervenidos de Cirugía de Válvula Mitral: tratamiento farmacológico, ablación quirúrgica con radiofrecuencia y ablación por catéter. Los cuatro estados de salud del modelo fueron: ritmo sinusal, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular con dependencia y muerte. El horizonte temporal fue de cinco años, con ciclos de tres meses. Los datos de costes y efectos futuros fueron obtenidos de una revisión de la literatura y de opinión de expertos clínicos, y fueron descontados al 3,5% anual. Se realizó un análisis probabilístico de sensibilidad para determinar la robustez de nuestros resultados. La medida de efectividad que se utilizó fue el Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC).

Resultados: Los resultados muestran que los AVAC ganados fueron 3,29; 3,89 y 3,83, respectivamente para las alternativas de tratamiento farmacológico, ablación quirúrgica y ablación por catéter. Respectivamente los costes por paciente fueron 6.310€; 10.353€; 11.613€. El ratio coste/AVAC de ablación quirúrgica versus tratamiento farmacológico fue de 6.776€. La ablación quirúrgica resultó dominante frente a la ablación por catéter al tener un menor coste y una mayor efectividad.

Conclusiones: La ablación quirúrgica por radiofrecuencia es una opción de tratamiento coste-efectiva en pacientes con FA concomitante de patología valvular, dentro del ámbito español, suponiendo una mayor efectividad a un coste adicional razonable frente al tratamiento farmacológico. La ablación quirúrgica dominó a la ablación por catéter, al presentar menor coste y mayor efectividad.

Evaluación económica y evaluación de tecnologías IV

Moderadora: Laura Cabiedes

P-058. ¿SON NECESARIOS NUEVOS TRATAMIENTOS EN DEPRESIÓN MAYOR?

A. Vieta, A. Huerta, E. Giménez y M. Prior

Health Economics and Outcomes Research, IMS Health.

Objetivos: Si bien existen múltiples antidepresivos con diferentes mecanismos de acción todavía existen una serie de necesidades clínicas no cubiertas en eficacia y tolerabilidad. El objetivo es identificar y evaluar las necesidades clínicas no cubiertas por los tratamientos antidepresivos actuales desde la perspectiva del paciente.

Métodos: Estudio cualitativo de preferencias basado en la metodología del 'análisis de conjuntos'. Se identificaron y seleccionaron los atributos mediante una revisión de la literatura y dos paneles (uno con pacientes y otro con psiquiatras) siguiendo la metodología de grupo focal y grupo nominal. Se determinaron los escenarios hipotéticos y se generó un diseño factorial fraccionado ortogonal que seleccionó las combinaciones de atributos y niveles a comparar y evaluar cuantitativamente mediante la técnica del "pairwise choice". Se ponderaron los atributos mediante entrevistas personales a 30 pacientes españoles con depresión mayor (DM) y en tratamiento farmacológico. Las preferencias se estimaron mediante la técnica de regresión multivariante. Se normalizaron los pesos correspondientes a cada variable (niveles de cada atributo) en una escala del 0 al 100 y se procedió a la validación del cuestionario.

Resultados: A partir de la revisión de la literatura y de los paneles se obtuvieron 17 atributos. Los atributos de eficacia más valorados en los paneles fueron el riesgo de recaídas, el inicio de la respuesta clínica y las alteraciones del ritmo vigilia-sueño. A partir de los 5 atributos de eficacia y tolerabilidad más valorados se obtuvieron 48 escenarios y se presentaron 32 aleatoriamente para elicitación de las preferencias. De la muestra, el 80% fueron mujeres, edad media 39,1 años ($\pm 12,8$) y el 63,3% recibían tratamiento farmacológico desde hacía más de un año. La priorización final en eficacia fue: tiempo hasta la mejoría clínica de menos de 4 semanas 13 puntos y sin alteraciones del sueño 4,1 puntos. La priorización final en tolerabilidad fue sin alteraciones en la función sexual 59 puntos, sin aumento significativo del peso 14,7 puntos, y sin riesgo de trastornos gastrointestinales 10,3 puntos. La validez de contenido, la validez de constructo y consistencia interna del cuestionario fueron adecuadas.

Conclusiones: Especialistas y pacientes destacan la existencia de necesidades clínicas no cubiertas en el tratamiento de la DM. Las necesidades en eficacia más importantes para los pacientes fueron el tiempo hasta el inicio de la respuesta clínica y las alteraciones del sueño y en tolerabilidad las alteraciones en la función sexual y el aumento de peso. Las necesidades clínicas detectadas en DM pueden poner en peligro el cumplimiento y la adherencia al tratamiento así como la calidad de vida del paciente.

P-059. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE ABATACEPT VERSUS USO SECUENCIAL DE AGENTES ANTI-TNFS Y METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Ramírez de Arellano, F. Borgström y S. Arnetorp

Bristol-Myers Squibb, Madrid, España; Innovus, Estocolmo, Suecia.

Objetivos: Abatacept es el primer modulador de la coestimulación de los linfocitos T para el tratamiento de la Artritis Reumatoide. La

indicación del biológico abatacept es para el tratamiento de AR en pacientes con respuesta insuficiente o intolerancia a fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), incluyendo al menos un agente Anti-TNF. El objetivo del estudio es realizar un análisis coste-utilidad comparando por separado abatacept con: i) uso secuencial de agentes anti-TNFs (infiximab, etanercept y adalimumab) y ii) metotrexato (MTX), el FARME más empleado en la práctica clínica de AR.

Métodos: Usando una comparación basada en datos del ensayo clínico ATTAIN (Abatacept Trial in Treatment of Anti-TNF Inadequate responders) para abatacept y MTX y un registro biológico existente sobre Anti-TNFs alternativos, se desarrolló un modelo de Markov aplicado al contexto del SNS español. Los valores de efectividad clínica se determinaron por las puntuaciones de la progresión de la enfermedad (AR) en base al HAQ (Health Assessment Questionnaire). A los doce niveles de HAQ se les asignaron valores de utilidad media derivados del instrumento EQ-5D. Los costes directos e indirectos para pacientes con AR, por nivel de HAQ, se basan en un estudio español de 201 pacientes. Se realizó un análisis de coste-utilidad en base a la perspectiva del SNS español y a la perspectiva social.

Resultados: En comparación con el uso secuencial de agentes Anti-TNFs, abatacept se asoció a un incremento relativo de AVACs de 0,745 y a un ahorro de €21.588 y de €14.489, desde una perspectiva social y desde una perspectiva del SNS, respectivamente. En comparación con MTX, abatacept se asoció a un aumento de AVACs de 0,942 y a un ahorro de €13.883 y de €5.835 desde una perspectiva social y desde una perspectiva del SNS, respectivamente. El análisis de sensibilidad confirma que los resultados son robustos.

Conclusiones: Este estudio muestra que en el contexto del SNS español, abatacept exhibe una situación de dominancia en términos de coste-utilidad incremental en comparación con los anti-TNF alternativos y MTX para el tratamiento de pacientes con AR moderada a intensa con respuesta insuficiente o intolerancia a FARME, incluido al menos un agente anti-TNF.

P-060. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS DE MODERADA A GRAVE

G. Carretero, J.C. Moreno, J. Notario, J.F. Silvestre, J.L. López-Belmonte, et al.

Servicio de Dermatología. Hospital Dr. Negrín; Servicio de Dermatología. Hospital General de Alicante; Servicio de Dermatología. Hospital Juan Canalejo; Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Determinar la eficiencia (ratio coste-efectividad incremental -ICER-) de los fármacos biológicos para el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave en España.

Métodos: Se construyó un modelo coste-utilidad para evaluar el coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) obtenido con cada uno de los tratamientos biológicos existentes para el tratamiento de la psoriasis (etanercept 25 dos veces a la semana, 50 mg dos veces a la semana hasta un máximo de 12 semanas seguido de 25 mg dos veces a la semana, adalimumab 40 mg en semanas alternas e infiximab 5 mg/Kg en las semanas 0,2, 6 después cada 8 semanas) frente a la terapia de soporte. La eficacia de cada uno de los fármacos (medida a través del PASI-75 a las 12 semanas), utilidades, uso de recursos y costes se determinaron mediante una revisión de la literatura, las fichas técnicas de los productos y un grupo focal con 5 dermatólogos expertos en el manejo de enfermedad, extrapolándose los resultados obtenidos a un horizonte temporal de 10 años mediante un modelo de Markov. Se adoptó la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, incluyéndose solamente los costes directos sanitarios (tratamientos farmacológicos, hospitalizaciones, consultas externas y

pruebas de laboratorio). Se realizaron análisis de sensibilidad para comprobar la robustez de los resultados.

Resultados: Los resultados preliminares muestran que frente al tratamiento de soporte, el tratamiento con infiximab logra una mayor ganancia de AVAC (0,216) seguido de adalimumab (0,173), etanercept 50 mg (0,151) y etanercept 25 mg (0,100). El ratio coste efectividad incremental para cada uno de los fármacos frente a la terapia de soporte fue de 27.320€/AVACs para infiximab, de 29.430€/AVACs para etanercept 25 mg, de 31.417€/AVACs para adalimumab y 52.367€/AVACs para etanercept 50 mg. Los análisis de sensibilidad confirmaron la robustez de estos resultados, siendo más sensible el modelo a valores extremos del coste de los recursos y las tasas de respuesta.

Conclusiones: Las alternativas más eficientes para el Sistema Nacional de Salud en el tratamiento de los pacientes con psoriasis de moderada a grave serían infiximab y etanercept 25 mg. El resto de alternativas terapéuticas obtienen costes por AVAC superiores a los 30.000€/AVAC, límite habitualmente aceptado en España para la consideración de tecnologías sanitarias eficientes.

P-061. COSTE UTILIDAD DE INTERFERÓN BETA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME DESMIELINIZANTE AISLADO SUGESTIVO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA

T. Arbizu, C. Piñol, V. Casado y J.P. Caloyeras

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; Bayer Healthcare, Barcelona; Abt Associates Inc., Lexington, Massachusetts, EE.UU.

Objetivos: Estimar el coste utilidad de Interferón beta 1b (IFNB-1b) en el tratamiento de pacientes con síndrome desmielinizante aislado (SDA) sugestivo de esclerosis múltiple (EM).

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov en base a la epidemiología y al tratamiento del SDA y la EM. El modelo permitía simular los resultados a lo largo de los horizontes temporales de 2 años a toda la vida de los sujetos. Se utilizó una cohorte hipotética de 1.000 pacientes con SDA, con un estado de salud inicial definido mediante la Expanded Disability Status Scale (EDSS) de Kurtzke. Se asumió que la cohorte era tratada alternativamente con IFNB-1b (250 mg eod) después de un evento desmielinizante inicial sugestivo de EM o no era tratada hasta la confirmación clínica de la EM. Se utilizaron los datos del estudio BENEFIT para modelar la progresión de la EDSS a lo largo del tiempo y el tiempo de paso de SDA a EM clínicamente definida. Las exacerbaciones (brotes) se estimaron a partir del estudio BENEFIT y de datos publicados sobre la historia natural. Tras la transición a EM, se asumió que todos los pacientes eran tratados con IFNB-1b hasta una EDSS de 7. Los costes directos e indirectos del tratamiento de la EM y del IFNB-1b se obtuvieron de la literatura publicada y de listados de precios. Las utilidades de los pacientes derivaron de los datos del EQ-5D del estudio BENEFIT, complementados con datos publicados sobre las puntuaciones de la EDSS y la aparición de recaídas. La mortalidad se estimó usando tablas de vida y datos de la EDSS. Los costes para España (€ del 2009) y los resultados se descontaron al 3% por año. Se realizaron análisis de sensibilidad sobre todos los parámetros claves del modelo.

Resultados: El uso de IFNB-1b se asoció con retrasos en la progresión de la EDSS, mayor tiempo hasta la conversión clínica en EM y reducción en la tasa de recaídas. En el caso base (horizonte temporal de 50 años) la razón de coste utilidad incremental de IFNB-1b versus el no tratamiento fue de 20.500 €/AVAC ganado (el tratamiento con IFNB-1b es más efectivo y más caro) según criterios diagnósticos de Poser, y fue dominante (más efectivo y menos caro) según los criterios de McDonald. Estos resultados fueron sensibles al horizonte temporal, al coste del IFNB-1b y a los efectos del tratamiento (destacando el del índice de progresión de la enfermedad).

Conclusiones: El tratamiento con IFNB-1b en pacientes con SDA frente al no tratamiento puede suponer una opción eficiente para el Sistema Nacional de Salud español según los estándares aceptados en España.

P-062. REACCIONES ADVERSAS INDUCIDAS POR CONTRASTES RADIOLÓGICOS ISO-OSMOLARES E HIPO-OSMOLARES EN PACIENTES SOMETIDOS A TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN ESPAÑA

F. Catalá-López y E. Arana

Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid; Hospital Quirón, Valencia.

Objetivos: Aunque los contrastes radiológicos se usan ampliamente en la práctica de diferentes técnicas de diagnóstico por imagen, existen escasos estudios respecto a su coste-efectividad y sobre a su seguridad en población general española. Nuestro objetivo es evaluar la eficiencia de los medios de contraste iso-osmolares (iodixanol) frente a los de baja osmolaridad (iopromida, iomeprol, iobitridol) en pacientes de 18 y más años sometidos a tomografía computarizada (TAC) en España.

Métodos: Análisis coste-efectividad (ACE). Se ha realizado una evaluación económica mediante un modelo de análisis de decisión a través del programa TreeAge Pro®. La información sobre la seguridad y eficacia clínica de las alternativas se obtuvo de estudios epidemiológicos internacionales (Lapi et al. 2008) y de ensayos clínicos aleatorios incluidos en revisiones sistemáticas y/o meta-análisis publicados (Barret et al. 2006; Heinrich et al. 2009). La estimación sobre los costes (en euros de 2009) incluyó únicamente costes sanitarios directos (p.ej., medios de contraste radiológico, tratamientos concomitantes, personal, hospitalizaciones) desde la perspectiva hospitalaria. Debido al horizonte temporal escogido (1 mes), no fueron aplicadas tasas de descuento a costes ni a consecuencias clínicas. Los resultados del ACE son expresados como la razón coste-efectividad incremental (RCEI), calculada como el coste adicional por cada reacción adversa evitada. Se efectuó un análisis de sensibilidad bivariante.

Resultados: La utilización de medios de contraste de baja osmolaridad (MCBO) supone un ahorro de 6.269,5 euros por reacción adversa evitada frente a los medios de contraste iso-osmolares (MCIO). Por tipo de reacción adversa, los MCBO suponen un ahorro de 735,5 euros y 6.269,5 euros por cada reacción adversa tardía evitada y por reacción tardía moderada-grave evitada, respectivamente. Por el contrario, las reacciones adversas inmediatas evitadas suponen una RCEI de 1.436,1 euros con MCBO frente a MCIO.

Conclusiones: El análisis realizado sugiere que en población general desde la perspectiva hospitalaria, los MCBO serían más eficientes que los MCIO en parte debido a su menor coste y a una menor probabilidad de ocurrencia en reacciones tardías. En futuras investigaciones sería interesante contar con datos de seguridad en pacientes sometidos a contrastes radiológicos en España (población general y de alto riesgo), a fin de poder elaborar análisis complementarios.

P-063. CARGA DE ENFERMEDAD Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE INTERVENCIONES SANITARIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS: ¿INVESTIGAMOS EN AQUELLO QUE ES RELEVANTE?

F. Catalá-López, A. García-Altés, E. Álvarez, R. Gènova, C. Morant, et al.

Ministerio de Sanidad y Consumo; Agència de Salut Pública de Barcelona; Universidad Rey Juan Carlos I; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Objetivos: Las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias (EEIS) son cada vez más frecuentes y de mejor calidad metodológica, si bien se desconoce si la investigación se está dirigiendo a aquellas condiciones que tienen mayor importancia en términos de salud poblacional. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre las EEIS realizadas en España entre 1983-2008 y la carga de enfermedad (CdE) en la población española.

Métodos: Estudio observacional transversal. Se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas (Medline, Embase, ISI Web of Knowledge, CRD, IME, IBECS) y manualmente a través de internet en revistas y organismos públicos. Se definieron criterios de inclusión y exclusión, y un conjunto de variables para analizar las características de los artículos seleccionados. Los artículos se clasificaron según la principal causa de enfermedad a la que iba dirigida la intervención objeto de estudio. Utilizando la clasificación de CdE (CCE) de la OMS se calcularon: años de vida perdidos (mortalidad INE 2006 y tablas Princeton), años vividos con discapacidad (datos de la OMS), años de vida ajustados por discapacidad (AVAD = AVP+AVD) y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo y de correlación bivariado utilizando SPSS 15.0.

Resultados: Se identificaron 4.862 artículos, de los cuales 477 cumplían los criterios de inclusión. Las características más frecuentes fueron: análisis coste-efectividad (62,5%), perspectiva del sistema sanitario (42,1%), intervenciones de tratamiento médico (55,1%), financiación no explícita (44,0%) y filiación hospitalaria del primer autor (50,9%). Las intervenciones estudiadas iban dirigidas mayoritariamente a las enfermedades cardiovasculares (15,7%), las infecciosas y parasitarias (15,3%) y los tumores malignos (13,2%). A nivel de categorías de la CCE (n = 20), se observó correlación de las EEIS con: mortalidad (r = 0,67; p = 0,001), AVAD (r = 0,63; p = 0,003), AVP (r = 0,54; p = 0,014) y AVD (r = 0,51; p = 0,018). Por subcategorías (n = 51), las correlaciones fueron débiles y no estadísticamente significativas.

Conclusiones: En España, existe una asociación leve-moderada de las EEIS con las principales causas de CdE, existiendo para ciertas causas una mayor (o menor) representación de estudios en relación a la carga generada. La CdE es un criterio explícito que en combinación con el de eficiencia y equidad permitiría extraer recomendaciones para orientar futuras líneas de investigación facilitando así el establecimiento de prioridades en salud.

P-064. ANÁLISIS FÁRMACO-ECONÓMICO DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, RISEDRONATO, ALENDRONATO E IBANDRONATO EN EL MANEJO DE OSTEOPOROSIS EN POSMENOPÁUSICAS

Y. Fernández Ávila

Asociación Venezolana de Economía de la Salud.

Objetivos: Realizar una evaluación económica de los tratamientos ácido zoledrónico, risedronato, alendronato e ibandronato en el manejo de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas en Venezuela. Evaluar el impacto social de la adherencia a los tratamientos anuales y semanales.

Métodos: Se estimó la relación costo-efectividad de los tratamientos ácido zoledrónico, risedronato, alendronato e ibandronato en el manejo de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas. Se consideraron los precios de los tratamientos a precios de mercado. Se utilizaron dos medidas de efectividad: (1) incrementos porcentuales de la densidad de masa ósea en columna lumbar, cadera total y cuello femoral y, (2) reducción del riesgo de fractura en vertebrales, vertebrales clínicas, caderas y no vertebrales. Se realizó el análisis incremental. La evaluación del impacto social de la adherencia a los tratamientos anuales y semanales para la osteoporosis se estimó de acuerdo a: la prevalencia, el riesgo de sufrir osteoporosis, el porcen-

taje de pacientes adheridos a los tratamientos según la dosis, las probabilidades de tener fractura de cadera y los costos hospitalarios asociados a las fracturas de cadera. Se consideraron los días de hospitalización. Se consideró que una buena adherencia era 80% o más.

Resultados: La relación costo-por incremento de 1% de la densidad mineral ósea fue: columna lumbar para ácido zoledrónico US\$ 11,450, alendronato US\$ 11,412, ibandronato US\$ 10,788, risedronato US\$ 15,618. Cadera ácido zoledrónico US\$ 13,178, alendronato US\$ 15,521, ibandronato US\$ 20,625, y cuello femoral ácido zoledrónico US\$ 15,814, alendronato US\$ 16,870, risedronato US\$ 29,724. Igualmente, se calcularon las relaciones costo-por reducción de 1% del riesgo de fractura y las relaciones incrementales. El costo de una fractura de cadera se estimó en US\$ 34.884 (hospitalización, cirugía, cuidados, prótesis, andadera, exámenes). De acuerdo a la población femenina venezolana, la prevalencia de padecer osteoporosis, los riesgos de fractura asociados a la adherencia a los tratamientos y los costos, se estimó que el costo social de las fracturas de cadera estaría para el tratamiento semanal en US\$ 1.015.984, para el anual en US\$ 1.015-984 y sin tratamiento US\$ 1.344.403. Los días de hospitalización se estimaron en: tratamiento semanal 116.500 días, anual 85.800 días y sin tratamiento en 154.158 días.

Conclusiones: Ibandronato representa el tratamiento más costo-efectivo para el caso de columna lumbar, y ácido zoledrónico para cadera y cuello femoral. El tratamiento anual para tratar la osteoporosis que garantiza una mayor adherencia al tratamiento semanal supone un ahorro de 267 millones de US\$ y 30.611 días menos de hospitalización.

P-065. COST-EFFECTIVENESS OF ESCITALOPRAM VERSUS VENLAFAXINE IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN SPAIN

J.A. Arbesú, J.M. Bosch, V. Navarro, J.M. Haro and L. Gutiérrez

CS La Eria (Oviedo); CAP Maragall (Barcelona); Hospital Clínic, Barcelona; Fundació Sant Joan de Déu (Barcelona); Lundbeck España.

Objectives: Major depressive disorder (MDD) is one of the most prevalent psychiatric disorders in the Spanish society, and is associated with a substantial economic health care burden. The aim of this study is to conduct a cost-effectiveness analysis of two antidepressants, escitalopram (ESC) and venlafaxine extended release (VEN XR) in patients suffering from MDD in Spain.

Methods: A decision analytic model initially developed for Sweden was adapted to Spain in order to combine data on quality of life, clinical and economic outcomes of two alternative options (ESC and VEN XR) during one year after initiation of these treatments in a Spanish primary care setting. Input probabilities for the decision tree were derived from a meta-analysis of two head to head randomized clinical trials (Montgomery 2006). Resource use input data were based on the results of two observational studies: a naturalistic longitudinal survey of patients with depression in a primary care setting in Sweden and a retrospective chart review using computerised data of patients with depression attending primary care centres in Spain. Local unit costs were used to quantify costs. Effectiveness outcome was measured as quality-adjusted life years (QALY), using utility values from the aforementioned Swedish observational study and utility penalties for adverse events derived from the 2000 Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). All parameters and assumptions of the model were validated by local experts (psychiatrists and GPs). A second-order Monte Carlo simulation analysis was performed to examine the impact of uncertainty in the parameter estimates. The analysis was carried out from the Spanish National Health System (NHS) and the societal perspectives.

Results: The results of the analysis over 1-year timeframe indicate that ESC is associated with an increase of 0.015 QALYs (0.658 vs

0.643) and lower costs than VEN XR (€1199.3 vs €1458.0 from the NHS perspective and €3063.7 vs €3339.8 from the societal perspective respectively). Thus, from the societal perspective ESC was associated with savings of €276.1 per patient per year. The main cost drivers were indirect costs (60.9% for patients treated with ESC; 56.5% for VEN XR), ambulatory costs (24.9%; 23.4% respectively) and drug costs (8.6%; 15.0% respectively). In the probabilistic analysis, ESC was a dominant option in 88.4% of cases.

Conclusions: The results of these analyses showed that ESC is associated with greater effectiveness and lower costs than VEN XR, so ESC can be considered a cost-effective and cost saving option in first-line treatment of MDD patients in Spain in comparison to VEN XR.

P-066. A REVIEW OF THE USE OF UNIT COST SOURCES IN SPANISH ECONOMIC EVALUATIONS PUBLISHED IN 2007 AND 2008

E. De Cock and M. Raluy Callado

United BioSource Corporation, Barcelona.

Objectives: To understand which unit cost (UC) sources are being used by resource use (RU) category in recent Spanish economic evaluations, to reflect on the appropriateness of data sources, and to assess overall transparency of the use of cost data in economic evaluations.

Methods: We conducted a literature search in Embase using MeSH terms "Cost-Benefit Analysis" and "Spain". The search was limited to 2007 and 2008. We retained 32 studies after applying a range of exclusion criteria. Information was selected on the type of analysis, source of resource use data, RU categories, perspective of the analysis, UC sources, and presentation issues (specification of analysis year and UC source year, inflation adjustment, tabular presentation of cost data, and referencing).

Results: Half the studies reported cost-effectiveness analyses, and 25% cost-utility analyses. RU data were mostly obtained prospectively (22%), followed by expert opinion (19%), and retrospective data collection (16%). Most frequently included RU categories were drugs (68%), physician visits (61%), hospital per diem (61%), investigations (48%), and lab tests (39%). Four studies did not state an analysis perspective; 39% stated NHS, 36% hospital, 4% societal and 21% a mix of perspectives. Portalharma was the main source for drugs (58%), followed by hospital pharmacy data and Official Spanish Bulletin (13% each). In 60% of cases, the type of drug cost (e.g. public vs ex-factory price) was not specified. Applying an average for the remaining four RU categories, a database was used in 46% of cases, 24% used hospital costs, 15% had not specified any sources, and 14% used official tariff lists. For one in two studies it was unclear if UC sources were in line with the perspective. One third of the studies did not specify analysis year. Half the studies did not specify if inflation adjustment was made. 75% of the studies listed UC in a separate table, and 50% failed to report UC sources in the reference list.

Conclusions: This review of a small sample of recent Spanish economic evaluations demonstrated deficiencies in the selection and reporting of UC. Most studies referenced a database of Spanish unit costs (secondary source) without providing information on the primary data sources. This may raise doubts about the appropriateness of the data vis-à-vis the study perspective. Alternatively, the Autonomous Communities' tariff lists that cover ambulatory and hospital care as primary sources may be used when doing regional or national costing analyses. Authors frequently failed to state the analysis year, the use of inflation, and the listing and referencing of UC data. If done, all these aspects increase transparency of the economic evaluation.

Análisis económico y variabilidad de la práctica clínica

Moderador: Salvador Peiró

P-067. SALUD Y AMBIENTE EN CENTRO AMÉRICA: MODELO DE FACTORES DE ESTRÉS

Y. Xirinachs-Salazar

ULPGC; UCR.

Objetivos: El objetivo de este estudio es realizar un análisis la aplicabilidad del modelo exposición-enfermedad-estrés a nivel de regiones geográficas.

Métodos: Primera etapa se caracterizan los factores estresores a través de un análisis descriptivo estableciendo las posibles diferencias entre los siete países que componen la Región. Segunda etapa se aplica un análisis de factores con el fin de establecer estadísticamente la estructura de los factores estresores. Se utiliza el método de componentes principales.

Resultados: El análisis descriptivo muestra que Centro América tiene diferencias significativas que aspectos como Tasa de Mortalidad Infantil, PIB per cápita y consumo de energía. El determinante de la matriz de correlaciones, utilizando el método de componentes principales, muestra la significancia de la aplicación de la técnica ($D = 6,11E-20$). Se obtuvieron 6 factores, los cuales explican un 85,48% de la variabilidad.

Conclusiones: El modelo de Gee y Payne-Sturges incorporar explícitamente el efecto ambiental sobre la salud, permite establecer relaciones de interacción entre los diferentes factores que pueden afectar la salud pública. Es importante resaltar que el factor ambiental no se refiere únicamente a los aspectos de efecto ecologista, incluye factores que afectan el ambiente donde se desarrollan las principales actividades. Todos los indicadores muestran que Centro América a pesar de ser una región relativamente pequeña se ha desarrollado de forma diferente. Algunas de las principales diferencias radican en los factores de Estrés País, la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años, es uno de los más relevantes y uno de los principales indicadores para determinar el "estado de salud" del país, p.e. Costa Rica tiene la menor tasa 12/1000 para el año 2006, mientras que Guatemala reporta 46/1000 nacidos vivos. Si a estos indicadores se agregan los indicadores ambientales, p.e. en la generación de CO₂, o en el consumo de energía no renovable. El análisis de factores muestra que existe evidencia estadística que permite establecer factores cercanos a los propuestos en el modelo Exposición-Enfermedad-Estrés. Cabe destacar que los indicadores ambientales tienen relación positiva y negativa con la tasa de mortalidad infantil. Factores como el consumo de energía que en términos ecologistas podría considerarse contraproducente, pero positivo en control de la tasa de mortalidad infantil.

P-068. AVANCES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN MULTICANAL A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

M.F. Flores Caballero y M.C. Cano García

Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional; Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud.

Objetivos: -Disponer de una red de Atención al Profesional. -Crear un Sistema de registro y comunicación (AXÓN). -Posibilitar el acceso de consulta a través de la web. -Implantar una Central Telefónica de Atención al Profesional. -Integrar todas las consultas realizadas por los profesionales en una Plataforma de Atención Multicanal.

Métodos: La implantación de la Plataforma Multicanal de Atención al Profesional (SAS) en la que se integran la gestión de todos los canales de comunicación con el profesional, es el resultado de la superación de distintas fases y proyectos evolutivos: FASE 1. Canal Presencial (2004) Creación de una herramienta en el sistema de información de gestión personal que permite el registro y la elaboración de respuesta a las consultas dirigidas a la Unidad de Atención a Centros desde las Áreas de Personal de los centros sanitarios del SAS. FASE 2. Canal Web (2007). Inclusión de formularios normalizados de consulta a través de la web. Canal Telefónico (2007). El servicio de información del área de selección que se prestaba a través del "línea 901" se transforma en Servicio de Atención al Profesional. FASE 3. Canal Telefónico (2008). Dotación de infraestructura tecnológica para Service Desk de Atención al Profesional. FASE 4. Implantación Plataforma Multicanal de Atención al Profesional (SAS), para ello es necesario modificar AXÓN y convertirlo en un almacén de información capaz de dar respuesta a toda la demanda informativa que nos plantee los usuarios.

Resultados: La consecución de las tres primeras fases mencionadas anteriormente, ha permitido al Servicio Andaluz de Salud prestar a sus profesionales una atención de mayor calidad, de respuesta a sus necesidades de información. Del mismo modo se ha conseguido integrar las demandas y las respuestas en un único sistema de registro y comunicación; Reducir los tiempos de espera de las consultas realizadas por los profesionales a través de cualquier canal de comunicación y conocer las características de la demanda de información realizadas por los profesionales.

Conclusiones: Para justificar el desarrollo específico de una Plataforma de Atención Multicanal en el seno del Servicio Andaluz de Salud, se ha extrapolado al ámbito de los profesionales SAS, la línea de acción dirigida al ciudadano de la Junta de Andalucía a través de la cual la Atención al Ciudadano se define como una de las principales líneas de mejora de la calidad de los servicios prestados por la Administración Andaluza.

P-069. DIFUSIÓN DE INNOVACIONES SANITARIAS: ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA SUSTITUCIÓN DE TECNOLOGÍAS

V. Serra Sastre y A. McGuire

LSE Health; LSE Health.

Objetivos: El papel del cambio tecnológico en el creciente gasto sanitario que han experimentado la mayoría de los países desarrollados durante las últimas décadas ha despertado un creciente interés por el análisis de la difusión de tecnologías sanitarias. En general se asume que nuevas tecnologías sanitarias presentan una ventaja competitiva que las hace superiores a las tecnologías existentes en el mercado. Sin embargo la aceptación de estas innovaciones sanitarias no conllevan un proceso instantáneo de adopción y difusión. Dada la importancia del proceso de difusión de nuevas tecnologías sanitarias y el lento proceso que generalmente les acompaña es importante entender los mecanismos que determinan la penetración de innovaciones en el sector sanitario.

Métodos: El presente trabajo examina la difusión de innovaciones sanitarias en el sector hospitalario para entender el proceso de introducción de tecnologías quirúrgicas. Se analizan dos procedimientos quirúrgicos ambos para el tratamiento del cáncer de próstata: procedimiento quirúrgico tradicional y operación endoscópica. El primer tipo de tecnología fue la que se introdujo primero para este tipo de cáncer, pero más tarde fue lentamente sustituido por la tecnología endoscópica puesto que ésta supone un proceso menos invasivo y que conlleva un periodo de recuperación más corto. En consecuencia, la gestión de los pacientes que sufren este tipo de cáncer ha experimentado un proceso que ha sustituido lentamente un tipo de

innovación por otra. El cambio de preferencias por las tecnologías disponibles supone un caso interesante dada la persistencia de algunos proveedores por tecnologías que quedan obsoletas. El objetivo de este artículo es el de descifrar los factores que determinan estas preferencias y ponen en competencia dos tipos diferentes de tecnologías. Este artículo también examina el proceso de sustitución de unas tecnologías por otras. Los datos analizados son datos del sector hospitalario en Inglaterra durante el periodo 1996-2008 y se usan modelos dinámicos para panel de datos para la estimación de las variables de interés.

Resultados: Los resultados muestran que las características de los hospitales y las limitaciones impuestas por el contexto regulatorio están entre los factores que más influyen la difusión de innovaciones quirúrgicas.

Conclusiones: Si el objetivo es acelerar la introducción de innovaciones, el diseño de la organización donde este proceso se lleva a cabo es determinante y en consecuencia las políticas diseñadas para incentivar un uso eficiente de los recursos debería tener en cuenta el papel de estas políticas en el uso de tecnologías que conllevan beneficios para los pacientes.

P-070. LA FALTA DE MOTIVACIÓN DEL PERSONAL DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN ARGENTINA

J.F. Ríos, M.J. Pujol, A. Varela Blanco, A. Gregorio, P. Saavedra, et al.

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires; Escuela de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: La motivación del personal de un hospital a través de políticas de incentivos adecuadas determina mejores resultados para la institución. El área de recursos humanos tiene un rol preponderante en este sentido. El objetivo de este trabajo es valorar a través de una encuesta el grado de motivación y satisfacción del personal hospitalario.

Métodos: Se realizó una encuesta que abarca los siguientes temas: Área de trabajo, Antigüedad en el puesto, Técnicas de motivación, Responsabilidades del área de RRHH. Se entrevistaron a 56 personas seleccionadas al azar (86% del sector enfermería y 14% de administración) de un Hospital General de Agudos de 130 camas del Gran Buenos Aires, con un área de cobertura de 219.432 habitantes.

Resultados: El 93% tienen más de 5 años de antigüedad y trabaja más de 40 horas semanales; el restante 7%, menos de 1 año y menos de 40 hs semanales. Todos tienen un segundo trabajo. El 79% del personal recibe únicamente remuneración salarial y el 21% restante alguna otra compensación. Las compensaciones son: 67% son por desempeño y 33% por paciente atendido. Solo al 14,3% se le realizaron evaluaciones periódicas y pudieron brindar sugerencias, no se otorgaron premios y los aumentos de categorías se basaron en antigüedad en el cargo. La percepción del personal de progreso dentro de la organización es nula, manifestando un 100% que no participan en la toma de decisiones que los afectan. El 43% tiene especificadas sus tareas, el 36% no y el 21% definidas vagamente. El 7% recibe un informe sobre su desempeño, el 50% lo recibe imprecisamente y el 43% no recibe informe. El ambiente laboral para el 7% es malo, el 50% regular, el 36% bueno y el 7% muy bueno. Los recursos humanos son insuficientes para el 100% de los encuestados y para un 71% en el caso de los recursos materiales. Se realizan cursos de capacitación para el personal.

Conclusiones: Las instituciones de salud modernas necesitan implementar políticas de incentivos para el logro de resultados favorables. De las encuestas realizadas se puede concluir que existen escasas políticas de incentivos que motiven al trabajador, con un alto grado de insatisfacción, agravada por la falta de oportunidades de mejora salarial como de progreso en su puesto de trabajo. Será necesario para el futuro desarrollar una gestión centrada en la satisfacción del trabajador teniendo en cuenta la adecuación de su jornada

laboral, la retribución salarial, la participación en las decisiones y la formación continua, lo que redundará en un beneficio tanto para el empleado, como para la institución y para la población asistida.

P-071. ESTUDIO DE FORMULACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DE UN LABORATORIO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA PARA CENTROAMÉRICA

R. Vicente, C. Casas, L. Giacometti, F. González y S. Guillot

Gesaworld SA.

Objetivos: Desarrollar y formular un proyecto de inversión para el análisis de factibilidad de la construcción, equipamiento técnico y operación de un laboratorio de salud pública para Centroamérica (incluido Belice y la República Dominicana).

Métodos: La estructura metodológica se basa en la identificación de dos unidades de observación, los entes estatales con función de control y rectoría sobre los medicamentos, alimentos; y los laboratorios oficiales de cada país encargados del análisis de muestras. Con base a estas dos unidades se llevó a cabo: a) Un estudio de oferta y demanda para determinar la situación en la que se encontraba cada país. Diseñando y aplicando instrumentos de diagnóstico y técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis de datos. b) Un estudio técnico para caracterizar de cada uno de los laboratorios oficiales. Contemplando el diseño de un "laboratorio tipo" sobre el cual se valoraron los existentes, a través de matrices de valoración y análisis de brechas. c) Un estudio de evaluación financiera que contemplo la aplicación de técnicas de evaluación financiera de proyectos como son: VPN, TIR y la construcción de un modelo para el aporte financiero de los países.

Resultados: Se establecieron los resultados a través del análisis de 4 perspectivas diferentes: económica, temporal, político-estratégica y organizativo administrativa. En base a estas, la alternativa que presentó la mayor factibilidad fue la de potencializar o fortalecer uno de los laboratorios oficiales que están operando actualmente en la región, como es el caso del Laboratorio Nacional de Salud de Guatemala o el Laboratorio de Salud Pública de Costa Rica. Ambos ya operan o proyectan hacerlo a corto plazo (Costa Rica) como laboratorios integrados y en su operación o diseño ya contemplan la posibilidad de ofertar servicios a nivel regional.

Conclusiones: 1. Si el Laboratorio regional operara en Guatemala la ventaja es que este ya se encuentra acreditado bajo la norma 17205 por lo que ya goza de reconocimiento regional y sus instalaciones le permiten ampliar su actual capacidad instalada. La desventaja es la necesidad de cambiar su figura jurídica actual y su dependencia estatal. 2. Si el laboratorio regional se ubicara en Costa Rica, la ventaja es la integración y autonomía que se prevé en laboratorio, aunque hasta el momento el proceso de unificación estaba en tránsito legislativo para ser aprobado, lo que es una potencial desventaja ya que no se trata de un laboratorio totalmente consolidado en su operación.

P-072. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES DE MALA EVOLUCIÓN DESDE LA URGENCIA HOSPITALARIA EN EL CASO DE PACIENTES CON REAGUDIZACIONES DE EPOC

J.M. Quintana, C. Esteban, S. García, A. Bilbao, J.L. Lobo, et al.

Unidad de Investigación. Servicio de Respiratorio; Hospital Galdakao-Usansolo- CIBERESP; Galdakao. Vizcaya; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF) -CIBERESP; Sondika. Vizcaya; Servicio de Respiratorio; Hospital de Txagorri.

Objetivos: Identificar variables recogidas rutinariamente en la urgencia hospitalaria predictoras de mala evolución en pacientes que acuden a urgencias con reagudizaciones de EPOC.

Métodos: Diseño: estudio prospectivo desde la urgencia y con seguimiento durante el ingreso o el alta hasta la primera semana. Pacientes que acuden a servicios de urgencias con reagudizaciones de EPOC (n = 254). Se recogieron en la urgencia posibles variables predictoras de la mala evolución: frecuencia respiratoria, presencia de disnea, inestabilidad al ingreso...) y parámetros de laboratorio (gasometría) tanto en el momento de la llegada a urgencias como el momento de la toma de decisión de si el paciente era ingresado o dado de alta. Principal variable de resultado: variable compuesta por mortalidad, complicaciones mayores, ingreso en UCI, o necesidad de ventilación mecánica durante el ingreso o primera semana tras el alta (mala evolución). Se realizan análisis univariantes para determinar qué variables están relacionadas con la mala evolución.

Resultados: Se recogieron datos de 254 pacientes, de los cuales 48 (18,9%) presentaron mala evolución tal y como se ha definido anteriormente. El análisis univariante de nuestros datos permite identificar al pH alterado (< 0,0001) la hipercapnia (0,013), y a la inestabilidad al llegar a urgencias (0,016) (presencia de uso de musculatura accesoria, parada cardiaca o inestabilidad hemodinámica) como variables predictoras de mala evolución en los pacientes finalmente ingresados. Si incluimos a la muestra anterior aquellos dados de alta desde la urgencia, al pH alterado (< 0,0001) y a la hipercapnia (0,0001) se añade como posible variable predictoras la frecuencia respiratoria alterada (0,03) quedando la presencia de disnea en el momento de la toma de decisión de ingreso o alta en el límite de la significación estadística (0,06).

Conclusiones: Este análisis preliminar permite identificar ya algunas variables como posibles predictoras de mala evolución durante las dos primeras semanas. Ello podría ayudar al médico de urgencia en la determinación de la gravedad de un paciente con reagudizaciones de EPOC. Estos resultados deberán de corroborarse con una mayor muestra y validarse en otras muestras.

P-073. FUNCIONAMIENTO DE PANELES DE EXPERTOS EN EL MÉTODO RAND DE USO APROPIADO

J.M. Quintana, A. Escobar, U. Aguirre, S. García, N. González, et al.

Unidad de Investigación. Servicio de Respiratorio; Hospital Galdakao-Usansolo- CIBERESP; Galdakao. Vizcaya; Unidad de Investigación; Hospital de Basurto- CIBERESP; Bilbao. Vizcaya.

Objetivos: Evaluar el funcionamiento de los paneles de expertos del método RAND de creación de criterios explícitos de indicación apropiada. El fin es comprobar el valor de realizar dos rondas y el que la segunda de esas rondas sea de presencia física.

Métodos: Se crean criterios explícitos de indicación de ingreso apropiado para las reagudizaciones de la EPOC a través de una variación del método RAND de uso apropiado. Para ello, se nombra un panel de 12 expertos a nivel nacional (neumólogos y personal médico de servicios de urgencias) que valoraron los escenarios en 2 rondas (la 1ª a nivel individual y la 2ª en una reunión de un día), comparando los resultados de este panel principal con un 2º panel (de 10 expertos a nivel nacional que valoraron los escenarios en dos rondas por correo). Se comparan los cambios producidos entre la primera y segunda ronda de cada panel de expertos, entre paneles, y dentro de cada ronda la variabilidad entre panelistas.

Resultados: Valorando entre 0 (totalmente inapropiado) y 9 (totalmente apropiado) el panel principal paso de una media de puntuación global de 6,61 en la 1ª ronda a 6,49 en la 2ª, mientras que el segundo panel paso de 6,47 a 6,60. La desviación de la media de cada ronda de los diferentes panelistas osciló entre 0,47 a 2,28 en la 1ª ronda y 0,39 a 0,9 de la 2ª del panel principal a 0,44 a 1,74 en la 1ª ronda y 0,53 a 1,57 en la 2ª del segundo panel. Las puntuaciones de

los panelistas del panel principal oscilaron entre una media de 5,02 a 7,57 en la 1ª ronda y de 5,74 a 7,39 en la 2ª. Los cambios de 1ª a 2ª ronda para un mismo panelista oscilaron entre -0,87 a +1,90. En el segundo panel las puntuaciones de los panelistas oscilaron entre una media de 4,74 a 8,20 en la 1ª ronda y de 5,46 a 8,15 en la 2ª. En este segundo panel, los cambios de 1ª a 2ª ronda para un mismo panelista oscilaron entre -1,50 a +2,86.

Conclusiones: El panel principal muestra menor variabilidad en las puntuaciones y mayor regresión a la media en la segunda ronda de presencia física en comparación al segundo panel donde las dos rondas se realizaron por correo. Los cambios entre rondas en el panel principal no parecieron importantes. Cabe sugerir que una única ronda de presencia física en un panel con el que se mantenga un contacto estrecho podría ser suficiente para reducir la variabilidad innecesaria debida a la mala comprensión de los escenarios, sus definiciones o dinámica del método RAND.

P-074. LA CIFOPLASTIA CON BALÓN: PANEL DE EXPERTOS

O. Solas Gaspar, A. Hidalgo Vega, J. Fernández Martín y E. Antón de las Heras

Fiscam; S/Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha; SESECAM; Medtronic Ibérica, S.A.

Objetivos: Evaluar la innovación que representa la técnica de la cifoplastia con balón para pacientes y profesionales, para el sistema sanitario, y para la sociedad (valor social y su impacto económico), a través de la constitución de un panel de expertos, convenientemente seleccionado cuyo objetivo es aportar información pertinente y relevante para facilitar el proceso de toma de decisiones informadas a distintos niveles (asistencial, organizativo y social).

Métodos: A partir de la revisión sistemática sobre la evidencia clínica y económica contrastada sobre la cifoplastia con balón se propuso la constitución y desarrollo de cuatro paneles de expertos, que asumiendo un enfoque a nivel macro, meso y micro generase información relevante y pertinente a la toma de decisiones informadas sobre cuatro áreas clave: impacto en los pacientes, aspectos ético y profesional, aspectos de organización y económico y impacto social. Los participantes fueron convenientemente seleccionados de acuerdo a un perfil previamente establecido. El número de participantes por grupos se estableció entre cuatro y seis expertos. Se diseñó un formulario que se remitió a los panelistas con antelación. Las respuestas y observaciones se sistematizaron para ser presentadas y discutidas en una sesión plenaria con el total de expertos participantes. Finalmente, se elaboró un informe de síntesis en base a las conclusiones y recomendaciones extraídas del panel de expertos.

Resultados: Los pacientes con fracturas vertebrales sintomáticas por compresión, de origen osteoporótico y tumoral, sin contraindicaciones, pueden beneficiarse de esta técnica. En la experiencia clínica acumulada parece que mejora la altura vertebral y la deformidad cifótica causadas por las fracturas vertebrales, aunque estos beneficios no parecen estar asociados a la reducción del dolor. La cifoplastia con balón frente al tratamiento médico convencional logra una reducción significativa del dolor a corto-medio plazo. De forma coadyuvante mejora la autonomía del paciente, lo que sin duda potencia su bienestar y calidad de vida. En relación con los riesgos potenciales para el paciente se han estimado una menor tasa de fugas de material relleno (7-8%) que suelen ser asintomáticas, y de complicaciones.

Conclusiones: La metodología del panel de expertos y la revisión de la evidencia existente demostró ser una herramienta adecuada para analizar las implicaciones de la cifoplastia con balón. Desde el punto de vista económico los pacientes presentaron una mayor disponibilidad a pagar por la cifoplastia que por la vertebroplastia.

Desigualdades y equidad

Moderadora: Marisol Rodríguez

P-075. EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y SOCIAL EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

A. Hita

Área de Salud Puertollano. Servicio Medicina Preventiva.

Objetivos: Desde 2006 se emprenden una serie de iniciativas entre el SESCO (Unidad de Investigación) y la Gerencia del Área de Puertollano para diseñar y desarrollar una estrategia a medio y largo plazo en el terreno del asociacionismo cuyo fin es cooperar y humanizar los servicios prestados a los usuarios dentro de un modelo de gestión de calidad EFQM. Es posible que centros sanitarios, en este caso de financiación pública, incluyan en su misión y estrategia colaborar y ayudar en proyectos de desarrollo en países en vías de desarrollo. Se pretende: 1. Describir las acciones concretas que se han realizado en el área de salud entre 2005 y 2008. 2. Comparar el nivel de colaboración por años de estudio. 3. Determinar si se ha producido un cambio de actitud en la colaboración en los últimos tiempos. **Métodos:** Se describen los hechos y las acciones realizadas en el contexto del hospital y Área de Puertollano. 1. Colaboración con ONGs: distribución numérica, tipo y proyectos. 2. Evolución de las inversiones por año. 3. Traslado de personal del Área a zonas en vías de desarrollo. 4. Envío de material médico.

Resultados: Colaboración con ONGs: 1. Se ha colaborado desde 2005 hasta 2008 con las siguientes ONGs: 2005 (1), 2006 (5), 2007 (9), 2008 (13). 2. El conjunto de ONGs beneficiarias en el tiempo del estudio fue 15, desglosadas por tipos: congregaciones religiosas (8), asociaciones laicas (4), asociaciones independientes (3). 3. La colaboración ha consistido en donaciones económicas para financiar mini-proyectos o participar en proyectos en países en vías de desarrollo y ayudas sociales en el Área: 2005 (1), 2006 (8), 2007 (15), 2008 (22). 4. La evolución de las inversiones ha sido como sigue: 2005 (300 e.), 2006 (6185 e.), 2007 (13150 e.), 2008 (18145 e.). 5. Los ingresos han provenido de particulares (patrocinador) y los costes administrativos del inmovilizado ha sido subvenido por la institución pública. Cesión de personal sanitario (médicos y enfermeras) voluntario para colaborar en proyectos de países en vías de desarrollo durante periodos cortos de tiempo. Donación de material sanitario reciclado por el personal de Esterilización para centros sanitarios de países en vías de desarrollo.

Conclusiones: 1ª La gente del entorno del Área de Salud está colaborando, en lo que puede, a paliar las inmensas necesidades de los países del Sur y también del Área. 2ª Se manifiesta un cierto grado de sensibilización por los temas de solidaridad, en general, en el tiempo del estudio. 3ª Se deberían ampliar las acciones de ayuda humanitaria por parte institucional, sobre todo de financiación, con vistas al impacto social en calidad.

P-076. PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN ECUATORIANO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN CATALUÑA

D. Toledo, R. Terraza, M.L. Vázquez e I. Vargas

SEPPS-CHC.

Objetivos: El incremento de la población inmigrante en España ha configurado una nueva realidad social y demográfica en los servicios sanitarios, que se enfrentan a algunas características diferenciales – idiomáticas, culturales, económicas – que podrían implicar un acceso inadecuado a los servicios, según la evidencia internacional. En Espa-

ña, el acceso se analiza básicamente como utilización de servicios, sin profundizar en la perspectiva de los actores. Las nacionalidades mayoritarias entre los inmigrantes son Rumania, Marruecos y Ecuador. El objetivo es analizar los factores que influyen en el acceso a los servicios desde la perspectiva de la población inmigrante ecuatoriana.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter fenomenológico, mediante entrevistas individuales semiestructuradas. Se diseñó una muestra teórica de informantes, utilizando los criterios de selección: nacionalidad ecuatoriana, edad, sexo, tiempo permanencia y situación legal (18). Las entrevistas se grabaron y transcribieron textualmente. Se realizó un análisis narrativo del contenido con segmentación por temas. El área de estudio fue la comarca del Barcelonès por poseer la mayor proporción de ecuatorianos de Cataluña.

Resultados: Los informantes coinciden en afirmar que utilizan los servicios sanitarios cuando perciben que el problema de salud es grave y consideran que el acceso a los servicios es fácil si se posee la tarjeta sanitaria. Además de la TS, señalan como elementos que facilitan el acceso: el idioma, la gratuidad de la asistencia y, solo algunos, la cercanía a los centros de salud. No obstante, en su discurso emergen diversos factores que dificultan el acceso relacionados con el nivel de información sobre el sistema (tarjeta sanitaria, funcionamiento,...) y su obtención, sólo un informante manifestó haber recibido información directamente de los servicios; las condiciones laborales de los inmigrantes (horarios, temor a pedir permiso,...), que, además, según algún informante dificulta la continuidad del tratamiento; los horarios de atención primaria y consultas externas hospitalarias; y en la relación médico-paciente la carga asistencial y la manera de actuar del médico (falta de contacto visual y físico), según algunos informantes, sobre todo mujeres. Algún informante percibe que es discriminado en las unidades de atención al usuario por su aspecto físico y nivel educativo.

Conclusiones: A pesar de que el acceso se considera fácil con la tarjeta sanitaria, se identifican algunas barreras relacionadas con la población inmigrante (escaso conocimiento del sistema, condiciones laborales precarias), y con el propio sistema (disponibilidad de información, recursos, organización) o su personal (actuación médica, actitudes discriminatorias).

P-077. ON THE IMPACT OF CONDITIONAL AND UNCONDITIONAL TRANSFERS ON CHILD HEALTH, HUMAN CAPITAL AND ECONOMIC GROWTH

P. Rungo, L. Currais and B. Rivera

Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS); Universidad de La Coruña.

Objectives: Making monetary transfers conditional on school attendance is becoming the standard approach to improving the conditions of the poor, and health and nutritional status are often given only cursory treatment. This paper analyzes the impact of foreign aid in the form of unconditional transfers to parents or children, or transfers that are conditional on school attendance. In particular, the main objective of this paper is to analyze the long run effects of those alternative methods of transferring resources to the poor in terms of nourishing, health status, education and family income.

Methods: A three periods, overlapping generations model is developed in order to analyze the consequences of the parents' maximizing behavior, when they have to choose both their present and old age consumption, the number of children they have, and the level of both child nourishing and education. The theoretical model also allows for analyzing the consequences of the alternative policy options being considered on the behavior of the representative agent. When

heterogeneity in the initial levels of human capital and income is introduced however, it is difficult to solve the model. Hence, in the second part of the paper, a non-steady-state numerical simulation is carried out in order to draw conclusions about the dynamics of the model, which is calibrated to fit main characteristics of the Mexican economy.

Results: Unconditional transfers to children are the best policy option: they enhance child nutritional status, and generate both the largest increase of per capita income and the maximum reduction of inequality. Conditional transfers however, which is the aid that most effectively boosts intellectual human capital, attains lower outputs in terms of per capita income and inequality. All policy options give rise to improved per capita income; better economic conditions allow households to enhance both the education and nutritional status of children of the following generations. Transfers to children, which are not conditional to school attendance, are shown to achieve the best outcomes in the medium run if and when the degree of intra-household reallocation of aid is sufficiently low.

Conclusions: All of the policy options considered reduce inequality, irrespective of per capita income levels. However, not conditioning cash transfers to school attendance is the best way to improve the condition of the poor, due to larger emphasis on child health/nutritional status. This conclusion should be taken into account in the design of development policies. In addition, it is shown that foreign aid may have negative effects on growth, because it affects fertility rates.

P-078. DE CÓMO EL GASTO EN SALUD ES CATASTRÓFICO EN CENTROAMÉRICA

R. Briceño y J.R. Vargas Sanigest

International; Universidad de Costa Rica.

Objetivos: 1: Mostrar cómo distintas maneras de organizar la provisión de la salud (pública y privada) en los distintos países de Centroamérica tiene diferentes consecuencias en lo catastrófico de los gastos en salud en los 6 países. 2: Mostrar cómo esos gastos catastróficos tienen consecuencias sobre la pobreza de las poblaciones. 3: Conjeturar sobre los canales causales mediante los que esa pobreza estructuralmente negativamente la salud de las poblaciones.

Métodos: Se aplican variantes de la metodología del Informe de la Salud en el Mundo del año 2000 de la OMS y de la propuesta de Wagstaff y Doorslaer (2003) para medir gasto catastrófico en salud. Este es el paradigma de la profesión. Se parte de que ninguna familia debiera tener que gastar más del 30% de su ingreso para atender la mala condición de salud de alguno de sus miembros. Hay diferencias tanto en el denominador y en ese porcentaje como en las fuentes de los datos (las distintas encuestas sanitarias y de ingreso-gasto). Se hace un esfuerzo de homogenización.

Resultados: El diseño y la operalización de las bases de datos afectan los resultados. El diseño de los sistemas públicos de salud tiene consecuencias sobre los resultados catastróficos, con Panamá y Costa Rica en un extremo. Excepto en Costa Rica el gasto catastrófico se concentra en los dos quintiles de ingresos más bajos. El gasto en medicamentos es el principal rubro del gasto de bolsillo de los hogares. La provisión de medicamentos en los diferentes países no brinda suficiente protección financiera a los hogares.

Conclusiones: Convendría desarrollar bases de datos comparables para los seis países y las encuestas sanitarias deberían considerar explícitamente datos socioeconómicos en su diseño. Los centros privados de excelencia médica parecen incrementar las inequidades en el acceso a la salud. El que los países de Centroamérica sean semejantes en recursos e historia deja lecciones sobre lo que los sistemas de salud aportan a la población. Comparar seis países, Belice incluido, es algo que no se había hecho antes.

P-079. DEVELOPMENT, HEALTH AND INEQUALITIES

J.D, Castro and M.L, Pelegrini

Faculdade de Ciencias Economicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objectives: The health creates the conditions for the human development, beyond possessing high economic potential and technological, high degree of profitability and jobs creation, are also, capable to guarantee the growth, sovereign and sustainable economic development with social justice and equity. Economic development in Brazil assumed the characteristic of economic growth mainly, determining raised indices of urbanization and industrialization, creating enormous inequalities between regions and in relation to the distribution of the income. In the health sector the consequence had been uneven and massive investments in infrastructure (workmanships and equipment). How to modify this cycle of inequality? One searched to answer to this question by analyzing in the cities of the Rio Grande do Sul - Brazil, the relation within the per capita expense in health and the population quality of life, expressed by the IDESE. The IDESE is a synthetic index, similar to the IDH; Objectives: (a)To verify the relation within the variation of the per capita expense in health and the variation of the IDESE in the cities, 2001-2005; (b)To analyze the evolution of the distribution of the per capita expense in health, 2001-2005.

Methods: The population data are referring to 2000-Census, for the subsequent years were used the estimate of growth calculated by IBGE. The tax growth of the IDESE was calculated in the period. The data of expenses per capita in health, collected in the SIOPS had been revised using the IPCA (National Index of Prices to the Ample Consumer) year base 2000 to correct the inflation tax in the period. The cities had been grouped in quartiles in accordance with the per capita expense.

Results: The cities with bigger expenses in the period already have the bigger IDESE in 2001. IDESE improved little, in all, independently of the expense level. In the period of 2001/05, 142 cities had gotten worse its condition in relation to the IDESE. These had spent, on average, bigger per capita value than the ones that had gotten improvement in the IDESE. In these cases, the expense in health was not reverted in an improvement in the IDESE in 2005. Considering the regions of the state the difference of the evolution of the per capita expense is accentuated in the period.

Conclusions: The cities that were in the best positions, thus remain; Increase of the per capita expense, does not reflect immediate improvement in the IDESE; The cities that had gotten worse its condition in relation to the IDESE had been the ones that had more spent; The inequalities between the values of per capita expense for the regions of the state are accentuated. The distribution of resources keeps the historical inequalities.

P-080. EQUITY IN THE ALLOCATION OF RESOURCES FOR THE HEALTH – THE EXPERIENCE OF THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL–BRASIL

P.M. Maria Leticia and C.D. Janice Castro

UFRGS; Pelegrini; Escola Saúde Pública RS.

Objectives: This article analyses the capacity to distribute resources for health services, established by the policy of "Municipalização Solidária da Saúde - MSS" created by the Health Department of the State of Rio Grande do Sul (SES/RS). The objective of this policy is to allocate resources to local level using a formula that would consider the equity criteria (the population and the Human Development Index - HDI the period analyzed is the year of 2001).

Methods: If the formula were adopted, a displacement of financial resources for cities with smaller population would be verified. In the

usual way of financing health in Brazil (per capita or production) the resources would be driven to the cities with bigger population.

Results: To evaluate if the MSS policy benefits the cities in a worse social and economical condition, the HDI was used. In the state of the Rio Grande do Sul it varies only from medium to high. There is no city with the low level of this indicator.

Conclusions: Notwithstanding, the formula showed a great capacity to benefit cities in worse social and economical condition. Using the formula, half of the resources would go for 34% of the resident population in the cities with the lower HDI.

P-081. DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO HUMANO ENTRE ÁREAS DE SALUD: CONSIDERACIONES DE EQUIDAD Y CONVERGENCIA REGIONAL

M. Morera Salas y A. Aparicio Llanos

Caja Costarricense de Seguro Social; Proyecto de Farmacoeconomía en Centroamérica, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Analizar los patrones geográficos del gasto per cápita en recurso humano, su relación con el Índice de Desarrollo Social y medir el grado de convergencia entre áreas de salud.

Métodos: Los datos del gasto en recurso humano y población provienen de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Índice de Desarrollo Social (IDS) del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Para analizar posibles inequidades espaciales se compararon los patrones geográficos del gasto per cápita en recurso humano y se calculó la correlación de su tasa de crecimiento y el IDS. Se utilizó el concepto de convergencia sigma como medida de dispersión. En la representación geográfica se utilizó el mapa de Costa Rica segregado en las 103 áreas de salud que componen el primer nivel de atención.

Resultados: Los patrones de bajo gasto per cápita en recurso humano se han mantenido en el período 2000-2007, los cuales se concentran en las zonas Atlántica, Norte y frontera con Nicaragua. Estas áreas de salud coinciden con valores bajos en el IDS. En este sentido el IDS explica en menos de 1% la variabilidad del crecimiento del gasto per cápita del recurso humano a nivel de áreas de salud. Las diferencias entre áreas de salud se redujeron en el periodo 2000-2004, pero aún persiste una amplia variabilidad geográfica en el gasto per cápita en recurso humano, dado que el coeficiente de variación entre áreas de salud ha permanecido alrededor del 53% a partir del 2004.

Conclusiones: En Costa Rica existen diferencias de más de tres veces en el riesgo de morir por las principales causas de muerte entre áreas de salud, las cuales están determinadas tanto por los factores de riesgo como por diferencias en el entorno y pautas socioculturales. Por lo que es importante determinar si las desigualdades identificadas en la distribución del recurso humano potencian esta condición. Si se pretenden alcanzar objetivos de equidad regional en la distribución de recursos sanitarios, se debería destinar un mayor porcentaje del nuevo recurso humano a aquellas zonas del país con menor desarrollo socioeconómico, esto por cuanto el gasto en recurso humano representa alrededor del 70% del gasto total en salud. Dado que los objetivos de reducción de las desigualdades se pueden medir en función de la distribución de recursos, es conveniente realizar un análisis comparativo de los mecanismos y criterios de distribución de recursos que utilizan otros sistemas de salud y poner en práctica las buenas experiencias.

P-082. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

D. Frigola, A. Mompert y P. Brugulat

Dirección General de Planificación y Evaluación; Departamento de Salud; Generalitat de Cataluña.

Objetivos: El objetivo del estudio es identificar posibles desigualdades socioeconómicas en las prácticas preventivas de vacunación contra la gripe, medida de la presión arterial y del nivel de colesterol en sangre, mamografía y citología vaginal; así como en el uso de los servicios de medicina de familia y especialista.

Métodos: Se han analizado los datos de la Encuesta de salud de Cataluña correspondiente a 2006, con entrevistas a 15.926 residentes no institucionalizados de 15 y más años. Se ha utilizado un modelo de análisis de regresión logística, considerando como variables dependientes la realización de prácticas preventivas y la visita de medicina de familia y de especialista. Para determinar la clase social se ha utilizado la propuesta del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, que codifica la clase social en 6 grupos socioeconómicos. También se han considerado como variables explicativas los factores de riesgo relevantes de las prácticas preventivas y del uso de los servicios sanitarios para controlar su efecto.

Resultados: El análisis de regresión logística muestra que los grupos socioeconómicos más bajos tienen una propensión mayor a realizar una visita de medicina de familia, a vacunarse contra la gripe y a realizar medidas de la presión arterial. Los grupos socioeconómicos más altos tienen una propensión mayor a visitar al especialista y a controlar el nivel del colesterol en sangre, realizar una mamografía y una citología vaginal. Por ejemplo, tomando como referencia el grupo socioeconómico más alto, el grupo socioeconómico más bajo muestra OR: 1,28 [IC 95% 1,1-1,5] al realizar una visita de medicina de familia, OR: 1,42 [IC 95% 1,2-1,7] para vacunarse contra la gripe y OR: 1,31 [IC 95% 1,1-1,5] al realizar medidas de la presión arterial. En cambio, muestra OR: 0,57 [IC 95% 0,5-0,7] al visitar al especialista, OR: 0,85 [IC 95% 0,7-0,9] al controlar el nivel del colesterol en sangre, OR: 0,59 [IC 95% 0,5-0,7] al realizar una mamografía y OR: 0,37 [IC 95% 0,3-0,5] al realizar una citología vaginal.

Conclusiones: El análisis muestra desigualdades de tipo socioeconómico en el uso de los servicios sanitarios y en las prácticas preventivas. Es necesario profundizar en el análisis para describir la relación entre la desigualdad en las prácticas preventivas y la desigualdad en el uso de los servicios médicos donde se prestan. Para determinar si estas desigualdades son inequitativas, que se proporcione igual tratamiento para igual necesidad independientemente de la clase social; se propone el desarrollo de índices de concentración e inequidad que relacionen la distribución del uso de los servicios y prácticas preventivas y la distribución de las necesidades de salud entre la población.

P-083. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.J. García Sánchez, A. Yáñez Tortosa, P. Beltrán Zúñiga, M.J. García Sánchez y E. Conesa Martí

Inspección de Servicios Sanitarios. Región de Murcia.

Objetivos: La Región de Murcia es la 4ª comunidad autónoma con mayor proporción de ciudadanos extranjeros de España, un 12,35%, el total de ciudadanos censados en la región es 1.331.500. El nº de extranjeros aumentó en año un 24,15%, hasta alcanzar los 165.016 inmigrantes censados, aproximadamente 90.000 no regularizados. Destaca el cambio de procedencia, los latinoamericanos han superado a los africanos, y la diferencia hombre/mujer se ha reducido. Estos flujos obliga a planificar según la utilización de recursos y su perfil: cuando, como, quien y donde se demandan los servicios de urgencias por pacientes que en sus países de origen no gozan de servicios sanitarios de calidad. Analizar las circunstancias sociodemográficas y de utilización de servicios del paciente inmigrante que acude a urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca y compararlo con las características de los de origen nacional. Comprobar diferencias significativas que debamos considerar.

Métodos: Estudio del primer trimestre del 2008, asistidos en los servicios de urgencias del hospital. Dos grupos de pacientes: autóctonos e inmigrantes (haber nacido en países del continente africano, sudamericano, países del este o asiáticos) y se compara entre ellos las variables de: edad, sexo, hora de asistencia, día semana, servicio, contingencia causante (enfermedad común, acc. causal, trabajo, tráfico, agresión) y financiación.

Resultados: Asistidos periodo: 43.858, 39.092 nacionales, y 4.766 inmigrantes, el 10,86%. Sexo: nacional 43% hombres/56% mujer, frente a un 40%/60% en inmigrantes. Diferencia estadísticamente significativa. Edad: el 85% de los inmigrantes están en edad laboral, frente a un 47% de los nacionales. Horario: escasa significancia estadística, se observa un mayor% en los inmigrantes que acuden a urgencias de 8 a 12 horas. Día de la semana: No se ha encontrado diferencia significativa. Servicio: la mayor utilización es claramente hacia los servicios obstétricos y la menor en urgencias infantil. Contingencia: mayor utilización en inmigrantes por accidente de trabajo y agresión. Igualado en el accidente de tráfico. Financiación: destaca un 7,3% privados o indocumentados en inmigrantes, frente a un 0,3% de nacionales.

Conclusiones: Mayor utilización de los servicios por la mujer, probablemente por la asistencia obstétrica. Baja frecuentación infantil y de mayor de 65 años, algo que se irá equilibrando con los años. Existe un % muy alto de primera generación en la que casi la totalidad de la población es activa. Actualmente los servicios a reforzar son obstetricia, traumatología (acc. trabajo, de tráfico y agresiones). Procede medidas urgentes para la correcta identificación del paciente debido al elevado número de indocumentados asistidos.

Gasto sanitario y financiación

Moderadora: M^a Luz González

P-084. COMPARACIÓN DE COSTES DEL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y DEL DE OTRAS PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA

L. Betegón, T. García- Coscolín, S. Moreno, R. Cozar-León y J.L. Merino

Dpto. Economía de la Salud e IRS, sanofi- aventis, Madrid; Unidad de Investigación en Arritmias-Hospital Universitario La Paz, Madrid

Objetivos: Estudiar la importancia a nivel económico de la fibrilación auricular (FA) comparando sus costes asociados por paciente y año con los de otras enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Tomando como punto de partida el estudio Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation, se ha realizado el informe AFTER (Atrial fibrillation Trial for Economic Research) que estima los costes directos e indirectos de la FA durante un año en España, Grecia, Polonia, Italia y países bajos. En el análisis se ha diferenciado entre el coste de la primera hospitalización y los costes del manejo de la FA durante un año. A fin de poder evaluar si la FA tiene un impacto económico (tanto a nivel sanitario como social) semejante al de otras enfermedades cardiovasculares, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de estudios de carga de la enfermedad, y se ha llevado a cabo una comparación de los resultados obtenidos. Para poder comparar con estudios con una metodología similar al estudio AFTER, la búsqueda bibliográfica se ha delimitado a estudios de carga de la enfermedad basados en registros de pacientes, de reciente comunicación o publicación en España, y que hayan estimado costes directos e indirectos.

Resultados: Durante un seguimiento de un año, los costes asociados al tratamiento farmacológico de la FA son inferiores a los costes de los fármacos asociados a otras enfermedades cardiovas-

culares, como la enfermedad arterial periférica (EAP) o la enfermedad arterial coronaria (EAC) (237€ vs 987€ y 1.120€, respectivamente). Los costes medios de hospitalización e intervenciones, (Incluyen los costes de consultas y pruebas diagnósticas) fueron 1.836€, frente a los 578€ en caso de enfermedad cerebrovascular (ECV) y los 2.145 en caso de EAC+EAP. Sin embargo, los costes medios directos (2.073€) y los costes medios totales (2.315€) son similares a los de otras enfermedades cardiovasculares como los de la EAP (2.135€) o la EAC (2.499€). El informe AFTER, basándose en una prevalencia de FA del 5,5% entre los mayores de 55 años estima que la FA supondría un coste de 1.545 millones de euros/año.

Conclusiones: De esta comparación de estudios de carga de la enfermedad se puede concluir que en España, la FA es una patología de impacto económico análogo al de otras enfermedades cardiovasculares.

P-085. ATENCIÓN POR LA MUTUA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL. ¿QUÉ MÁS PODEMOS HACER?

E. Ferrer Vázquez y O. Taboada Díaz

Mutua Fraternidad-Muprespa; Unidad de Apoyo Laboral Hospital San Rafael A Coruña.

Objetivos: Desde el año 1996 las mutuas asumen el control de pacientes en situación de Incapacidad Temporal por Contingencia Común (IT). Un porcentaje importante de estos pacientes presenta patología psiquiátrica. Debido a la presión asistencial que soporta la Atención Primaria del Servicio Público de Salud (SPS), la atención que reciben no es plenamente resolutoria. Con este estudio tratamos de demostrar que la intervención asistencial desde la Mutua en estos casos supone un ahorro en el coste del proceso y una reducción del período de incapacidad, con respecto al grupo en que no se interviene.

Métodos: Recogida de datos de los pacientes en situación de IT por patología psiquiátrica atendidos por la Mutua Fraternidad Muprespa durante el año 2008 (estudio descriptivo retrospectivo). Las variables principales fueron: diagnóstico, profesional asignado, número de días con incapacidad temporal y coste total para la Mutua del proceso (prestación económica y consultas de especialista) de cada paciente.

Resultados: De los 148 pacientes, 87 fueron derivados por la Mutua a consultas especializadas psiquiátricas de una Unidad de Apoyo Laboral. La duración media de la incapacidad temporal fue de 124,5 días, generando un coste medio total/paciente de 5.030 euros. Los pacientes que siguieron su curso asistencial habitual estuvieron 191 días de media en situación de IT, con un coste medio de 6.991 euros, y recibiendo atención médica diversa (psiquiatra del Servicio Público de Salud, psiquiatra privado ó médico de cabecera). Es significativo que el 19% de las bajas fueron seguidas exclusivamente por su médico de cabecera y de éstas, el 41% estuvieron en situación de IT más de 210 días. En cuanto a los diagnósticos más frecuentes que causaron IT se encuentran la depresión, el trastorno mixto ansioso-depresivo y el trastorno de ansiedad.

Conclusiones: La derivación psiquiátrica a unidades especializadas es una medida eficiente. Recomendamos al menos una evaluación psiquiátrica para todo paciente en situación de IT por patología psiquiátrica superior a 60 días. Otras medidas para valorar cumplimiento de tratamiento (niveles plasmáticos-orina de psicofármacos) deberían de implementarse. Las causas más frecuentes de IT por patología psiquiátrica son los Trastornos Afectivos. Son necesarias Unidades Específicas de Apoyo Laboral para optimizar el tratamiento de este tipo de pacientes y facilitar el retorno a su trabajo.

P-086. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA COMBINACIÓN FIJA DE ATORVASTATINA 10 MG Y AMLODIPINO 5/10 MG

M. De Salas, J. Fernández de Bobadilla y J. Rejas

Departamento de Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Instituto Euroclín, Madrid; Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Analizar el impacto en el presupuesto (AIP) farmacéutico del Sistema Nacional de Salud (SNS) de acuerdo al censo poblacional de 2009 de la introducción en la prestación sanitaria de la combinación fija de atorvastatina 10 mg y amlodipino 5/10 mg indicado en la prevención primaria de eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial y al menos 3 factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: Se ha estimado la población española mayor de 35 años susceptible de recibir la combinación fija de atorvastatina y amlodipino a partir de diferentes estudios y fuentes de información que han proporcionado los valores de prevalencia de hipertensión arterial (HTA), HTA conocida, tratada y controlada, prevalencia de pacientes con HTA y alto riesgo y valores de colesterol < 250 mg (según estudio ASCOT) y porcentajes potenciales de uso y cambio de tratamiento previo con amlodipino. El AIP se ha estimado para un periodo de 3 años (2009 a 2011) computándose a partir del coste de adquisición de la combinación fija y de la proporción estimada de uso de las diferentes presentaciones a sus precios de venta al público + IVA. Del impacto estimado se sustraen el coste de la sustitución de amlodipino (a precio de referencia) y el coste ponderado actualizado de los eventos cardiovasculares evitados (524€ por paciente) para el SNS en el periodo de referencia.

Resultados: El AIP en el escenario base según censo (26.464.312) y proyecciones de población del INE muestra una población susceptible de tratamiento con la combinación fija de 51.104 pacientes (1º año), 64.095 pacientes (2º año), y 77.520 pacientes (3º año), con un coste (€) anual de 8,1 M en 2009, 10,2 M en 2010 y 12,3 M en 2011 (30,5 M en total). El AIP se ve compensando hasta valores de impacto negativo para el SNS cuando se descuenta el coste de los eventos cardiovasculares evitados ponderado para el periodo de referencia, mostrando un ahorro de 31,2 M€, lo que produce un impacto negativo en 3 años para el SNS de -0,67 M€.

Conclusiones: El tratamiento de pacientes hipertensos con al menos 3 FRCV y colesterol < 250 mg/dl con la combinación fija de atorvastatina y amlodipino podría generar ahorros para el SNS en el periodo 2009-2011.

P-087. LOS IR-GDR COMO ALTERNATIVA A LOS AP-GRD EN LA FINANCIACIÓN HOSPITALARIA

I. Caballero, P. de Miguel, F. Rivas, P. Serrano y A. Gómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Objetivos: En la actualidad gran parte de los hospitales públicos son financiados a partir de los AP-GRD's, Nos cuestionamos si éstos siguen siendo la herramienta adecuada para este fin o, si por el contrario, es necesario plantearse un cambio.

Métodos: El análisis consistió en la comparación de la información facilitada tanto por los AP-GRD's como por los IR-GRD's. Para ello, agrupamos el CMBD de los años 2007 y 2008 del Hospital con AP-GRD's y con IR-GRD's, de modo que el resultado de las agrupaciones del 2007 se convirtieran en nuestro estándar. Realizadas las agrupaciones anteriores, comparamos los resultados obtenidos en un doble nivel: en el primero, enfrentamos el resultado obtenido con los AP-GRD y el obtenido con los IR-GRD en las altas de servicios concretos; y, en el segundo, nos fijamos en la distinta información

que se obtenía al tomar las altas de determinados AP-GRD's (independientemente del servicio al que correspondían) con la correspondiente a IR-GRD's.

Resultados: Comprobamos que un mismo AP-GRD se abre en varios IR-GRD's que, desde el punto de vista clínico, aporta mayor información en cuanto a las patologías tratadas y gravedad de los pacientes atendidos. Esta mayor información no se limita a una mejora de la información desde el punto de vista clínico, sino que también redunda en la gestión de los servicios. Además, es posible dar un paso más, y es que si se toma como proxy del consumo de recursos la estancia media, la mayor granularidad de la información que facilitan los IR's permite cuestionar la financiación en base a GRD's, pues, por ejemplo, en el Servicio de Psiquiatría el 72,7% de las altas se agrupaban en 3 GRD's (430 psicosis, 428 trastornos de la personalidad y 426 neurosis depresivas) estas mismas altas se corresponden con 9 IR-GRD's generales que identifican patologías tales como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y otros problemas mentales (distribuidas todas éstas en distintos grados de gravedad), patologías que a través de los GRD's era imposible identificar y que conllevan una estancia, y por tanto, consumo de recursos diferente.

Conclusiones: La agrupación de las altas hospitalarias en IR's facilita una información más pormenorizada a nivel de consumo de recursos (en términos de estancia) lo que permitiría establecer un sistema de financiación de la actividad hospitalaria más ajustado a las patologías atendidas e identificadas de acuerdo a este agrupador. Es decir, logramos no sólo una mejora del conocimiento de la casuística atendida sino que este conocimiento redunda en la obtención de puntos de mejora en la gestión clínica de los servicios y permite plantear una evolución en las herramientas de financiación.

P-088. CUENTAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL ESTADO DEL CEARÁ (BRASIL) E LOS AÑOS 2005 Y 2006

M.H. Lima Sousa, E. Carvalho Lima, M.A. Oliveira y L. Silva Benevenuto

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Brasil).

Objetivos: Identificar y describir el flujo de recursos financieros del sector público de salud en el Estado del Ceará, Brasil, en función de: fuentes de financiamiento, agentes, proveedores, actividades y elementos de gastos en 2005 y 2006.

Métodos: Basado en las matrices (1 a 5) estandarizadas por la Organización Mundial de la Salud/2003. Fuentes: federales (cuentas del Fondo Nacional de Salud) y hospitales-escuela (Ministerio de Educación); estatales (cuentas de la Secretaria de Hacienda y Sistemas: Integrado de Presupuesto, Finanzas e Información sobre Presupuesto Público en Salud); en los municipios (SIOPS y TCM).

Resultados: La matriz 1 identifica las fuentes y los gerentes de los recursos destinados a salud pública. El análisis del financiamiento revela reducción de los recursos federales (de 41,4% en 2005 y de 39,3% en 2006) y aumento de recursos estatales (34% y 35,7%) y municipales (24,7% y 25%). En relación al gerenciamiento de los recursos, los municipios tienen participación mayor (54,6% en 2005 y 53,8% en 2006), seguidos por el Estado, con 44,8% y 43,8%, respectivamente. La matriz 2 muestra los proveedores de servicios por agente financiador. El mayor incremento de gasto en acciones y servicios de salud se encuentra en la estructura hospitalaria (33,8% en 2005 y 36,8% en 2006), seguido de la Atención Básica con 25,4% en 2005 y 21,6% en 2006, destacando el Programa Salud de la Familia (PSF) que creció relativamente (68% y 75,5% en 2005/06), con peso mayor en los municipios. La Matriz 3 indica las actividades desarrolladas por los agentes financieros. En atención hospitalaria, las internaciones se destacan. En la SES en 2005 y 2006, el gasto fue de R\$ 128,5 y R\$ 215,2 millones y en los municipios fue de R\$ 215,5 y R\$ 256,2 millones, respectivamente. En la atención básica de SESA el foco y el pago

de los Agentes Comunitarios de Salud con R\$ 49,7 en 2005 e R\$ 59 millones en 2006 y en los municipios el PSF, con un gasto de R\$ 333,5 en 2005 y R\$ 366,9 millones en 2006. La Matriz 4 detalla proveedores por actividades. El resultado muestra que, en 2005/06, 8% y 11,5% de los recursos se gastaron en hospitales estatales; 12,7% e 11,6%, en hospitales privados contratados y conveniados; 9,5% y 10,7%, en hospitales municipales; 2,6% y 2,4%, en hospitales federales; y, 1,1% y 1%, en hospitales de gestión tercerizada. En la prestación de servicios ambulatorios la mayor concentración de gasto es en el PSF (17,3% y 16,3%) en 2005/06. La matriz 5 detalla los proveedores por elemento de gasto.

Conclusiones: Hubo aumento real de recursos para la salud de 2005 a 2006 de 19,5%, privilegiando la asistencia hospitalaria. En la atención básica destaca el Programa Salud de la Familia, fortaleciendo la descentralización de los recursos.

P-089. EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS MUNICIPALES CON SALUD EN EL ESTADO DE CEARÁ (BRASIL) EN EL PERIODO DE 2000 A 2007

M.H. Lima Sousa y M. Gurgel Carlos Da Silva

SESA; UECE.

Objetivos: Analizar los gastos en salud en los municipios cearenses por Microregión de Salud -MRS, segundo porcentual mínimo de aplicación de recursos para salud previsto en la Enmienda Constitucional n° 29/2000, condiciones socioeconómicas y gasto per cápita, en el periodo de 2000 a 2007.

Métodos: Estudio ecológico, descriptivo, teniendo como unidad de análisis 184 municipios cearenses distribuidos en 22 MRS. Datos socioeconómicos fueron basados en el Índice Socioeconómico desarrollado por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará- SESA, siendo colectados por clase y ranking. Informaciones municipales, sobre aplicación de la EC 29 y gasto per cápita con salud, fueron capturadas en el Sistema de Información sobre Presupuestos Públicos en Salud, e informaciones de población del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, de acuerdo con clasificación de las MRS

Resultados: En 2000, 36 municipios no llegaron al porcentual mínimo de aplicación de recursos propios en salud, en 2005 dos, en 2006, uno y en 2007 todos llegaron al porcentaje 15% o más. El gasto medio per cápita varió entre R\$ 26,70 (2000) y R\$ 95,51 (2007), representando un cambio porcentual de 257,7% entre 2000 y 2007. Se verificó una tendencia creciente en el gasto per cápita de 2000 a 2004 (51,5%, 20,1%, 12,2% y 9,4%) respectivamente, con reducción gradual. De 2005 a 2006 hubo una caída significativa, de 62,8%, probablemente por ser el primer año de gobierno, lo que hizo más difícil el cálculo, para algunos municipios, debido a la falta de continuidad administrativa. Entre 2004 y 2005, hubo un aumento en el gasto per cápita de 302,5%, recuperando la tendencia creciente en el gasto y manteniéndose en 2007 con 7%. Los valores máximo y mínimo per cápita fueron R\$ 106,88 (2000) y R\$ 258,43 y R\$ 219,87 en los años 2006 y 2007, respectivamente. Desde el punto de vista de las Microregiones de Salud, se observa que en las MRS Fortaleza, MRS Aracati y MRS Russas todos los municipios actuaron de acuerdo con la EC 29 en todos los años. La MRS 1, que incluye la capital, Fortaleza, y otros tres municipios, concentra 31% de la población del Estado (alrededor de 2,6 millones de habitantes), siendo la MRS con mayor nivel socioeconómico. Los municipios con mayor aplicación de recursos per cápita fueron General Sampaio (MRS 2) y Granjeiro (MRS 21). Son municipios de condición socioeconómica peor y con población aproximada de 5 mil habitantes.

Conclusiones: En el periodo estudiado hubo una mayor concientización sobre la aplicación del porcentual mínimo en salud en los municipios cearenses, a pesar de la falta de reglamentación de la EC 29. Hubo también un incremento gradual de recursos, excepto en

2005, caracterizando una mayor preocupación de los gestores de salud con la atención básica.

P-090. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PACIENTES CON LUMBALGIA: ANÁLISIS CRÍTICO A PARTIR DE UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA ACERCA DE LOS IMPLANTES LUMBARES

A. Hidalgo Vega, C. Polanco Sánchez y E. Antón de las Heras

Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha; Medtronic Ibérica, S.A.

Objetivos: Además del considerable impacto económico de la lumbalgia en términos de incapacidad, el dolor lumbar es la segunda causa de las consultas médicas, la quinta de admisión en hospitales, y la tercera de cirugía. La cirugía mínimamente invasiva se presenta como una alternativa a la fusión vertebral dados el ingente coste y la ausencia de resultados clínicos óptimos de ésta. El objetivo de este estudio es analizar tanto los resultados como la calidad metodológica de los informes de evaluación y las revisiones sistemáticas publicadas acerca de los implantes lumbares interespinosos.

Métodos: Revisión de la literatura publicada en los últimos 10 años acerca de los implantes lumbares interespinosos a partir de una búsqueda bibliográfica en Medline, EMBASE y Cochrane Library. Los autores revisaron independientemente los 871 artículos resultantes y decidieron su inclusión en el estudio a partir de la información contenida en el abstract. En caso de discrepancia, se buscó un consenso antes de incluir el artículo. La calidad metodológica de los informes de evaluación de tecnologías y revisiones sistemáticas se evaluó según el Overview Quality Assessment Questionnaire.

Resultados: De los 871 artículos resultantes inicialmente de la estrategia de búsqueda, los autores seleccionaron los que cumplieron los criterios de inclusión (22), de los que resultaron 5 informes de evaluación de tecnologías y 1 revisión sistemática. Los informes de evaluación se pueden considerar preliminares (horizon scanning) e incluyeron revisiones sistemáticas de la literatura. Ninguno presenta una evaluación formal de la calidad de los estudios revisados. Sólo se dispone de evidencia acerca del coste o la relación coste-efectividad de un dispositivo (X-STOP® IDP® System). La calidad de los informes revisados se puede considerar moderada.

Conclusiones: Si bien los dispositivos lumbares interespinosos permiten evitar o retrasar costosos procedimientos de cirugía invasiva, proporcionan un alivio inmediato del dolor y una rápida mejora de la condición física del paciente, es necesaria una actualización de la evidencia acerca de su utilidad en los casos de estenosis del canal lumbar y lumbalgia. La inclusión de estudios de evaluación económica permitiría testar la hipótesis de una reducción en la carga de la enfermedad (costes de manejo clínico, cirugías evitadas, costes indirectos por incapacidad laboral, así como los costes intangibles soportados por el paciente).

P-091. MEDICIÓN DEL GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD PARA PERÚ

C. Sanabria

UNMSM.

Objetivos: El estudio tiene por objetivo la estimación del gasto público destinado a la atención primaria de salud (APS). Identificar los servicios de salud señalados como APS. Medir los recursos que destina el Gobierno en sus distintas instancias a la APS. Identificar la estructura del gasto en APS. Identificar las fuentes de financiamiento del gasto en APS.

Métodos: Tomando en cuenta el fraccionamiento organizacional de la atención pública en salud, por tanto a los diversos actores que ofertan atención primaria, se ha aplicado entonces, una metodología que busca integrar y agregar los gastos incurridos en la atención primaria de salud en el Perú durante el año 2006. Luego se ha definido lo que es "Gasto Público en Atención Primaria de Salud" La fuente de información para estimar el gasto en APS del Sector Salud Nacional ha sido el Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas para el año 2006. Se utilizó para estimar el gasto la Clasificación Funcional del Gasto en salud.

Resultados: 1. El gasto en APS en Perú para el año 2006, se estimó en 1.944,8 millones de nuevos soles (594,7 millones US \$), gasto que representa al 0,6% del PIB nacional de ese año, y en términos de gasto per cápita es de 71 nuevos soles o 21,7 dólares americanos. 2. De dicho gasto de atención primaria en salud, se distribuye en un 81,1% que corresponde al sector público que incluye el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, y el 18,9% restante corresponde al Seguro Social de Salud (EsSalud). 3. El gasto en atención primaria en salud se estimó en 23,6% del total del gasto del estado más la seguridad social, distribuido por el 19,1% que corresponde al Sector Público y el 4,5% a la Seguridad Social. 4. Respecto de las fuentes de financiamiento, el Sector Salud Nacional (Sector Público) financia sus gastos en atención primaria de salud prioritariamente con recursos ordinarios, es decir recursos provenientes del tesoro público, el 78,9% de recursos para la APS provienen del Estado.

Conclusiones: 1. Se evidencia las características de organización y estructura del sistema de servicios de salud, de clara inclinación hacia el gasto en atenciones de recuperación. El gasto en APS representa un poco más de un tercio del gasto del Sector Público, y en el Seguro Social de Salud es el 18% del gasto de prestaciones de salud. 2. El gasto en APS del sector público está concentrado en Lima, y su distribución hacia el interior del país es heterogénea (no vinculado a resultados, ni población, ni necesidades). 3. Las regiones tienen diversos comportamientos en su gasto, los departamentos menos desarrollados gastan más del 50% en APS y más desarrollados menores a 20%.

Gestión y organización II

Moderadora: Berta Rivera

P-092. REDISTRIBUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN FUNCIÓN DE LA EFICIENCIA DE LOS CENTROS ¿ES POSIBLE?

P. de Miguel, I. Caballero, J. Rivas, P. Serrano y A. Gómez

Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Objetivos: Nos cuestionamos si el concepto de rendimiento de quirófanos es adecuado. Bajo nuestro punto de vista lo único que se está midiendo a día de hoy es la ocupación de los mismos. Pretendemos calcular un verdadero rendimiento para los quirófanos -pues es posible tener una buena ocupación y un bajo rendimiento- así como medir nuestra eficiencia por procedimiento.

Métodos: El trabajo consistió en, a partir de los tiempos de quirófano estándar creados por la Comunidad de Madrid -se explicará metodología de la creación de los mismos- realizar una comparación entre tiempo esperado (tanto el basado en el procedimiento previsto antes de entrar en quirófano, como el realmente realizado -complicaciones-), con el tiempo real de la intervención. La comparativa se realizará a diferentes niveles, servicio, procedimiento, cirujano, anestesista y combinaciones de los anteriores.

Resultados: Comprobamos que existen importantes diferencias a nivel de rendimiento por procedimiento, es decir, somos capaces de

localizar tanto donde podemos mejorar como quien, por lo que es posible programar nuestros quirófanos en función de un objetivo. Este no sólo ha de ser buscar un mayor rendimiento, también podemos estar interesados en mejorar la curva de aprendizaje o simplemente localizar necesidades de formación del personal. Se muestra la comparativa de tiempos para el año 2008 completo tanto a nivel servicio como a nivel cirujano para varios procedimientos concretos. Se puede apreciar de manera clara aquellos procedimientos en los cuales el hospital es eficiente y aquellos en los que no lo es, así como que cirujano es mejor realizando cada uno de ellos.

Conclusiones: La creación de estándares es necesaria a la hora de evaluar resultados. Si conseguimos construir un buen estándar es posible realizar comparaciones que nos lleven tanto a localizar fortalezas como debilidades. Consideramos que este trabajo abre nuevas posibilidades a la hora de tratar las intervenciones quirúrgicas a nivel suprahospitalario. ¿Por qué no una distribución de los pacientes en función del rendimiento del centro en lugar de una asignación territorial? Creemos que la ganancia de eficiencia del sistema y por tanto el ahorro de costes sería muy importante.

P-093. OBJETIVOS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2004-2007)

D. Gallego, J.J. Martín, M.P. López del Amo y J.M. De la Higuera

Dirección Económica. Hospital Virgen del Rocío; Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada.

Objetivos: El objetivo ha sido determinar si existe correlación entre los resultados en objetivos alcanzados por las diferentes Unidades de Gestión Clínica y los resultados alcanzados en la Evaluación del Desempeño de los Profesionales (EDP). Como objetivos adicionales se han analizado los resultados de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y los resultados en EDP de los profesionales y su evolución en el período considerado. Se ha analizado si se produce variabilidad en la EDP en cada UGC, ya que debe servir como medida discriminativa en el grupo para destacar aquellos con mayor contribución a los resultados de objetivos.

Métodos: El análisis descriptivo consistió en medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se analizó gráficamente la distribución de la EDP para comparar la práctica de evaluación del desempeño entre distintas UGCs y se analizó la correlación entre resultados de objetivos y resultados de EDP mediante el Coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El porcentaje de consecución de objetivos de las 11 UGC varía entre 69,2% y 99%, de 7,8, siempre superior al 60%, umbral mínimo para percibir los incentivos económicos asociados al Complemento al Rendimiento Profesional. El primer año se produce la mayor de 9,22, que se reduce para el año 2005, hasta 4,7. Hay UGCs que presentan una mayor dispersión, como la 7, con un de de 8,5, frente a otras, como la 8, con la menor d.e. en los resultados de objetivos, 0,91. La EDP media de 895 profesionales en el año 2004 a 1.014 profesionales en el año 2007 es de 7,7, de de 0,77. La UGC 9 es la que menor d.e. presenta en el período, 0,16, frente a la 5 que presenta una d.e. de 0,88. Los Jefes de Servicio tienen una EDP de 9,55 de promedio, frente a 6,81 de los Técnicos Especialistas. La UGC 2 es la que mayor variabilidad presenta, 30%, frente al 13% de la UGC 9. En general presentan poca dispersión en torno a la media de aproximadamente 7. Hay algunos profesionales a los que se valora en la banda inferior, por encima de 4 y algún caso aislado alrededor del 3. La dimensión y evolución de ambas evaluaciones es desigual. Presentan muy baja correlación, entre -0,264 y 0,333. Cuando se realiza la correlación de los resultados de objetivos de la UGC con la media de EDP para sus profesionales, sí se aprecia una alta correlación en la UGC 6, 0,96 y 7, 0,71, y se produce correlación negativa intensa -0,919 en la UGC 10.

Conclusiones: El trabajo sugiere poca confluencia entre los resultados obtenidos por la EDP a nivel individual y los obtenidos a nivel de UGC, en el marco de sistemas de incentivos multinivel. La EDP presenta capacidad discriminativa limitada entre los miembros de las UGC.

P-094. MODELO DE COSTES EN UNIDADES HOSPITALARIAS Y AMBULATORIAS DE CEARÁ (BRASIL)

M.H. Lima Sousa, M. Ferreira Da Silva, L. Da Silva Benevenuto y R. Régis Saunders Duarte

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; Universidade Federal do Ceará, (Brasil).

Objetivos: Relatar la experiencia de la Secretaria de Salud del Estado del Ceará en la implantación e implementación de un sistema de costes para de ser aplicado en unidades ambulatorias, hospitalarias y otros servicios prestados por el Sistema Único de Salud en el Ceará (Brasil), como orientador de la gestión e instrumento que facilite evaluaciones económicas.

Métodos: Se utilizó el método de costeo por absorción, desarrollado a partir de la matriz de entrada-producto de Leontief y adaptada para el ambiente hospitalario y asistencial de salud. El método parte de la clasificación de las actividades hospitalarias en tres categorías: generales, intermedias y finales, denominadas Centros de Costes. Son elaboradas dos matrices: una con costes directos y otra, para las interrelaciones. La primera para medir los gastos efectivos del periodo en cuestión (mes) y la segunda muestra la distribución de la producción de cada Centro de Coste en relación a los otros. Después se usa el modelo adaptable de entrada-producto. Con los costes unitarios directos y variables exógenas, se estiman los costes unitarios de acuerdo con la fórmula: $C_j = a_1jC_1 + a_2jC_2 + \dots + a_njC_n + W_j$. La solución de los sistemas es dada por: $C = (I-A)^{-1}W$.

Resultados: La primera etapa del proceso fue el desarrollo de un software como agente facilitador, en 2004. En 2005 fueron seleccionadas las unidades asistenciales y estas pasaron por un proceso de sensibilización y entrenamiento. Fue implantado en dos unidades hospitalarias terciarias, dos secundarias, un hemocentro y un laboratorio de salud pública. La segunda, iniciada en 2007, amplió el proyecto para todas las unidades gerenciadas por la Secretaria de Salud del Estado: 15 unidades hospitalarias y ambulatorias. Para estimular la discusión sobre eficiencia del sistema, hay reuniones mensuales con todas las unidades para analizar los posibles aciertos y mejoras que favorezcan la gestión en la tomada de decisión. Los resultados muestran que hubo optimización de los recursos, facilitando la organización y el control de las unidades. También, la disponibilidad de informaciones sobre costes favorece el análisis de costes y la evaluación económica de procedimientos de alto coste o de interés de la institución.

Conclusiones: La experiencia es evaluada como un éxito por los gestores que la utilizan como instrumento de eficiencia técnica y distributiva y para evaluación económica, y en la tomada de decisión gerencial. En los próximos 4 años, se pretende extender el proyecto a los 42 hospitales de atención secundaria que reciben ayuda financiera del Estado.

P-095. MORTALIDAD TOTAL VS MORTALIDAD CMBDAH

M. Raurich, G. Navarro, S. Marín, E. Mestre y S Blanco

Corporación Sanitaria Parc Taulí.

Objetivos: La mortalidad hospitalaria es un indicador objetivo de estudio y de análisis. La variación entre hospitales y entre servicios depende de la patología, de la edad y de los variados dispositivos de los que constan o se crean en las instituciones hospitalarias. Las es-

taísticas sobre mortalidad son difícilmente comparables entre centros debido a estas diversas características. Es una realidad que un número creciente de pacientes mueren en instituciones sanitarias y en los dispositivos de urgencias hospitalarias. La informatización de los informes de alta y de urgencias hospitalarias con su correspondiente codificación de diagnósticos y procedimientos permiten realizar un análisis más exhaustivo de la situación. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad ocurrida en el hospital a lo largo de 12 años y compararla con la mortalidad notificada en CMBDAH (Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias).

Métodos: Estudio descriptivo que se realizó en la Corporación Parc Taulí con una población de referencia de 400.000 habitantes aproximadamente, formada por 12 municipios. Se recogieron variables clínico epidemiológicas de las altas producidas en el Hospital desde 1996 hasta el 2008 que forman el CMBDAH y de las urgencias y de las altas del centro sociosanitario que no se informan en el CMBDAH. El análisis estadístico se llevo a cabo mediante el programa SPSS versión 17.

Resultados: En el periodo 1996-2008 se observaron 16.173 éxitos. La mortalidad en el Hospital ha ido aumentando progresivamente, en 1996 se observaron 980 éxitos mientras que en 2007 los éxitos fueron 1.343, 343 casos más que en 1996. En Urgencias se observan una media de 314 éxitos al año, de 279 éxitos en 1996 a 401 en 2007. En 1996, 375 éxitos fueron atendidos en otros dispositivos del Hospital que se proponían como alternativa a la hospitalización aguda y en 2007 se incrementó a 759. Los éxitos informados en el CMBDAH en el 2007 fueron 844 frente a 1531 ocurridos en total. Por otro lado, analizando las causas, el 8,05% de los éxitos estaba relacionado con problemas hospitalarios.

Conclusiones: La mortalidad a lo largo de los 10 años estudiados ha aumentado progresivamente. El Hospital ha ido desarrollando diferentes dispositivos para adecuarse a la nueva situación y dar atención sanitaria de calidad. La mortalidad hospitalaria ha de medirse y compararse con todos los éxitos producidos en todos los dispositivos y no tan solo con los que se informan en el CMBDAH.

P-096. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA DE LA HIERBA DE SAN JUAN EN DEPRESIÓN MAYOR

A. Vieta, M. Granell, E. Giménez, N. Malé y A. Huerta

Health Economics and Outcomes Research, IMS Health.

Objetivos: El uso de terapias alternativas (TA) está incrementando en Europa, siendo la fitoterapia una de las más utilizadas. Las TA no están financiadas por todos los sistemas de salud europeos. Sin embargo, algunas TA han demostrado una eficacia similar a los tratamientos convencionales. El debate surge, principalmente, alrededor de si los sistemas nacionales de salud (SNS) deberían financiar las TA que demuestren una eficacia similar a las alternativas convencionales financiadas. El objetivo es evaluar el impacto presupuestario que supondría la introducción en la financiación pública de *Hypericum perforatum* (Hierba de San Juan), para el SNS español en el tratamiento de la depresión mayor (DM).

Métodos: El análisis de impacto presupuestario para *Hypericum* se realizó desde la perspectiva del SNS español. Se incluyó el tratamiento farmacológico y el manejo de los efectos adversos debidos a la medicación. El horizonte temporal considerado fue el período 2010-12. La población objetivo de análisis son pacientes mayores de 18 años con DM leve y moderada. La información respecto a las terapias antidepresivas en España parte de datos de mercado estimadas en las bases de datos de IMS Health®. Se escogieron las moléculas de antidepresivos (N6A) más prescritas en España como susceptibles de verse afectadas tras la introducción de *Hypericum* (escitalopram, paroxetina y venlafaxina). La proyección de cada uno de los antidepre-

sivos se realizó con un análisis de series temporales de las prescripciones de cada fármaco en los últimos tres años. Los efectos adversos asociados a cada uno de los tratamientos y sus frecuencias anuales se obtuvieron a partir de una revisión sistemática de la literatura. El coste anual de los fármacos antidepressivos se calculó multiplicando el coste unitario del tratamiento/día por 365 días. Se realizó un análisis de sensibilidad para las principales variables del modelo.

Resultados: La introducción de Hypericum en el tratamiento de la DM leve y moderada significaría un ahorro de costes en el presupuesto del SNS español de 2.918.700€ en el año de 2010, 5.887.400€ de ahorro en 2011 y de 7.414.200€ en 2012. El análisis de sensibilidad demuestra la robustez de los resultados en todos los escenarios (co-pago, dosis y cuota de penetración de Hypericum).

Conclusiones: A igual eficacia y menores efectos adversos, desde la perspectiva del SNS español, la introducción de Hypericum perforatum en la financiación pública presentaría un ahorro real para el SNS. Si tal y como se promulga, el paciente es el centro del sistema sanitario, tal vez, debería considerarse su opinión con respecto a estas TA y su posible inclusión en el SNS como ha ocurrido en otros países de la UE.

P-097. PROCESO DE INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN LOS HOSPITALES DEL SNS ESPAÑOL

C. Bermúdez, L. García y R. Villegas

Escuela Andaluza de Salud Pública; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Objetivos: Describir quién o quiénes son los responsables de la iniciativa, evaluación y toma de decisiones en el proceso de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias (NTS) en los hospitales del sistema nacional de salud español y conocer si existen procedimientos estructurados de toma de decisión y/o instrumentos para tal fin.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal entre febrero y junio de 2008. Se identificaron los responsables de los procesos de incorporación de NTS de 130 hospitales del SNS y se les pasó una encuesta semiestructurada ad hoc en la que se incluyeron datos referentes al proceso completo de incorporación de NTS: iniciativa en la incorporación, toma de decisiones, y elementos del proceso. Se realizó un análisis cuantitativo considerando 3 tipos de hospitales: mayor tamaño (> 500 camas), tamaño medio (entre 200 y 500 camas) y menor tamaño (< 200 camas).

Resultados: La iniciativa en el proceso de incorporación de NTS es llevada a cabo en un alto porcentaje de centros por los profesionales sanitarios indistintamente del tamaño del hospital. Por otra parte, la iniciativa llevada a cabo por la Dirección es más frecuente en los hospitales de menor tamaño y tamaño medio (36,36% y 41,67% respectivamente) que en los de mayor tamaño (15,6%). Por último, la Comisión de Tecnologías también toma la iniciativa en los hospitales de mayor tamaño y medio (21,9% y 33,3% respectivamente) y en algún caso para los de menor tamaño (9,1%). El responsable de la toma de decisiones para la incorporación de una NTS es la Dirección del centro con mayor frecuencia cuanto menor es el tamaño el hospital (100% para centros de menor tamaño, 83,3% para hospitales de tamaño medio y 71,9% en centros de mayor tamaño). Los hospitales de menor tamaño comparten esta responsabilidad con la Comisión de tecnologías y con la Comisión de compras o suministros en un 18,2% respectivamente, mientras que en los hospitales de tamaño medio se responsabiliza sólo en un caso la comisión de tecnologías (8,3%). En los centros de gran tamaño, las Comisiones tanto de Tecnologías

como de Compras y Suministros se responsabilizan en el 12,5% y 25% respectivamente. Respecto a los elementos de proceso, los hospitales de mayor tamaño tienen un procedimiento más estructurado y algún instrumento de ayuda en la toma de decisiones (93% y 46,9% respectivamente).

Conclusiones: Hay diferencias en el procedimiento de incorporación de NTS según el tamaño del hospital que son importantes a la hora de determinar estrategias de mejora en el proceso.

P-098. BARRIERS TO THE EFFECTIVENESS OF HOSPITAL BOARDS – SOME EVIDENCE FROM PORTUGUESE HOSPITALS

V. Raposo

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Objectives: Hospital governance (HG) refers to the complex of checks and balances that determine how decisions are made within the top structures of hospitals. Since 2002, in a health context reform, some Portuguese hospitals had shifted from a bureaucratic/administrative model to a more corporatized model. Changing the governance models and its different forms of organization aims to improve the accountability, transparency and effectiveness of hospitals boards (HB). The purpose of this work is to identify the barriers to the effectiveness of HB using the perceptions of a panel of experts in hospital management and administration.

Methods: Stakeholder and conceptual models of HG was used as analysis framework. Data was obtained adopting a semi-structured interview to a panel of 26 experts, selected among hospitals with different governance models and different experiences in the process of corporatization. Additional data, from official reports of Health Authorities and legislation, was used to validate the expert's perceptions. Qualitative data was subjected to content analysis using Atlas.ti.

Results: Main internal findings related with composition (A), turnover (B), autonomy (C) and activities (D) of HB: A - multidisciplinary nature (physicians, nurses and hospital administrators); President is usually a physician; lack of skills, experience and competencies on the fields of economics and management; B - high and related with political cycles; C - autonomy in supply and human resources, less autonomy in strategic planning, capital and the definition of performance targets; D - spend too much time with the bureaucratic process and spend very little time or little time in strategic planning and quality management. Main contextual findings related with selection (A), appointment (B) and evaluation (C) of HB: A - no criteria for selection; depends from government and the indications of the political party that supports it; law just refer "people of recognized merit and adequate profile"; B - related with political confidence; usual practice is to appoint the President and then impose the others members leading to imbalanced teams; C - absence of systematic evaluation; exoneration is related with political changes in government and not with performance.

Conclusions: Results presented above suggest that HB should delegate responsibilities in the internal hospital units and focus on strategic planning and quality management. Internal problems are closely connected with contextual issues. It's urgent to define clear and objective criteria to select HB members, facilitate the formation of the HB team, and start systematic and periodic performance evaluations of HB. The link of board performance with hospital outcomes should also be a concern.