

BIENESTAR SOCIAL PERCIBIDO Y NIVELES DE SALUD: UN ENFOQUE ALTERNATIVO PARA VALORAR POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD

A. Ortega, J.E. Araña y C.J. León

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Uno de los grandes problemas a los que se enfrentan los economistas de la salud en el terreno empírico es la correcta medición de niveles de salud y, más concretamente, la valoración económica de cambios en dichos niveles de salud. Con el objetivo de dar respuesta a esta problemática se han desarrollado diversos métodos que permiten aproximar este valor a través de preferencias declaradas (encuestas) y/o preferencias reveladas (comportamiento de los ciudadanos en mercados relacionados con el de la salud). En este trabajo desarrollamos un método de satisfacción de vida que nos permite estimar el valor social de cambios en los niveles de salud.

Métodos. Para ello este método permite calcular el equivalente en términos de renta que sobre el bienestar de los ciudadanos de un país puede tener la mejora (o empeora) de los niveles medios de salud de sus ciudadanos. En este trabajo usamos datos agregados de diversos países a lo largo del tiempo para estimar el impacto, directo e indirecto, que los cambios en los niveles de salud y, por tanto, su valor en términos de renta (medido como PIB per cápita).

Resultados. Los resultados finales muestran que este método produce resultados similares a los experimentos de preferencias declaradas más costosos para un amplio espectro de casos. Desde el punto de vista metodológico, se encuentra que el efecto directo de la salud sobre el bienestar (que no ha sido previamente investigado en la literatura) es sustancialmente mayor que el efecto indirecto.

Conclusiones. El método propuesto parece ser una buena alternativa para valorar políticas nacionales o supranacionales de salud. A pesar de que el error de las estimaciones actuales no es trivial, el bajo coste del mismo comparado con las alternativas más empleadas en la práctica (preferencias declaradas) lo hace muy competitivo.

COMUNICACIONES**PÓSTER-CARTEL**

A Coruña 6-8 de Junio de 2007

“El Buen Gobierno de la Sanidad”**PREFERENCIAS LEXICOGRAFICAS EN LOS EXPERIMENTOS DE ELECCIÓN**

E. Rodríguez-Míguez y J.L. Pinto-Prades

Universidad de Vigo; Universidad Pablo Olavide.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es analizar la existencia de preferencias lexicográficas estrictas en los experimentos de elección. Dado que los contrastes de validez habitualmente utilizados en los experimentos de elección no permiten detectar este tipo de preferencias, se propone un método para su identificación a nivel agregado. Dicho método se aplica a un experimento de elección en el cual se obtienen las preferencias de los ciudadanos a la hora de priorizar pacientes que están esperando por una intervención de cirugía electiva.

Métodos. Se realizó una entrevista personal a 100 personas de la población general. Los participantes tenían que ordenar un conjunto de hipotéticos pacientes en base a la prioridad que para ellos deberían de tener en la lista de espera (ordenación directa). Los pacientes se definían en función de un conjunto de características. Además, los participantes tenían que priorizar directamente estas características, lo cual permite obtener cuál sería su ordenación de pacientes “si fuesen” lexicográficos estrictos (ordenación lexicográfica). A partir de la ordenación de pacientes realizada directamente por los participantes se estima un modelo de preferencias aditivo y se compara con el modelo resultante de utilizar su ordenación lexicográfica. Para obtener el valor de los parámetros en cada uno de los modelos estimados se utiliza el logit ordenado, y para comparar ambos modelos se utiliza el test de ratio de verosimilitudes.

Resultados. El test de ratio de verosimilitudes rechaza la hipótesis de que la regla lexicográfica sea una buena representación de preferencias agregadas de la muestra ($p = 0,0001$). Sin embargo, no se puede rechazar esta hipótesis cuando restringimos la muestra. Así, dicha hipótesis no puede ser rechazada para al menos un 67% de la muestra ($p = 0,57$).

Conclusiones. La alta presencia de individuos cuyas preferencias pueden ser explicadas a partir de la utilización de reglas lexicográficas, debería hacernos ser más cautelosos con los resultados de los experimentos de elección que ignoran la existencia de este tipo de preferencias. La inclusión de estos individuos en el análisis de regresión introduce importantes sesgos en las estimaciones, desvirtuando las tasas marginales de sustitución entre atributos. Debido a esto, una alta frecuencia de preferencias lexicográficas debería hacernos dudar de la idoneidad de utilizar las reglas de agregación que subyacen en los análisis de regresión utilizados en los experimentos de elección.

ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS DE LA ARTROSIS MEDIAL DE RODILLA. ANÁLISIS DE DECISIÓN

I. García-Costa

H. General.

Objetivos. El propósito de este estudio es realizar un análisis comparativo sobre el resultado funcional y el coste, en relación con la supervivencia de las tres alternativas quirúrgicas disponibles actualmente para el tratamiento de la artrosis medial de rodilla.

Métodos. Se diseña un modelo de simulación flexible mediante un árbol de decisión, basado en una revisión sistemática de la bibliografía de los estudios de supervivencia y el resultado funcional de la osteotomía tibial alta (OTA), la prótesis unicompartmental (PUR), la prótesis total de rodilla (PTR), y la revisión de la prótesis total de rodilla (RPTR). El coste se obtiene de los precios de referencia de la Conselleria de Sanidad. A continuación se aplica un análisis coste-efectividad. Este modelo se acompaña de un análisis de sensibilidad.

Resultados. La PTR y la PUR presentan una supervivencia similar, superior a la OTA. La PUR presenta el mejor resultado funcional, seguido de la PTR. La OTA es la que presenta peor resultado funcional, y el menor coste. El estudio coste-efectividad es favorable a la OTA, seguida por la PUR. La PTR es la menos eficiente.

Conclusiones. Este estudio avala a la PUR como una alternativa quirúrgica con mejor resultado funcional, y con un coste efectividad similar a la OTA en la artrosis medial de rodilla.

CUADRO DE MANDOS EN UN SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN ECONÓMICA

F. Martín-Navascues, B. Molero-Pérez y M.I. Elizondo-Valero
Hospital Comarcal del Bidasoa.

Antecedentes. El Hospital del Bidasoa ha tenido desde hace una década, presente en su gestión, el Modelo de Excelencia, al igual que se ha propiciado que los procesos de certificación garanticen el sostenimiento de la gestión por procesos hace unos años iniciada. Se decide certificar los procesos de Apoyo dependientes de la Dirección Económica Financiera amparándose en los Planes Estratégicos del período 2000-2004 y 2007-2010.

Objetivos. La finalidad del cuadro de mandos tiene por objeto sintetizar la planificación, la acción, el control y el ajuste que preconiza el modelo EFQM (modelo de gestión de Osakidetza) para aquellos procesos que recaen bajo el área de influencia de la División citada. Además pretende ser herramienta para fomentar un efecto de impulso de mejora continua.

Métodos. Los responsables de los procesos remiten mensualmente los documentos consensuados que además son comunes a todos ellos, originándose un documento (Control de Gestión Divisional). El cuadro de mando es objeto de estudio por la dirección y por los gestores de los procesos afectados, de éste análisis se procede a la revisión, evaluación y propuesta de áreas correctivas y de mejora.

Resultados. El cuadro de mandos es una herramienta de información estructurada (por procesos), sencilla (pocos elementos a fin de ser funcional), representativa (a fin de abarcar los elementos más importantes) y en coherencia con la misión, visión y valores de la empresa. Forma parte integral de los Controles de Gestión Divisional y del Consejo de Dirección. Con capacidad de adaptación a la variabilidad de los alcances y a la profundización que requieran los temas, los proyectos o los procesos claves.

Conclusiones. El Cuadro de Mandos resultante tiene estructuras comunes consensuadas que preconizan culturas comunes, impulsos para la mejora en un mismo lenguaje y documento, fomentan la gestión del conocimiento de todas las personas involucradas, con gran facilidad de adaptación y que se muestra eficaz y eficiente frente a proyectos compartidos.

DETERMINANTES DE LAS PREFERENCIAS INDIVIDUALES RESPECTO LA PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

A. García-González y J. Costa-Font

Universitat de Barcelona Teoria Econòmica; London School of Economics, Health and Social Care.

Objetivos. Examinar las preferencias públicas y sus determinantes respecto las distintas alternativas de provisión y financiación de los Cuidados de Larga Duración en España.

Métodos. Se utiliza la base de datos del Barómetro Sanitario 2002. Se realizan los descriptivos de dicha base de datos y se define una especificación empírica siguiendo el Modelo Probit Ordenado para las preferencias en la provisión y financiación de los Cuidados de Larga Duración en España.

Resultados. Este apartado está en construcción. Los primeros resultados obtenidos muestran una preferencia por la provisión pública frente a la privada. También la existencia de diferencias regionales respecto las preferencias en la provisión estatal, familiar o mixta de los Cuidados de Larga Duración.

Conclusiones. Este apartado está en construcción.

SEGURIDAD EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS OBSERVACIONES

B. Molero-Pérez y E. Menéndez-Rodríguez

Hospital Comarcal del Bidasoa, ARAMARK.

Antecedentes. El Hospital Comarcal del Bidasoa junto con la empresa de restauración Aramark ha sido uno de los pioneros en la asunción de diversos métodos, modelos y herramientas de Gestión Calidad, al certificar la Norma ISO 9001:2000. Se empezó con el APPCC, contando en el momento actual con el control de un punto crítico, la trazabilidad.

Objetivos. El objetivo es conseguir una disminución de los efectos adversos como consecuencias de la alimentación, por un error en la interpretación.

Métodos. Mediante el sistema informático de gestión de dietas, se crea una opción "observaciones" que permita la comunicación entre la planta de hospitalización y el servicio de restauración, de forma de posibilitar el tratamiento de estas casuísticas personales. Hay pacientes que además de tener indicada una dieta tienen ciertas restricciones alimenticias que corresponden a sus casuísticas personales y que no suelen estar recogidas en el manual de dietas hospitalario. Un ejemplo puede ser: "no pescado", en el servicio de restauración se puede interpretar que no se le suministre ningún plato con pescado, sin embargo, puede que sea alérgico. En este último caso hay que tomar todas las precauciones, que ningún ingrediente lleve pescado. Se puede añadir en la observación "alérgico al pescado".

Resultados. Seguridad en al alimentación del paciente a través de la flexibilidad del sistema informático, siendo una campo donde se tiene que trabajar día a día para ir mejorando.

Conclusiones. Bondades de un Sistema Informático abierto a añadir mejoras que nos permita mejorar la seguridad del paciente.

RELACIÓN COSTO-EFECTIVIDAD DE UN MODELO DE TELECARDIOLOGÍA RURAL CON EL MODELO DE ATENCIÓN TRADICIONAL EN HOSPITALES DE ZONA RURAL DE MÉRIDA EN VENEZUELA

V. Leoncédís

Corposalud.

Objetivos. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad, lo que genera una importante carga económica para la sociedad. Las poblaciones de áreas rurales en Venezuela tienen dificultades para acceder a la atención cardiológica debido a: insuficientes médicos cardiólogos en zonas rurales, largas listas de espera en los hospitales de las ciudades, ineficiente sistema de referencia y contrarreferencia, poca confianza en médicos de áreas rurales, dificultades y altos costos para trasladarse a la ciudad. El desarrollo de las telecomunicaciones permite a la medicina introducir nuevos modelos de atención. La utilización de la telemedicina en áreas rurales para la atención cardiológica posibilita subsanar los problemas de accesibilidad. El objetivo del estudio es comparar la relación costo-efectividad de un modelo de telecardiología rural con el modelo de atención tradicional en un hospital de una zona rural de Mérida en Venezuela.

Métodos. Se utilizó una perspectiva social. Se estimaron los costos directos e indirectos de la atención cardiológica tradicional y de la atención cardiológica con telemedicina. Las medidas utilizadas para medir la efectividad fueron intermedias: pacientes adecuadamente tratados y reducción de las inequidades en la atención cardiológica. La evaluación se realizó a partir de la base de datos creada con pacientes que acudieron a la consulta de medicina interna con patología cardiovascular del Hospital de Mucuchíes, Mérida, durante 17 sesiones de telemedicina realizadas. En total fueron valorados 42 pacientes con edades comprendidas entre 6 y 89 años.

Resultados. El número de pacientes por sesión, y el tiempo de atención de cada paciente en la consulta de telemedicina tuvieron una alta variabilidad por la depuración y perfeccionamiento de los procesos de implementación de los protocolos de telemedicina. La duración de las sesiones osciló entre 3 y 5 horas, se considera 4 horas la duración promedio de cada sesión de telemedicina, con una duración de la atención de cada paciente en promedio de aproximadamente 40 minutos. Los costos de la consulta con telemedicina resultaron mayores a los de la consulta tradicional. El análisis de sensibilidad se realizó a partir de los costos de los servicios y número de pacientes.

Conclusiones. La consulta cardiológica apoyada en telemedicina resultó más costo-efectiva que la tradicional. A pesar de los costos asociados a la incorporación de recursos de telecomunicaciones y la capacitación requerida, la consulta cardiológica con telemedicina tiene importantes beneficios para la población residenciada en zonas rurales. Se debe considerar que esta diferencia se incrementará al superarse la curva de aprendizaje en el modelo de telemedicina.

EXPERIENCIAS: UNA APROXIMACIÓN A LA GESTIÓN POR PROCESOS

P.A. Cabello-Granado

Hospital de Parapléjicos de Toledo (SESCAM).

Objetivos. El Servicio de Gestión Económica y Suministros del HNP, como cualquier otra unidad de un centro hospitalario que tiene fijado unos objetivos de calidad, busca la satisfacción de los usuarios (clientes), la implicación de sus profesionales, y la mejora continua de las actividades que se realizan su unidad. Así, hemos apostado por la gestión por procesos como una herramienta que nos va a ayudar a conseguir los objetivos de Calidad.

Métodos. Ya que el eje conductor del cambio van a ser la personas, todo ha girado en torno a ellas y participando en todo el proyecto. La metodología empleada ha sido la habitual en estos proyectos. *Fase I: Identificación.* Se identificaron los procesos de la unidad, sus vínculos y relaciones, para obtener el Mapa de Procesos. Se priorizaron según su valor para la unidad. *Fase II: Diseño del modelo.* Se procedió al análisis detallado de los procesos actuales, se recabaron los datos del proceso y sus actividades, para obtener el Modelo del Proceso. Una vez obtenido el Modelo, se realizaron simulaciones y un análisis de la problemática actual. Aquí participaron muy activamente todos los actores implicados en el proceso analizado. Por último se procedió, dentro de un consenso, a la identificación de mejoras (corto, medio y largo plazo) y a la definición de indicadores (medida de eficacia y eficiencia). *Fase III: implantación.* En esta fase, con la información obtenida, se lleva a cabo el diseño y la puesta en marcha del Plan de Acción que incluye: plan de implantación de acciones de mejora, plan de comunicación (nuevos protocolos y procedimientos) y plan de formación. *Fase IV: Mejora continua.* Señalar aquí a los Grupos de Mejora, que lo forman profesionales implicados en el proceso, para analizar los indicadores, las desviaciones y seguir los planes de mejoras. La metodología que siguen es la conocida como el Ciclo de Schwart (PDCA): Planificar, Hacer, Evaluar y Actuar.

Resultados. Con la puesta en marcha de la gestión por procesos, se observa como se ha mejorado el grado de consecución de los objetivos, que iban orientados a: 1. Enfoque centrado en el usuario, 2. Implicación de los profesionales, 3. Mejora de las Actividades.

Conclusiones. La implantación de la gestión por procesos ha permitido facilitar el camino para la consecución de los objetivos de la unidad, no sólo los de Calidad, sino también objetivos financieros. Ya que con el modelo de procesos, y gracias a su análisis, se ha podido protocolizar y poner en marcha un número considerable de mejoras, entre las que se han incluido un sistema de información integrado (Cuadro de Mando), un sistema de registro y control de tramitación de facturas informatizado, protocolos para la petición y realización de pedidos, protocolos para tramitación de reparación, protocolo de la reclamación de pedidos de almacén, etc.

¿ES COSTE EFECTIVA LA UTILIZACIÓN DE EPOETINA ALFA EN PACIENTES DE CIRUGÍA DE CADERA?

M. Gómez-Barrera, M. Izuel-Rami, J.A. García-Erce, I. Villar-Fernández, M.J. Rabanaque-Hernández, et al

Servicios de Farmacia y Hematología Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza; Departamento de Microbiología y Medicina Preventiva Universidad de Zaragoza.

Objetivos. Realizar un análisis coste efectividad de la utilización de epoetina alfa, EPO, como factor protector frente a transfusión de sangre alogénica, TSA, en pacientes sometidos a cirugía ortopédica de cadera

Métodos. Se incluyen todos los pacientes intervenidos de cirugía ortopédica, primaria, de cadera, en los años 2003 y 2004, en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza y que presentaban hemoglobinemia (Hb) prequirúrgica inferior a 130 g/L. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, índice ASA y Hb prequirúrgica, TSA recibida y número de bolsas transfundidas. En el estudio de efectividad la variable de resultado fue TSA recibida. Los costes incluidos fueron: coste de adquisición de EPO 40.000 UI, de hierro intravenoso y antibioterapia postoperatoria, valorados todos a precio de venta laboratorio, PVL, del año 2003. La bolsa de sangre transfundida, alogénica o autóloga, se valoró a partir de la tarifa oficial concertada para el año 2003. Se calculó, bajo la perspectiva del HUMS, el coste efectividad incremental (CEI) y el ratio coste efectividad (C/E). Se realizó un análisis de sensibilidad univariante, a partir del intervalo de confianza del porcentaje de pacientes transfundidos y de precio umbral de bolsa de sangre y dosis de 40.000 UI de EPO.

Resultados. Se incluyeron 107 pacientes (36 expuestos a EPO y 71 no expuestos). Los dos grupos de pacientes fueron comparables en edad, sexo e índice ASA ($p=0,09$), si bien los no expuestos presentaban valores significativamente superiores de Hb. El porcentaje de transfundidos fue 30,6% (IC95% 18,4%-42,8%) en los pacientes expuestos a epo y 62,0% (IC95% 50,2%-73,8%) en los no expuestos, siendo significativamente diferente en los dos grupos ($p=0,002$). El CEI fue 978,03€ y el C/E para pacientes expuestos fue 915,62€ y 964,02 en los no expuestos. El análisis de sensibilidad en los escenarios más y menos favorable de efectividad fue 965,72€ y 990,65€ respectivamente. El precio umbral para la bolsa de sangre fue 133,99€ y el de la unidad de EPO 40.000 UI fue 332,49€.

Conclusiones. La exposición a EPO reduce de forma significativa el porcentaje de pacientes transfundidos. El CEI y los C/E de ambas alternativas presentaron valores similares. Aplicando costes de bolsa de sangre publicados en bibliografía, y superiores a los considerados, la exposición a EPO presentaría un menor C/E. Aplicando precios reales de venta a farmacia, inferiores a los PVL utilizados, la exposición a EPO también presentaría un menor C/E.

POLÍTICAS SUSTITUTIVAS DE COPAGOS

M. Buglioli e I. Iramain

Ministerio de Salud; Facultad de Medicina - Universidad de la República.

Objetivos. En respuesta al riesgo moral en los seguros de salud, se aplican tasas moderadoras, existiendo en el caso de los medicamentos una gran variedad de modalidades. En Uruguay, existe un valor fijo por cada receta ambulatoria, que se cobra a todos los usuarios que consumen medicamentos, sin considerar otras variables. El precio puede variar entre las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (seguros de prepago, que brindan prestaciones integrales por una prima única fijada por Economía, con integración de servicios incluyendo farmacia, a las que deben afiliarse en forma obligatoria los trabajadores de la Seguridad Social). Esto ha llevado a un problema de acceso a ciertos grupos de beneficiarios, en particular población de la seguridad social, con baja renta, y portadores de afecciones crónicas. A partir del año 2005, se define en el marco de la reforma de salud, minimizar el problema de acceso económico a las prestaciones, y se exoneran los copagos para el grupo de fármacos reguladores de la glicemia. El monto monetario que deja de ingresar a las instituciones por concepto de tasa moderadora, se traslada a cuota de prepago del conjunto de usuarios al sistema. El objetivo que se propone es evaluar el impacto que esta medida produjo principalmente a nivel del consumo de estos medicamentos por parte de los pacientes diabéticos. Lo que entendemos innovador es la posibilidad de analizar el impacto de medidas que sustituyen costos directos sobre grupo de pacientes, por traslado de costos a los beneficiarios en general.

Métodos. Se estudia el consumo de recetas correspondientes a fármacos reguladores de la glicemia según Vademecum que rige para los prestadores de todo el país. Dicho análisis comprende dos períodos: agosto 2005 a enero 2006; y, los 10 meses siguientes, observando el comportamiento del consumo, antes y después de la entrada en vigencia el Decreto N° 562/005 que exonera de copago a los pacientes diabéticos.

Resultados. Se obtuvieron datos de 33 prestadores de las 41, y se excluyeron 6 por problemas en la información. El incremento del consumo promedio para todo el país fue del 32%, siendo mayor en Montevideo (41%) que en Interior (24%) posiblemente relacionado a un precio del tiquet mayor que en resto del país. No es posible hacer el cálculo de la elasticidad de la demanda, visto que no se pudo obtener información sobre la compra en farmacia comercial.

Conclusiones. El incremento de consumo puede estar demostrando subutilización de medicamentos de los pacientes diabéticos. Visto que existe un bien sustituto, compra directa en farmacia, conocer este componente sería necesario para evaluar el impacto de la medida en cuanto a mejora del acceso a los reguladores de glicemia.

ANÁLISIS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ESPAÑA

C. Piñol, M. Brosa, L. del Pino y A. Chamizo

Q.F. Bayer, S.A.; Oblique Consulting, S.L.

Objetivos. La prevalencia del Carcinoma Hepatocelular (CHC) en España es aproximadamente de 1.500 pacientes anuales. La mediana de supervivencia desde el diagnóstico es de tan solo de 4-8 meses y la supervivencia a los 5 años es del 7%. Los pacientes con CHC tienen pocas opciones terapéuticas. Los datos sobre la carga de esta enfermedad son limitados y por ello el objetivo de este estudio fue calcular la carga de la enfermedad del CHC en España.

Métodos. Se realizó un modelo utilizando datos de prevalencia en España de CHC. Se estimó el coste anual agregado de la carga de la enfermedad desde una perspectiva social, incluyendo los costes del tratamiento médico y los costes de la pérdida de productividad, debidos al CHC en España. Los casos anuales de CHC se estratificaron por edad, género y estadio (I-IV). Se tuvieron en cuenta los principales procedimientos a seguir en estos pacientes y los tratamientos prescritos; los días de trabajo perdidos y los tipos de salarios. Los datos fuente incluían supervivencia, epidemiología y resultados finales. Los datos se obtuvieron de publicaciones y de opiniones de expertos.

Resultados. El coste anual del CHC en España (€ de 2005) fue aproximadamente de 6,2 millones de €, (4.220 € por paciente). Los costes de los cuidados de la salud y de la pérdida de productividad fueron el 77,9% (4,8 millones de €) y el 22,1% (1,4 millones de €) del total, respectivamente. Los costes totales asociados con el CHC en estadios II y IV (aproximadamente 2 millones de € cada uno) fueron superiores a los costes en estadios I y III. En cambio, los costes por paciente fueron superiores en estadio I (20.249 €) respecto al resto de estadios (estadio II, 10.299 €; estadio III, 2.169 € y estadio IV, 2.407 €). El elevado coste por paciente en estadio I se debió al elevado uso de recursos en este estadio, aunque a nivel de costes totales ello no se vio reflejado debido a la distribución de los pacientes en los diferentes estadios (5% en estadio I, 13% en estadio II, 26% en estadio III y 56% en estadio IV).

Conclusiones. Los resultados de este estudio reflejan el impacto económico del CHC en España. Las nuevas terapias para el CHC podrían ofrecer beneficios económicos y sociales.

COSTE DE LA FASE PREDIAGNÓSTICA DEL CÁNCER COLORECTAL

A. Novoa, F. Cots, M. Casamitjana, F. Macià y X. Castells
Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica- Hospital del Mar- IMAS; Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública UPF-IMAS-ASPB.

Objetivos. Los costes del cáncer colorrectal (CCR) habitualmente se comienzan a evaluar a partir de la fecha de diagnóstico, sin considerar los costes asociados a la fase prediagnóstica (FP) o de sospecha diagnóstica. En el contexto de un estudio del coste total del CCR para el sistema sanitario, se determinaron los costes de la FP para dicho tumor.

Métodos. Se analizó todo el proceso asistencial, tanto en Atención Primaria como en el Hospital, de los pacientes diagnosticados de CCR durante el año 2000 en un hospital universitario de Barcelona. El período de análisis comprende desde la fecha del primer síntoma hasta el contacto que propició el diagnóstico certero de CCR, quedando dicho contacto excluido. Se incluyeron los pacientes para los que esta fase se desarrolló íntegramente en el área de influencia del hospital, debido a la disponibilidad de información para los mismos. Los sistemas de información económica del Hospital y de uno de los proveedores de Atención Primaria, permitieron el cálculo de los costes de las asistencias, pruebas y medicación de la FP. Los costes se estratificaron según estadio tumoral, ámbito asistencial (atención primaria u hospitalaria) y área asistencial: urgencias, consultas externas e ingreso hospitalario.

Resultados. Para los 59 pacientes finalmente analizados el coste de la FP es de 1.831,6 €. En los estadios III y IV se aprecia un coste que casi dobla el de los estadios inferiores. El coste hospitalario es de 1.727,1€ y representa el 82,5% del coste medio por paciente analizado.

Conclusiones. El coste atribuible a la FP para estos pacientes supone el 6,4% del coste total de su diagnóstico, tratamiento y seguimiento durante cinco años, según datos de un estudio de mayor envergadura que se está desarrollando actualmente utilizando una metodología similar y que incluye, entre otros, los 59 casos analizados. De incluirse el coste del ingreso diagnóstico como parte del coste de la FP, el peso de esta fase llegaría al 30% del coste total del proceso asistencial. La cuantificación del coste atribuible al tiempo que el sistema sanitario necesita para conseguir un diagnóstico de certeza, debe ser entendido como un indicador de efectividad de los mecanismos para su detección precoz. Este indicador es complementario al intervalo temporal transcurrido entre la fecha de sospecha y la de diagnóstico.

ANÁLISIS DE COSTO/CONSUMO DE LOS ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS Y ATÍPICOS: IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA EN LA PROVINCIA DE RIO GRANDE DO NORTE/RN B

A. Ferreira, G. Guerra, C. Xavier, F. Rodrigues y A. Diogénes
UFRN; UERN.

Objetivos. El objetivo de este estudio fue verificar la relación entre costo/consumo de los antipsicóticos típicos y atípicos.

Métodos. Los datos fueron colectados en el Hospital psiquiátrico Dr. João Machado, Natal, Rio Grande do Norte \RN, Brasil, en el período de 2002 a 2005. Para comparar entre el costo y consumo de los dos grupos de antipsicóticos, se utilizó la prueba t de Student ($p < 0,05$). La correlación entre costo/consumo para cada grupo fue verificada por el Coeficiente de Correlación de Pearson ($p < 0,05$).

Resultados. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre el costo de los medicamentos típicos y atípicos ($p < 0,0001$) así como una correlación positiva entre el costo y el consumo para medicamentos atípicos ($r = 0,98$, $p < 0,02$).

Conclusiones. El estudio demostró que existe una preocupación y compromiso del Estado de Rio Grande do Norte \Brasil en incrementar la terapia con los antipsicóticos atípicos. No entanto la diferencia entre los costos dos antipsicóticos típicos y atípicos representa uno impedimento para el acceso de los pacientes a la una terapéutica que proporcione una mejor cualidad de vida.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA CIRUGÍA DE ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL EN EL CHU JUAN CANALEJO

J.L. Sampedro-Morandeira, J. Mariñas-Davila, C. Lema-Devesa, M. Castro-Villares y R. Segura-Iglesias

Servicio de Control de Gestión; Unidad de Codificación; Servicio de Neurología; Servicio de Angiología y Cirugía Vasculár.

Objetivos. Establecer cual de entre dos formas de abordar un problema sanitario es la más adecuada desde el punto de vista clínico y económico.

Métodos. Análisis coste-efectividad cirugía abierta (CA)/ tratamiento endovascular (TEV) de los aneurismas de aorta abdominal. Perspectiva: centro hospitalario, horizonte temporal: 1 año. Estudio retrospectivo no aleatorio. Pacientes intervenidos entre 1999-2005. Medida de efectividad: Éxito clínico (EC): 1) anclaje de prótesis adecuado y despliegue correcto 2) Ausencia de fugas 3) sistema permeable y ausencia de desplazamiento 4) ausencia de conversión quirúrgica 5) ausencia de reingresos (30 días). Costes: a) estancias; b) prótesis; c) IQ d) pruebas funcionales. Muestra: 77 pacientes CA y 30 TEV.

Resultados. Menor estancia TEV (-9,5 días). Duración IQ: CA 1 hora más que TEV. Endoprótesis 7.949 €, prótesis CA 606 €, IQ: TEV 2.390,62€, CA 1.428,17€. Pruebas complementarias: mayor coste del TEV (controles periódicos). Costes totales: TEV 16.473,22€; CA 13.336,72€. La menor estancia media del TEV no compensa el mayor coste del proceso debido al mayor precio de la endoprótesis (48% coste TEV). CA: 30 pacientes complicaciones postoperatorias, 3 éxitos, 1 reingreso por eventración, 1 por hernia incisional y 1 tercero por disrupción de la herida. EC: 65 pacientes (84,4%). TEV: 1 complicación en quirófano (fuga+by-pass), cero éxitos, 1 reingreso no relacionado con la cirugía. EC: 27 casos (90%). ICER: diferencia en costes medios para el primer año del TEV Vs CA 3.136 € (16.473 €-13.337 €). La diferencia de éxito clínico es de un 5,6% (90%-84,4%). Ratio coste efectividad incremental: 56.165 €. Análisis de sensibilidad: Variables asociadas a una mayor variación en el coste-efectividad: número de EC y coste de la prótesis TEV.

Conclusiones. Resultados clínicos a C/P del TEV mejor que la CA. Coste/EC de CA inferior al TEV y es necesario un coste de 56.165 € para lograr un nuevo EC del TEV frente a la CA. Resultados coincidentes con otros ya publicados anteriormente. Limitaciones: Número pacientes. No ensayo aleatorio controlado. Efectividad clínica de 1 único centro. Un año de seguimiento. Con las limitaciones expuestas, se podría concluir que en nuestro centro el TEV no supera a la CA (ACE). No debería aplicarse de manera rutinaria. Es necesario incorporar pacientes y la revisión a L/P de los ya intervenidos. Valorar datos a más L/P de ensayos aleatorios en marcha. Si la calidad de vida, tasas de complicaciones y supervivencia mejoran después del TEV, y los costes de la endoprótesis disminuyen la relación coste-efectividad podría tornarse a favor del TEV.

INACEPTABLE DESCONOCIMIENTO DEL COSTE DE LA HEMODIÁLISIS EN CENTROS PÚBLICOS

E. Parra-Moncasi, J.C. Porres-Azpiroz e I. Blanco-Betorz

Hospital Reina Sofía de Tudela; Fundación Hospital Calahorra; Fundación Hospital Calahorra.

Objetivos. En España hay más de 17.000 pacientes en hemodiálisis (HD) y existe, como en otros países de nuestro entorno, un incremento en la prevalencia del 5% anual que debe considerarse en previsiones de futuro. El coste del tratamiento con HD representa aproximadamente un 1.5% del gasto sanitario, mientras que éste volumen de pacientes supone sólo el 0.04% de la población. Los estudios de costes del tratamiento con HD realizados en centros públicos (en los concertados se limita por la tarifa) son escasos (6 centros), antiguos (correspondientes a 1994) y sujetos a gran variabilidad. El presente trabajo estudia los costes de la HD de un hospital público Español durante 2004 y 2005.

Métodos. Se han estimado los costes correspondientes a los ejercicios cerrados de 2004 y 2005. El coste se ha calculado mediante un sistema de contabilidad analítica explicitando los criterios de imputación.

Resultados. Los costes totales ascendieron a 45.080 y 49.198 euros/paciente/año en 2004 y 2005 respectivamente, con un incremento anual del 9,1%. El incremento del coste ha sido fundamentalmente atribuible a la farmacia y almacén (43 y 23% respectivamente). El coste hipotético que debía ser financiado por la tarifa en 2005 (no incluye algunos conceptos con financiación alternativa: transporte; hospitalización; y farmacia extrahospitalaria) ascendió a 40.663 euros/paciente/año, muy superior a la tarifa establecida (25.189,49 euros/paciente/año). El coste de los recursos humanos supuso el 24,9% del total, material fungible 17,1%, farmacia 14,9% y transporte 9,3%. Los costes indirectos son también elevados (23,7%) y los del material inventariable proporcionalmente menores (2,7%). Las causas del incremento de los costes de la HD son diversas: aumento de la complejidad tecnológica (con material inventariable y fungible de mayor precio); aparición de nuevas terapéuticas distintas de la HD convencional (HD diaria, hemodiafiltración, AFB y "on line"); y nuevos medicamentos. En nuestro hospital se inició durante el 2004 la utilización de técnicas de hemodiafiltración y AFB. Diversos estudios tratan de establecer la eficacia de éstas nuevas técnicas con resultados todavía poco concluyentes.

Conclusiones. En el centro analizado hay una evidente inadecuación de la tarifa, de los costes o de ambos. El crecimiento anual del coste es muy elevado. Existe un desconocimiento inaceptable del coste de la diálisis en centros públicos. La información actualizada de costes (y resultado asistencial) es esencial para la toma de decisiones de gestión clínica, externalización, elaboración de tarifas y optimización del sistema sanitario.

ESPLENECTOMÍA POSTRAUMÁTICA: ¿CUMPLIMOS LAS RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE PROFILAXIS DE INFECCIONES?

A. Suárez-Arjona, J. Palomino-Nicás, M.D. Castellano-Bernal, M. Rodríguez-Díez y J. Pachón-Díaz

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. La esplenectomía postraumática (EP) se produce en un contexto de politraumatismo que indica el ingreso del paciente en UCI, donde la información al mismo sobre las medidas profilácticas se hace ardua y la vacunación indicada puede olvidarse. El momento de estabilización clínica y traslado a planta es el apropiado para llevar a cabo ambas medidas. Como no existían datos en nuestro Hospital en relación a esa información necesaria y como norma de comportamiento saludable en las esplenectomías (E), se planteó la realización de este estudio con el fin de averiguar mediante encuesta telefónica (ETF) el grado de conocimiento que tienen los pacientes con EP sobre las medidas profilácticas antiinfecciosas así como captarlas para educación sanitaria y vacunación

Métodos. Fueron localizados los adultos vivos con EP ingresados en nuestro Hospital entre los años 2002 y 2005. Se realizó una ETF a los pacientes o convivientes con cuestiones relacionadas con el conocimiento que tenían sobre las medidas profilácticas antiinfecciosas propias de la E y si aceptaban una revisión en nuestra consulta externa, con objeto de proporcionarles información profiláctica y comprobar la situación vacunal mediante revisión de las historias clínicas. Se hizo un análisis descriptivo de las variables incluidas en la ETF y de la situación vacunal

Resultados. Fueron encuestados 35 pacientes, 28 (80%) hombres y 7 (20%) mujeres. Respondieron: el propio paciente (71,4%), los padres (14,3%), el cónyuge (5,7%), hija/o (2,9%) y otro (5,7%). Conocían la mayor susceptibilidad de la E a las infecciones el 57,1%; el 75% de ellos por información del médico hospitalario y el 25% por otro. Habían recibido información sobre el modo de actuar en caso de fiebre el 11,4% y ninguno había sido informado sobre la conveniencia de llevar consigo un indicativo de E. Sabían que habían recibido vacunación el 42,9% y el 57,1% lo ignoraban. De los que sabían que estaban vacunados, el 20% conocían haber recibido vacuna neumocócica y el 6,6% vacuna Hib. Aceptaron acudir a consulta externa para educación sanitaria y comprobación de la situación vacunal todos los pertenecientes a nuestra área sanitaria

Conclusiones. La ETF ha permitido comprobar la carencia informativa de los pacientes con EP sobre profilaxis de infecciones y también ha servido para captar a todos los pacientes con objeto de informarles sobre medidas de profilaxis, actuación en caso de fiebre y completar las vacunaciones indicadas

ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DE PROFESIONALES EN H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

M.D. García-Sánchez, J.M. de la Higuera-González, J. Barroeta-Urquiza y J. Torres-Moreno
HH UU Virgen del Rocío de Sevilla.

Objetivos. Tres objetivos fundamentales han motivado que la Dirección de H.U. Virgen del Rocío acometa este proyecto: 1. Validad una herramienta de medida del clima laboral. 2. Explotar los resultados como fuente de orientación de planes de mejoras en la satisfacción de los profesionales. 3. Estructurar los grupos de observación que permitan obtener conclusiones sobre el impacto en la satisfacción de los profesionales que se incorporan al nuevo modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica.

Métodos. Para medir la satisfacción de los profesionales se utilizar un modelo contrastado de la EFQM, tomando del mismo los criterios relacionados con la gestión de personas, que permita formular planes de mejoras una vez explotados los resultados. Desde el primer momento se contó con la colaboración externa del IAT (Instituto Andaluz de Tecnología). De igual manera se creó, dentro del hospital un gupo multidisciplinar como equipo de validación metodológica. Aspectos críticos: Confidencialidad, Transparencia, Comunicación, Participación. Las principales actividades 1. Identificación de los Enfoques de Gestión que impactan en la Satisfacción de las Personas, 2. Identificación para cada uno de esos Enfoques de Gestión, de las N&E de la Satisfacción de las Personas, 3. Definición y combinación de las N&E de la Satisfacción de las Personas, 4. Desarrollo y Evaluación del Cuestionario de Evaluación, 5. Utilización del Cuestionario de Evaluación de la Satisfacción de las Personas, 6. Análisis de los Resultados, 7. Identificación de los Enfoques de Gestión que más impactan en las N&E, 8. Elaboración de un Plan de Acción.

Resultados. Aunque para la validación de la herramienta habría que esperar varios años, que permitan evaluar los resultados posteriores y haber implementado las acciones de mejoras. Si podemos afirmar con relación a los demás objetivos de tener un instrumento que permita medir la satisfacción de los profesionales ha sido muy bien valorado, por los propios profesionales. Así mismo se confirma la hipótesis de partida que un modelo organizativo como las UGC, que permite mayor participación en las decisiones y compensación de incentivos según resultados de objetivos pactados, se corresponde con mayor satisfacción de los profesionales.

Conclusiones. Esta iniciativa del hospital, de medición del clima laboral, se consideraba una carencia en el modelo de Acuerdo de UGC en busca de la excelencia. Es por tanto, que una vez puesta en marcha, evaluada y mejorada debe ser una herramienta válida que complete el modelo de calidad y que pueda ser imitada por otras instituciones del SSP.

INTEGRACIÓN DE PROCESOS EN UN SISTEMA DE CALIDAD

B. Molero-Pérez, F. Martín-Navascues y N. Mendiguren-Navascues
Hospital Comarcal del Bidasoa.

Antecedentes. El Hospital Comarcal del Bidasoa ha sido uno de los pioneros en la asunción de diversos métodos, modelos y herramientas de Gestión Medio Ambiental, al interiorizar los conceptos de Calidad y Ambiental como elementos fundamentales en el devenir y en el desarrollo del Hospital. Como consecuencia de esta filosofía se ha desarrollado el Modelo de Excelencia y se ha propiciado procesos de certificación que garanticen esta idea, de una reflexión estratégica. Se decide certificar los procesos de Apoyo (Plan Estratégico 2000-2004, Plan Estratégico 2007-2009 y Mapa de Procesos del Hospital).

Objetivos: El objetivo primario era conseguir certificar la Norma ISO 9001:2000 de los procesos de apoyo que afectan a la División Económica-Financiera. Este evoluciona hacia un objetivo más ambicioso que implica la creación de un Sistema de Gestión Integral en cualquier tipo de proceso.

Métodos. En el año 2003 se certifican el Servicio de Restauración y la Gestión Intracentro de Residuos liderados por los Gestores de cada Proceso. En el año 2004 se procede a certificar los procesos de Limpieza y Mantenimiento. En este momento analizamos el proceso de Gestión de los Sistemas Certificados y concluimos que seguir por ese camino significaría una atomización de procesos certificados, con falta de coordinación. Este mismo año se plantea el objetivo de unificación, creándose la figura de Gestor en Calidad y Medio Ambiente. En el año 2005, concluidos con éxito los objetivos de los años anteriores, se amplía la certificación al Proceso: Económico-Financiero y a la Gestión Integrada Ambiental. En el año 2006 se trabajó con el mismo método en los Procesos de Lavandería, Jardinería y Aprovechamientos, los mismos fueron certificados en Octubre de 2006. En la actualidad culminaremos el Proceso con los Procesos de Seguridad y Comunicaciones.

Resultados. Creación de un Sistema de certificación en Calidad que tenga la capacidad de ampliar cualquier alcance.

Conclusiones. Bondades de un Sistema Integrado con una cultura común, consolidación de alianzas, un impulso a la gestión del conocimiento, eficacia y eficiencia desde el punto de vista económico, reducción de tiempo en las ampliaciones de certificaciones posteriores, sistema garantista al trabajar el Sistema varios gestores de procesos diferentes.

ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ENSEÑANZA DE REANIMACIÓN CON SIMULADORES

J.A. Iglesias-Vázquez, M. Cegarra-García, M. Penas-Penas, M.V. Barreiro-Díaz y M. Caamaño-Arcos
Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

Objetivos. En España se reaniman cada año 9.500 paradas cardiorrespiratorias. El European Resuscitation Council (ERC) recomienda en sus normas la enseñanza de RCP básica y avanzada a los médicos y enfermeros que tengan la posibilidad de encontrarse con una parada cardiorrespiratoria (PCR) en su trabajo habitual mediante cursos de 20 horas de duración y reciclajes bianuales. El estudio pretende ver si existe un mayor número de alumnos que superan un curso de soporte vital avanzado (SVA) con un simulador frente al entrenamiento normal. También tratar de ver si el haber estudiado un material previo al curso puede considerarse aceptable desde el punto de vista de coste y comprobar si hay alguna diferencia entre los aprobados con o sin simulador si han estudiado el material previamente.

Métodos. Se ha dividido a los alumnos de forma aleatoria en dos grupos de 250 miembros. 10 cursos de 25 alumnos por grupo. En cinco de estos cursos se utilizan para las clases prácticas y para la evaluación un simulador de última generación y en el resto los maniqués habituales. Al mismo tiempo a la mitad de los alumnos de cada grupo se les entrega, con al menos 15 días de antelación, un manual y unas instrucciones previas. Esta asignación se realiza de forma aleatoria a 125 alumnos de cada uno de los grupos. Las diferentes ediciones de los cursos se han llevado a cabo durante los años 2003 y 2004. Existe una gran diferencia de costes entre un curso con simulador y uno normal.

Resultados. 500 alumnos, 341 (68,2%) mujeres, y 159 (31,8%) hombres. 283 médicos y 217 DUE. Media de edad: 42,6 años. Rango: 24-61. 181 manifestaron haber realizado previamente un curso de estas características (36,2%). 36 durante los últimos dos años (7,2% del total de la muestra). No hay grandes diferencias de aprobados según se use un simulador o el entrenamiento normal. El coste por alumno es mucho más elevado utilizando un simulador médico (3,5 veces). Un aprobado con el entrenamiento normal supone 457,23€ con preparación previa, y 481,77€ sin ella frente a los 1.283,11€ y 1.483,11€ del simulador con y sin preparación previa al curso. La preparación previa eleva el número de aptos en los dos grupos con un coste bajo. En ambas estrategias se observa que el coste por aprobado disminuye en los grupos que han realizado la preparación previa.

Conclusiones. La mejor estrategia coste-efectividad para el entrenamiento en técnicas de reanimación para los médicos y enfermeras de atención primaria (AP) es con entrenamiento normal y preparación previa. Debemos buscar mecanismos para disminuir los costes originados por los simuladores. En todos los casos de entrenamiento, bien sea con simuladores o con maniqués se debe realizar una preparación previa de los alumnos.

COMPORTAMIENTO DE CINCO HOSPITALES CON DISTINTA PERSONA JURÍDICA EN LA GESTIÓN DE TRES PROCESOS ASISTENCIALES

J. del Llano, A. Coduras, F. Raigada, I. Aranda, L. Quecedo, et al
Fundación Gaspar Casal.

Objetivos. Establecer si la personalidad jurídica en los hospitales influye en la eficiencia y la calidad asistencial de los mismos.

Métodos. El estudio aborda un doble enfoque, cualitativo y cuantitativo. Para ello se realizó una selección y consenso de indicadores de proceso y resultado a través de la técnica: Focus Group, en la que se contó con la experiencia de refutados académicos dentro del campo de la gestión y, de los gerentes de los hospitales incluidos en el estudio. Fruto de esta técnica, se elaboraron 2 tipos de cuestionario: uno dedicado a los aspectos generales y otro específico para tres procesos asistenciales: Infarto Agudo de Miocardio (IAM), Cáncer de Mama (CA. Mama) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los datos recabados corresponden al año 2004 y fueron facilitados por los hospitales objeto del estudio.

Resultados. Se obtienen resultados generales a cerca de estructura, población atendida, cartera de servicios, actividad entre otros. Además de resultados específicos, de los tres procesos asistenciales: estructura, proceso y resultado.

Conclusiones. La forma jurídica del hospital influye notablemente en aspectos tales como una dotación tecnológica más moderna con la que se presta una asistencia sanitaria de forma más eficaz. También se observa una mayor productividad asistencial en aquellos hospitales con formas jurídicas que permiten una gestión más descentralizada. No obstante, la calidad de los procesos estudiados es muy similar, independientemente de la forma jurídica del mismo.

¿FUMADOR O NO FUMADOR? UN MODELO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL SECTOR HOSTELERO

J. Pinilla, D. Santos y A. López-Nicolás

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Universidad Politécnica de Cartagena.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es estudiar las condiciones bajo las cuales resulta más conveniente, en términos económicos, permitir fumar en un establecimiento hostelero.

Métodos. Se plantea un modelo probabilístico en donde se contemplan los costes y beneficios para el empresario, así como las funciones de atracción de los potenciales clientes por uno u otro tipo de establecimiento. La solución de este modelo muestra las condiciones necesarias que deben producirse para que el empresario decida permitir o no fumar en su negocio. La simulación de las distintas combinaciones posibles para los componentes del modelo nos permite presentar la relación entre los beneficios de las dos opciones, fumador/no fumador, en términos del gasto esperado que deberá realizar cada tipo de cliente.

Resultados. Los resultados señalan que en el actual escenario (potenciales clientes fumadores y no fumadores, y ratio habitantes por local), el empresario sólo obtiene mayores beneficios con un establecimiento para fumadores si el consumo de estos clientes supera entre 1,51 y 4,23 veces el consumo de los no fumadores. En el caso de que los no fumadores decidieran no acudir a los locales en donde se permite fumar, el consumo extra en los fumadores, necesario para superar en beneficios a la opción de un local libre de humos, debería ser 30 veces mayor que el de los no fumadores.

Conclusiones. Los no fumadores tienen por tanto en sus manos, la posibilidad de cambiar el actual escenario de oferta de ocio en relación con el consumo de tabaco, basta con que decidan no acudir a los locales en donde se permite fumar.

PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DESDE LA PERSPECTIVA PLAN DE SALUD

C. Medina y D. Magem

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; Servei Català de la Salut.

Objetivos. Para la elaboración del nuevo Plan de salud de Catalunya se propone definir una serie de indicadores que evalúen la calidad de los servicios sanitarios a través de diferentes dimensiones entre ellas la eficiencia.

Métodos. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinario cuyas funciones fueron: consensuar la metodología de trabajo, revisar y actualizar propuestas de otros grupos, definir y consensuar indicadores útiles y pertinentes de acuerdo con lo que se quería medir, establecer límites de significación, identificar las fuentes de información, establecer métodos de cálculo y clasificar los indicadores en ámbitos de análisis y propuestas de intervención. Criterios de selección: 1 relevancia en nuestro contexto 2 validez y potencia de las fuentes 3 reproducibilidad 4 especificidad 5 sensibilidad y 6 disponibilidad de los datos. Se define la eficiencia como la relación entre el producto obtenido y los recursos empleados en producirlo. Se determinan niveles de análisis y se mide la compra de servicios desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud.

Resultados. Los indicadores propuestos se refieren a: 1 Gasto total: presupuesto y gasto por cápita según estructura funcional; presupuesto y gasto por cápita en atención especializada; presupuesto y gasto por cápita en atención primaria; presupuesto y gasto farmacéutico por cápita; gasto farmacéutico por cápita (recetas médicas); gasto farmacéutico por usuario consumidor (sólo recetas); gasto farmacéutico según nivel de cobertura (general/farmacia gratuita); porcentaje del PIB destinado a salud 2 Eficiencia, referidos a aspectos de los servicios sanitarios. 2.1 Sustitución (porcentaje de sustitución de CMA de procedimientos quirúrgicos; porcentaje de medicamentos genéricos) 2.2 Líneas de servicios (coste visita AP, hospitalizaciones por problemas sensibles a la atención ambulatoria; coste alta hospitalaria; coste estancia centro sociosanitario; coste estancia hospital salud mental) 2.3 Enfermedades (reingresos hospitalarios 30 días posteriores al alta por MPOC y insuficiencia cardiaca); 2.4 Prevención (coste mujer cribada programa de cáncer de mama) 3 Definición índice global de eficiencia: el numerador es una valoración global de la compra de servicios, y el denominador el volumen de recursos. Se fija este índice en el nuevo Plan de salud en el que se evaluará la tendencia durante los años de vigencia del Plan.

Conclusiones. Los indicadores de gasto aunque no son de eficiencia estrictamente permiten realizar comparaciones nacionales e internacionales. Los indicadores de eficiencia son difíciles de formular por la dificultad en obtenerlos. El índice global de eficiencia es una propuesta novedosa cuya tendencia se irá viendo durante los próximos años.

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL MODELO "CUADRO DE MANDO INTEGRAL" (CMI) EN UN HOSPITAL PRIVADO. VENEZUELA 2004-2006

R.J. Sandoval-Oliveros y T.T. Ocando-Riera

Centro Médico Paso Real.

Objetivos. Optimizar y validar los indicadores financieros y no financieros gracias a la implementación del modelo de gestión (CMI) en el Centro Médico Paso Real, Venezuela.

Métodos. Para la implementación del CMI se partió de la definición de: Visión, misión, valores, análisis estratégico de la matriz foda, elaboración y ejecución de planes estratégicos y planes de acción, y por último la definición de indicadores que nos permitieron ir monitoreando los resultados alcanzados, a la vez que proporcionaron el feedback necesario para aplicar los correctivos.

Resultados. Fueron medidos en cada una de las perspectivas que contempla el modelo de gestión aplicado (CMI) a través de los indicadores respectivos. *Cliente:* Un crecimiento constante en la satisfacción y fidelidad de nuestros clientes lo cual es medido por encuestas realizadas por terceros. *Aprendizaje y crecimiento:* Capacitación continua del 100% del personal, lo cual permitió reforzar la cultura, mantener en positivo el clima organizacional y mejorar el desempeño, todo esto medido por encuestas e instrumentos diseñados para tal fin. *Procesos:* Una revisión y mejora constante de los procesos administrativos, asistenciales y gerenciales medidos por indicadores específicos de gestión, para cada unidad de negocio. *Financiera:* Aumento constante en la rentabilidad lo cual ha permitido llevar a cabalidad los planes de expansión y crecimiento en las diferentes áreas, medido por indicadores de crecimiento, productividad y rentabilidad.

Conclusiones. En la medida en que las organizaciones (en nuestro caso CMPR) deciden aplicar un modelo de Gestión (CMI), se debe tener en consideración que uno de los puntos fundamentales es la medición constante de los beneficios obtenidos, lo cual permitirá certificar la aplicación del modelo escogido, frente a otras opciones.

FACTORES QUE FAVORECEN Y DIFICULTAN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE COMPRA EN BASE POBLACIONAL EN CATALUÑA

M.L. Vázquez, I. Vargas, R. Terraza, E. Agustí, F. Brosa, et al
CHC; CatSalut.

Objetivos. En el 2001 el CatSalut, comprador de servicios en Cataluña, impulsó una prueba piloto para implantar un sistema de compra en base poblacional (capitativo) en cinco áreas de Cataluña con el objetivo de mejorar la equidad de acceso, la calidad y la eficiencia de los servicios, promocionando la creación de alianzas entre los proveedores del territorio. En el 2005, se inició la evaluación de la prueba para valorar la extensión del capitativo al resto del territorio catalán. Una de sus vertientes consistió en una evaluación cualitativa, cuyo resultado es el objeto de esta comunicación.

Métodos. Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, de carácter exploratorio mediante análisis documental y entrevistas individuales semi-estructuradas. Se realizaron 49 entrevistas a directivos (25) y profesionales (16) de proveedores y comprador de servicios (8). Se hizo un análisis narrativo de contenido de las entrevistas por grupo de informantes y temas, y de los documentos, segmentados por temas y territorios. El área de estudio estaba constituida por: Cerdanya, Baix Empordà, Osona, Maresme-Selva y Albeirat.

Resultados. Sólo en un territorio se formalizó una alianza entre los proveedores y se desarrollaron elementos estratégicos conjuntos. De forma generalizada sólo se implementaron mecanismos para el seguimiento de la prueba y la gestión mancomunada del riesgo. El desarrollo e implementación de mecanismos de coordinación asistencial fue limitado y variable según el territorio - mayoritariamente se intercambiaron instrumentos ya existentes. A pesar de los resultados, los entrevistados consideran un sistema de pago capitativo como mejor alternativa que el sistema de compra actual. En su opinión, la prueba ha inducido una visión conjunta de territorio y ha estado facilitada por la voluntad de colaborar de los proveedores. No obstante, identifican numerosos factores: contextuales (ej. cambio de gobierno), de los proveedores (ej. tamaño, culturas distintas), del comprador (ej. territorios) y en los elementos de la prueba (ej. fórmula de cálculo de la cápita, gestión del riesgo) que han dificultado su implantación y desarrollo. Un elemento de discrepancia fue el papel del comprador, según el proveedor hubo un apoyo insuficiente y faltó liderazgo, mientras que el comprador lo consideró adecuado.

Conclusiones. La prueba piloto de compra capitativa ha obtenido resultados escasos y limitados en relación a los procesos de integración asistencial en los territorios. A pesar de ser considerada un estímulo para orientarse al territorio y la colaboración, se identifican numerosas dificultades de carácter contextual, institucional y principalmente metodológicas que deberían eliminarse para extender este sistema a otros territorios.

COSTE-EFECTIVIDAD EN ESPAÑA DE ATORVASTATINA Y AMLODIPINO EN UN SOLO COMPRIMIDO, FRENTE A ATORVASTATINA Y ATENOLOL EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN ENFERMEDAD CORONARIA NI COLESTEROL ELEVADO Y CON TRES O MÁS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ADICIONALES

J. Fernández de Bobadilla, E. Merikle, M. García, J. Darbá, C. Sánchez, et al

Pfizer España; Pfizer Canadá; Universitat de Barcelona.

Objetivos. El objetivo es estimar el coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) de Atorvastatina 10 mg (ATV) más Amlodipino 5/10 mg (AML); en comparación con Atenolol 10 mg (ATE) más ATV, para reducir eventos cardiovasculares (ECV), en el paciente hipertenso sin enfermedad coronaria (EC), con colesterol (CT) normal o ligeramente elevado y con 3 o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV) adicionales (tipo ASCOT-LLA). El ASCOT evaluaba dos estrategias antihipertensivas (ATE +/- bendroflumetazida +/- doxazosina y AML +/- perindopril +/- doxazosina) en la reducción de ECV en 19.257 hipertensos. La estrategia AML demostró disminución de la mortalidad global. Se realizó un subestudio comparando ATV con placebo (PBO) en el que se incluyeron los pacientes con CT \leq 250 mg/dL (ASCOT-LLA), interrumpido precozmente por reducción significativa del objetivo primario a favor de ATV. Se hizo un análisis factorial (2x2) del ASCOT-LLA (ATV+AML; PBO+AML; ATV+ATE; PBO+ATE). ATV+AML tuvo una reducción relativa del riesgo (RRR) de 53% frente a PBO+AML ($p < 0,0001$). ATV+AML del 39% ($p = 0,016$) frente a ATV+ATE.

Métodos. Se desarrolló un modelo de Markov bajo la perspectiva del SNS y utilizando costes españoles (€2005). El modelo simuló los ECV de 2 cohortes hipotéticas de pacientes hipertensos tipo ASCOT-LLA, durante un horizonte de 25 años. Los costes considerados fueron los de ATV, AML, ATE, perindopril y bendroflumetazida. Los efectos, los resultados de ATV+AML frente a ATV+ATE en el ASCOT 2x2. Se descontaron efectos al 5% y costes al 3%. Los resultados se presentan como cociente coste-efectividad incremental (CCEI) por AVAC.

Resultados. Los resultados del caso base indican que ATV+AML por separado son más efectivas que ATV+ATE con un modesto incremento del coste. El CCEI de ATV+AML fue 17334€ por AVAC.

Conclusiones. En relación a los umbrales de coste-efectividad aceptados en nuestro medio, 30.000€ por AVAC, Atorvastatina más una estrategia basada en Amlodipino es coste-efectiva frente a Atorvastatina con una estrategia antihipertensiva basada en Atenolol, en el tratamiento del paciente hipertenso sin enfermedad coronaria, con colesterol normal o moderadamente elevado y con tres o más factores de riesgo cardiovascular adicionales.

LA PARTICIPACIÓN DE ESPAÑA EN LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SOBRE SALUD FINANCIADOS POR LA UNIÓN EUROPEA

I.J. Thuissard-Vasallo y A. Blanco-Moreno

Instituto de Estudios Fiscales.

Objetivos. El propósito de este estudio es analizar la información disponible sobre el estado de situación, su evolución y el esfuerzo dedicado en España a las actividades de investigación científica e innovación tecnológica en el ámbito sanitario financiadas por la Unión Europea (-en caso de ser posible, se realiza un análisis a nivel de Comunidades Autónomas-). Para este análisis tomamos la información proporcionada por dos programas europeos: programas marcos de investigación (a través de la base de datos CORDIS) y el Programa de salud pública (DGSANCO).

Métodos. Análisis descriptivo de los proyectos financiados por la Unión Europea en los temas relativos a innovación e investigación sanitaria.

Resultados. Introducción y análisis de las páginas web de donde se obtienen los datos. Proyectos subvencionados según el área de actividad. Análisis de los países que dirigen la investigación y de los colaboradores. Duración de los proyectos subvencionados.

Conclusiones. El esfuerzo investigador que realiza España en el ámbito sanitario, a partir de los proyectos subvencionados por la Unión Europea, muestra una situación preocupante. España se sitúa como séptimo país investigador con poco más de 300 proyectos, muy por debajo de los casi 1400 proyectos llevados a cabo por Reino Unido. Si tenemos en cuenta la participación como colaborador en las investigaciones realizadas, España participa en más de 1800 proyectos. Esta situación coloca a España en la sexta posición de los países colaboradores, muy lejos de los casi 3400 proyectos en los que colabora Reino Unido. La diferencia del esfuerzo investigador en las regiones españolas es particularmente importante y muy significativa. Los proyectos llevados a cabo por entidades localizadas en Madrid, Cataluña y Andalucía representan más del 68% del total de las investigaciones llevadas a cabo en España, poniendo en evidencia el escaso esfuerzo investigador del resto de Comunidades Autónomas. Existe también un problema estructural derivado de la falta de iniciativa privada en la investigación sanitaria, ya que el aporte de las industrias en la investigación española está en torno al 15% de los proyectos y no supera el 10% para el total de países participantes. Las instituciones más representativas a nivel global y a nivel nacional, las entidades dedicadas a la educación y a la investigación como actividad principal, que superan el 75% de la participación investigadora.

LAS MEMORIAS DE SOSTENIBILIDAD O DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

I. Cornejo-García, J. Mayol-Canas y A. Miquel-Gómez

Servicio Madrileño de Salud Atención Primaria Area 8.

Objetivos. Hay un nuevo paradigma emergente en la concepción de las empresas y organizaciones: son sistemas abiertos cuyas actuaciones afectan no sólo a accionistas proveedores y clientes, sino a la comunidad en la que desarrollan su actividad y a la sociedad en general. La actuación de toda organización produce un impacto económico, ambiental y social. Por ello, cada vez más organizaciones asumen el compromiso de informar periódicamente a cerca de dicho impacto. Estos informes son conocidos como "Memorias de Sostenibilidad o de Responsabilidad Social Corporativa". El objetivo de la presente comunicación es mostrar las características fundamentales de las Memorias de Sostenibilidad, con la finalidad de estimular la reflexión y el debate a cerca de su aplicación al ámbito sanitario.

Métodos. Se ha procedido al análisis de la literatura disponible sobre Responsabilidad Social Corporativa y a la presentación sintética de la información referente a los cuatro aspectos siguientes de las Memorias de Sostenibilidad: antecedentes, propósito, características y contenidos básicos.

Resultados. En los últimos años ha habido varias propuestas para la normalización de estos informes: -Corporate Report (1975). -Clasificación Ernst & Ernst (1978). -Libro Verde "Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas" de la Comisión de las Comunidades Europeas (2001). -Guía para la elaboración de Memorias de Sostenibilidad de la Global Reporting Initiative (GRI). Primera versión (2000), segunda versión (2002), tercera versión "GRI G3" (octubre de 2006). El propósito de una Memoria de Sostenibilidad es la medición, divulgación y rendición de cuentas del impacto económico, ambiental y social, debido a la actividad de la organización. Características de la Memoria: Los asuntos a incluir han de ser relevantes, Incluirá resultados favorables y desfavorables. Ha de mostrar las tendencias, Deben de ser descritas las técnicas de medición de datos, - Ha de indicarse qué datos se han estimado y cómo, Las declaraciones cualitativas deben de ser consistentes con el resto de informaciones, Se referirá a un período de tiempo concreto, - La memoria ha de ser verificada por personas o entidades externas Contenidos básicos de una Memoria de Sostenibilidad: - Estrategia y perfil de la organización; Parámetros de la memoria; Compromisos de la organización con la "sostenibilidad", Indicadores económicos; Indicadores ambientales; Indicadores sociales.

Conclusiones. Las Memorias de Sostenibilidad son una herramienta para la rendición de cuentas (accountability) no estrictamente económica, cuya implantación en el ámbito sanitario ha de ser debatida y parametrizada.

NUEVOS INDICADORES DE SEGUIMIENTO PARA LOS GOBIERNOS TERRITORIALES DE SALUD

T. Sabater-Ripollès, A. Sans-Miret y O. Alberca-Guevara
Regió Sanitària Catalunya Central; CatSalut; Departament de Salut; Generalitat de Catalunya.

Objetivos. La creación de los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), Decreto 38/2006, de 14 de marzo de 2006 (DOGC, núm. 4594), se ha concretado en la constitución de Consorcios entre las Administraciones competentes y concurrentes en el ámbito sanitario. A partir de este momento ha cambiado el nivel de decisión referente a la ordenación, priorización y coordinación de los recursos del territorio. Una de las novedades es que, en el órgano de gobierno del GTS, además de los representantes de la Generalitat, se incluyen los ámbitos de Salud Pública y Dependencia, junto con los representantes de las Administraciones Locales. Tanto por el hecho de ser un proyecto nuevo, como por la incorporación de nuevos ámbitos en la toma de decisiones, hay que crear una serie de indicadores que permitan realizar el seguimiento del proyecto y que a la vez puedan ser útiles para la toma de decisiones de la totalidad de los miembros.

Métodos. Para la elección de los indicadores se ha recurrido a la recopilación bibliográfica existente sobre el tema de evaluación y seguimiento, y se ha contado para su desarrollo con la colaboración de expertos en cada uno de los diferentes temas. Una vez desarrollados los diferentes indicadores, éstos se han consensuado con los integrantes del órgano de gobierno del Consorcio, implicados en el proyecto.

Resultados. Se han conseguido una serie de indicadores consensuados entre todas las integrantes del GTS, para poder realizar el seguimiento de la implantación del Consorcio y facilitar la toma de decisiones. La naturaleza de estos indicadores son: De recursos, proceso, salud, satisfacción, accesibilidad, eficiencia, dependencia y salud pública.

Conclusiones. Todo nuevo proyecto necesita un instrumento que permita realizar el seguimiento de la implantación, ayudar en la toma de decisiones y su posterior evaluación, que permitan ajustar las próximas líneas a seguir para consolidar su implantación. El hecho de aumentar los diferentes actores que toman parte en la gobernanza de la salud en el territorio, obliga a adaptar los mecanismos para conseguir el objetivo final de garantizar la mejor prestación de servicios sanitarios públicos.

ELABORACIÓN DE TABLAS CLASIFICATORIAS PARA ESPAÑA SEGÚN COSTE POR AÑO DE VIDA GANADO Y AVAC

J. Darbà Coll, G. Restovic Camus y R. Arocho
Universitat de Barcelona; BCN Health Economics & Outcomes Research; Amgen S.A.

Objetivos. El objetivo de esta comunicación es presentar las tablas clasificatorias según coste por AVG y AVAC para intervenciones sanitarias publicadas en España durante el período 1997-2006. En España, la asistencia sanitaria pública se financia principalmente a través de la administración pública. Los estudios de evaluación económica, en sus diferentes metodologías, calculan resultados que ayudan a la toma de decisiones y al establecimiento de prioridades a la hora de financiar servicios sanitarios. Sin embargo, la diversidad de mediciones de resultados en sanidad hace compleja la comparación sistemática de los beneficios de diferentes terapias y de distintos tratamientos. Las tablas clasificatorias de AVG y AVAC ordenan los ratios coste-efectividad para facilitar la toma de decisiones.

Métodos. Para elaborar las tablas clasificatorias se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed de la National Library of Medicine, en el buscador de Ediciones DOYMA y en el buscador del Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York. El período de búsqueda fue desde 1997 hasta 2006. De acuerdo con los criterios de selección establecidos se han localizado 26 publicaciones con 42 observaciones de razones coste-efectividad incremental (RCEI) por AVG y 29 publicaciones con 42 observaciones de RCEI por AVAC ganados.

Resultados. Si se consideran las 42 observaciones para AVAC, la media por RCEI es de 185.201€ por AVAC ganado (IC 95%: 615€-369.786€). Si se excluyen de esta muestra los valores extremos, se tienen 37 observaciones con una media de 12.295€ por AVAC ganado. Considerando las 42 observaciones para AVG, la media por RCEI fue de 22.339€ (IC 95%: 8.703€-35.975€).

Conclusiones. Las tablas clasificatorias son un instrumento útil a la hora de establecer prioridades en sanidad y relativizar los valores de AVAC y AVG de nuevas tecnologías.

COBROS SANITARIOS A COMPAÑÍAS PRIVADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.S. Espejo
Distrito Sanitario Metropolitano de Granada.

Objetivos. Hacer un estudio sobre la repercusión en ingresos, de la asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales, de tráfico o a compañías privadas; en definitiva, cuando hay un tercero obligado al pago, en un ámbito de atención primaria de salud, en un medio periurbano y rural, cómo es la repercusión del cobro.

Métodos. Mediante un estudio longitudinal en el tiempo, sobre el número y repercusión económica de dichas causas, a través de los partes de asistencia derivados desde los puntos de asistencia hasta el órgano administrativo, y las liquidaciones enviadas a compañías.

Resultados. Existe una evolución creciente sobre el número de asistencias de los casos estudiados, sobre todo en asistencia por accidentes de tráfico; todo ello, causado por un crecimiento de la población en el área periurbana, y un mejor protocolo de recepción de partes de asistencia en el órgano gestor mencionado; por el contrario, la repercusión económica, aunque creciente, no crece en la proporción de la asistencia.

Conclusiones. Aunque existe una mejora en los protocolos de gestión de ingresos, para cobrar las asistencias sanitarias con derecho a cobro, y aún constatándose una asistencia creciente en el área de estudio, la repercusión económica no es todavía importante.

CESÁREAS: VARIACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. CATALUÑA 1999-2005

T. Salas, E. Vela, M. Clèries, M. Bustins, E. Agustí, et al
Registro del CMBD; División de Gestión de Registros de Actividad; Servicio Catalán de la Salud; Departamento de Salud.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir la evolución del porcentaje de cesáreas y cuantificar el impacto de la variabilidad de la práctica de este procedimiento en términos de utilización de recursos.

Métodos. Los datos se han obtenido del Registro del conjunto mínimo básico de datos de los hospitales de agudos de Cataluña, del período 1999-2005. Los datos de los hospitales de la red de utilización pública (XHUP) son exhaustivos mientras que los de los hospitales privados (HP) corresponden al 70% de los centros en el año 1999 y al 85% en el año 2005. Se ha calculado la estancia media de los partos y la proporción de cesáreas y se ha estimado la probabilidad esperada de realización de cesárea para cada parto mediante una regresión logística. En el modelo se han incluido las siguientes variables: edad de la madre, semanas de gestación, peso del neonato, parto múltiple, día de la semana y presencia de complicaciones. Se ha calculado la razón de las cesáreas observadas entre las esperadas para cada hospital y cuando ha sido superior a 1, se ha calculado el "exceso" de cesáreas practicadas.

Resultados. Se han analizado 433.774 partos. En el año 1999 se practicaron 1 cesárea por cada 5 partos mientras que en el año 2005 la razón fue de 1/4 (19,2% y 22,5% en los centros de la XHUP; 29,8% y 35% en los HP, respectivamente). Se observan diferencias en la tasa de cesáreas relacionadas con la residencia de la madre, que pueden oscilar entre 23 y 29 cesáreas por 100 partos, en el año 2005. La estancia media ha ido disminuyendo (4,1 días en 1999 y 3,5 días en 2005) mientras que la media de edad se mantiene (30,6 años en 1999 y 30,5 años en 2005). Los partos con cesárea se asocian a estancias significativamente superiores a las de los partos vaginales (5,2 y 2,9 días en 2005, respectivamente, $p < 0,0001$). Durante el año 2005, la diferencia entre cesáreas observadas y esperadas para el total de hospitales fue de 2.462 (1914 en los HP y 548 para los XHUP). Considerando la diferencia media de días de estancia entre los partos por cesárea y los partos vaginales, el exceso de cesáreas representa un total de 5.701 días (4.432 en los HP y 1.269 en los de la XHUP), lo cual supondría 15,6 camas/año disponibles (12,1 para los HP y 3,5 para los de la XHUP).

Conclusiones. A pesar de que en los centros de la XHUP el porcentaje de cesáreas es menor que en los HP, los incrementos anuales son similares. La sobretutilización o infrautilización de este procedimiento puede reflejar una ausencia de idoneidad o un procedimiento innecesario. Reducir la variabilidad de la práctica de este procedimiento contribuiría a racionalizar el consumo de recursos.

ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LOS CUIDADOS INFORMALES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

L. Gubieras, V. Casado, L. Romero-Pinel, S. Martínez-Yélamos, T. Arbizu, et al
Unidad de Esclerosis Múltiple, Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante de sistema nervioso central, crónica y discapacitante. Afecta predominantemente a adultos jóvenes y supone un importante coste socioeconómico. Una parte importante del coste total de la enfermedad se debe a los cuidados informales, que son aquellos proporcionados al paciente por cuidadores no remunerados. En este trabajo pretendemos estimar los costes de dichos cuidados en nuestra población, en función de la discapacidad.

Métodos. Estudiamos a los pacientes afectos de EM controlados en la Unidad de EM del Hospital Universitario de Bellvitge. Analizamos 200 pacientes con EM y sus cuidadores, que contestaron consecutivamente un cuestionario que preguntaba sobre aspectos demográficos, sociales, laborales y clínicos, y sobre el tipo y cuantía de los cuidados requeridos debido a la EM. Las respuestas de los pacientes y cuidadores se han complementado con otras fuentes de datos como las historias clínicas, bases de datos informatizadas, los archivos del hospital, y organismos oficiales como el Servicio de Salud y el Instituto Catalán de Estadística. Hemos estimado los costes de los cuidados informales considerándolos globalmente como costes directos. Para ello se ha empleado el método de reemplazamiento, que consiste en multiplicar el número de horas que dedica el cuidador informal en el cuidado del enfermo por el coste de reemplazar a dicho cuidador por otro, remunerado, que tendría que existir si no hubiese un cuidador informal. Como este coste no está claramente establecido en nuestro país, hemos aplicado el 50% del salario mínimo interprofesional, y realizamos un análisis de sensibilidad.

Resultados. Se han analizado los datos de 200 pacientes y 178 cuidadores de éstos. Se han establecido 5 estadios en función de su discapacidad, medida con la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale). El cuidador es mayoritariamente de sexo femenino (59%), cónyuge del paciente (69%), tiene una edad media de 46 años y lleva ejerciendo como tal una media de 3,8 años. Dedicada al cuidado del enfermo una media de 2,6 horas/día y dicha dedicación aumenta con el EDSS. El coste estimado de los cuidados informales en el total de pacientes es de 4831 euros/paciente/año. Dicho coste aumenta con la discapacidad, oscilando entre 1069 (cuando EDSS = 0) y 22164 euros (cuando EDSS >7,5). Los cuidados informales representan el 20% (oscilando entre 7,5% y 42%) del coste total de la enfermedad.

Conclusiones. El coste estimado de los cuidados informales en nuestra población oscila entre 1069 y 22164 euros/paciente/año, dependiendo de la discapacidad. Dicho coste representa un 20% del coste total de la enfermedad.

ESTUDIO DEL COSTE DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA (ECODEM)

L. Gubieras, V. Casado, L. Romero-Pinel, O. Espallardo, T. Arbizu, et al
Unidad de Esclerosis Múltiple, Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La esclerosis múltiple (EM) tiene un importante coste socio-sanitario en nuestro medio, debido a su prevalencia, historia natural y tratamientos existentes en la actualidad. El coste total engloba gastos directos, indirectos e intangibles de la enfermedad. En otros países de Europa y América ya se han analizado los costes de la EM dando idea de su gran impacto socio-sanitario y económico, hasta hoy probablemente infravalorado. El objetivo de este trabajo es calcular el coste global socio-sanitario de la EM en nuestro país en función de la discapacidad, así como el coste adicional de un brote y del diagnóstico.

Métodos. Estudiamos pacientes de EM de diferentes comunidades autónomas españolas. Para el estudio del coste global se incluyen 1400 pacientes y sus cuidadores, 140 pacientes en cada estadio de discapacidad (10 estadios) según las puntuaciones obtenidas con la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale). Para el estudio del coste del brote se incluyen aquellos sujetos que presenten un brote entre diciembre del 2006 y diciembre del 2007 (700 pacientes). Para el estudio del coste del diagnóstico, aquellos sujetos diagnosticados de EM entre diciembre del 2006 y diciembre del 2007 (210 pacientes). Partimos de datos obtenidos de cuestionarios elaborados para este estudio, administrados a pacientes y sus cuidadores, que preguntan sobre aspectos demográficos, sociales, laborales y clínicos, y sobre los costes atribuibles a la EM en cada caso. Para medir la calidad de vida se emplea la escala Euro-Qol. Las respuestas de los pacientes se complementan con otras fuentes de datos como las historias clínicas, bases de datos informatizadas, los archivos del hospital, y organismos oficiales como el Servicio de Salud y el Instituto de Estadística. Se emplea el método estandarizado de coste de enfermedad.

Resultados. Se ha iniciado un estudio de coste de la EM, observacional, abierto, multicéntrico, con enfoque de prevalencia y desde la perspectiva de la sociedad en el que participan 7 comunidades autónomas de nuestro país. Obtendremos los costes directos, indirectos e intangibles de la EM, y el porcentaje de cada uno de ellos en el coste global de la enfermedad en nuestro país. Los costes se analizarán en cada uno de los 10 estadios de discapacidad. Asimismo, se calculará el coste adicional de un brote y del diagnóstico.

Conclusiones. Este es de los primeros trabajos en nuestro país que aborda el tema del coste de la EM en una población real de pacientes, en una muestra amplia e incluyendo diferentes comunidades autónomas. Aportará información relevante para la toma de decisiones en política sanitaria a la hora de asignar recursos eficientemente.

COSTES INTANGIBLES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

V. Casado, L. Gubieras, L. Romero-Pinel, S. Martínez-Yélamos, T. Arbizu, et al

Unidad de Esclerosis Múltiple, Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivos. La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, prevalente, crónica y discapacitante, que afecta predominantemente a adultos jóvenes y supone un importante coste socioeconómico. Los costes intangibles, derivados de las pérdidas de calidad de vida, dolor, desesperanza, ansiedad etc. causadas por la EM, no susceptibles a priori de valoración en el mercado, han sido infravalorados hasta ahora. Aumentan a medida que progresa la discapacidad. En enfermedades crónicas como la EM aspectos como la calidad de vida son cada vez más relevantes. La importancia de los costes intangibles resulta creciente para la Economía de la Salud, a la hora de evaluar el coste global de una enfermedad, ya que se han de cuantificar todos los costes a fin de adoptar medidas eficientes. El objetivo de este trabajo es estimar los costes intangibles de la EM, y como aumentan a medida que progresa la discapacidad debida a la enfermedad.

Métodos. Estudiamos pacientes afectos de EM controlados en la Unidad de EM del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), no preseleccionados. Los pacientes se agruparon en 5 estadios en función de su discapacidad medida con la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale de Kurtzke). Para medir la calidad de vida se empleó la escala analógica visual (EAV) del Euro-QoL, y a partir de las puntuaciones obtenidas se calcularon los años de vida ajustados por calidad de vida (AVAC), mediante una fórmula estandarizada. Estos AVAC se compararon con los de un grupo de controles sanos. El número de AVAC perdidos se multiplicó por el valor monetario de referencia asignado a 1 AVAC para obtener los costes intangibles. Se realizaron análisis de sensibilidad aplicando diferentes valores monetarios a un AVAC.

Resultados. Analizamos datos referentes a 211 pacientes, de características similares a las de la población general de EM atendida en nuestro medio, de edad media 41,6 años (DE 10,7) y sexo predominantemente femenino (69%). Los costes intangibles de la EM (euros/paciente/año) resultan de: 0 (para EDSS = 0), 1100 (EDSS = 1-3), 8250 (EDSS = 3,5-5,5), 9900 (EDSS = 6-7) y 11000 (EDSS > 7,5). Los análisis de sensibilidad corroboran el aumento de los costes intangibles a medida que progresa la discapacidad.

Conclusiones. Los costes intangibles son relevantes en una enfermedad crónica y discapacitante como la EM, especialmente al progresar la discapacidad, y deberán tenerse en cuenta en los estudios de coste de la enfermedad. Alcanzan hasta 11000 euros por paciente y año. Aunque existen controversias metodológicas para su cálculo, el que aquí presentamos, innovador, puede resultar sencillo, válido y útil en la evaluación económica.

ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE PEGFILGRASTIM FRENTE A FILGRASTIM ADMINISTRADO SEGÚN LA PRÁCTICA HABITUAL (6 INYECCIONES POR CICLO) EN LA PROFILAXIS PRIMARIA DEL CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA

R. Arocho, J. Darbà, G. Restovic, J. Mayordomo, A. López Pousa, et al

Amgen S.A.; Universitat de Barcelona; BCN Health Economics & Outcomes Research; Hospital Lozano Blesa; Hospital Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos. Presentar las razones de coste y efectividad incrementales (RCEI) de pegfilgrastim comparado con filgrastim administrado según la práctica habitual en profilaxis primaria del cáncer de mama en España en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) y años de vida ganados (AVG). La profilaxis primaria con filgrastim o con pegfilgrastim, ha sido recomendada en el 2006 por las guías clínicas de ASCO y EORTC cuando el riesgo de neutropenia febril (NF) fuese mayor al 20%. Pegfilgrastim (Neulasta®) es una formulación de acción prolongada de filgrastim (Neupogen®) que requiere menos inyecciones para controlar la neutropenia. Recientes estudios reportan que el pegfilgrastim reduce la duración de la neutropenia y la incidencia de NF en pacientes con tumores malignos tratados con quimioterapia citotóxica (con excepción de leucemia mieloide crónica y síndromes mielodisplásicos). Para evaluar el coste y la efectividad del pegfilgrastim, se desarrolló un modelo farmacoeconómico para España.

Métodos. Se construyó un modelo de decisiones desde la perspectiva del sistema nacional de salud. La población sujeta a estudio fueron mujeres de más de 45 años con cáncer de mama en estado II y que se hubiesen sometido a 4 ciclos de quimioterapia. La efectividad fue medida como AVAC y AVG. Sólo se consideran los costes directos del tratamiento, obteniéndose la RCEI. El riesgo de eventos de NF (varía según los días en tratamiento con filgrastim), los casos de muerte por NF, la intensidad de la dosis relativa (IDR) y el impacto de la IDR en la supervivencia se obtuvieron de la revisión de la literatura y fueron validados por un panel de expertos. La mortalidad por cáncer de mama y todas las otras causas de muerte se obtuvieron de los registros nacionales de cáncer y estudios estadísticos. Se realizó un análisis de sensibilidad sobre las variables clave.

Resultados. El caso base indica que las pacientes tratadas con pegfilgrastim tienen una mayor efectividad en el tratamiento que las tratadas con filgrastim (6 inyecciones), tanto en la reducción del riesgo de eventos de NF (7% vs. 17,5%), en AVG (16,49 vs. 16,37), como en AVAC ganados (15,35 vs. 15,25). El coste medio por paciente tratada con pegfilgrastim es de €4.242 y para filgrastim es de €2.779.

Conclusiones. Los resultados de RCEI muestran que pegfilgrastim es coste-efectivo en España con RCEIs comparado con filgrastim utilizado durante 6 días por ciclo de 13.180€ por AVG y 13.933€ por AVAC ganado. El coste estimado por AVG está por debajo del umbral en España de 30.000€/AVG.

APLICABILIDAD Y VALIDEZ DE UNA MEDIDA DE UTILIDAD MULTI-ATRIBUTO (SF-6D) EN LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

U. Martín, S. Esnaola, Y. Pérez, R. Ruiz, E. Aldasoro, et al
O+Berri Instituto Vasco de Innovación Sanitaria; Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.

Objetivos. El SF-6D es una medida de utilidad multi-atributo derivada del Cuestionario de Salud SF-36. El algoritmo de cálculo del SF-6D fue estimado a partir de una muestra poblacional en Inglaterra (Brazier et al 2002). El objetivo de este estudio fue evaluar la aplicabilidad y validez de constructo del SF-6D en la población general de la CAPV.

Métodos. Se obtuvieron los valores del SF-6D aplicando el algoritmo de Brazier a los resultados del SF-36 obtenidos en la Encuesta de Salud de la CAPV 2002 (n=8.398 mayores de 15 años rellenaron el cuestionario individual). Como indicadores de la aplicabilidad se valoró la tasa de no respuesta de la Encuesta, y a los ítems del SF-36 necesarios para la obtención del SF-6D. Para estudiar la validez de constructo, mediante el análisis de covarianza, se examinó la asociación ajustada por edad de las puntuaciones del SF-6D con otras medidas de salud percibida. Con el fin de analizar la capacidad discriminante del SF-6D respecto a las medidas de salud percibida, se utilizaron curvas ROC. Para el cálculo de las varianzas se tuvo en cuenta el efecto del diseño muestral.

Resultados. La tasa de respuesta de la Encuesta fue del 86% para los hogares y del 93% para el cuestionario individual. En estos últimos, se pudo estimar el SF-6D para el 99,5% de las personas. El valor del SF-6D fue de 0,839 en varones y 0,803 en mujeres, siendo el rango en ambos sexos de 0,296 a 1. El estado de salud más frecuente agrupó al 6,1% de los varones y al 4,0% de las mujeres. Las puntuaciones medias descendieron con la edad en varones (16-24 años: 0,870 >=75 años: 0,757) y en mujeres (16-24: 0,838 >=75: 0,703). Las puntuaciones decrecieron significativamente al empeorar la salud, en ambos sexos, en todas las variables de salud analizadas. En el caso de la autovaloración de la salud, las puntuaciones decrecieron significativamente a medida que la salud empeoraba en los diferentes subgrupos según sexo y edad, nivel de estudios y clase social. Los resultados de las curvas ROC mostraron un alto poder discriminante del SF-6D en todas las variables de salud analizadas.

Conclusiones. Estos resultados muestran la alta validez y aplicabilidad del SF-6D en una muestra poblacional. Su fácil obtención a partir de datos del SF-36 y su capacidad para discriminar entre estados de salud en la población general, hacen que sea una medida recomendable para estudios poblacionales. Además, se cuenta con valores de referencia de esa medida en la población de la CAPV.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICOCOUTERINO ENTRE SERVICIOS INTEGRADOS DE ATENCIÓN EN COSTA

A. Aparicio-Llanos y M. Morera-Salas
Universidad de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos. Medir los resultados en la detección temprana y abordaje oportuno del cáncer cervicouterino e identificar patrones geográficos de baja cobertura de Papanicolaou en los tres servicios integrados que conforman el sistema público de salud de Costa Rica.

Métodos. Para medir el proceso de detección temprana se calculó el porcentaje de cobertura de Papanicolaou ajustada por edad en el bienio 2004-2005. En el abordaje oportuno se evaluaron los tiempos de derivación de la citología alterada y de la confirmación diagnóstica y tratamiento, mediante la aplicación del protocolo y guía de abordaje de la mujer con citología cervical alterada. Esto se realizó mediante muestras aleatorias de 3.994 historias clínicas a 103 áreas de primer nivel y 1.275 historias clínicas en ocho áreas de salud de segundo nivel y 23 hospitales generales, en el año 2005. En la identificación de patrones geográficos se usó el índice de cobertura estandarizada de Papanicolaou, utilizando el mapa de Costa Rica segregado en tres servicios integrados de salud.

Resultados. En el período 2004-2005, la cobertura de Papanicolaou ajustada por edad fue de 42% en los servicios 1 y 3 y de 50% en el servicio 2. Se determinó un patrón geográfico de baja cobertura de Papanicolaou en los servicios integrados 1 y 3, específicamente en la zona costera del Caribe, frontera norte con Nicaragua y centro del país. El servicio integrado 3 registró el mayor porcentaje de áreas con cobertura de Papanicolaou inferior al promedio nacional (55,65%). El cumplimiento de la norma en el tiempo de derivación de la citología alterada fue superior al 97% en los tres servicios integrados y el cumplimiento del tiempo para la confirmación diagnóstica (Colposcopia), fue de 66%, 68% y 83% en los servicios integrados 1, 2 y 3 respectivamente.

Conclusiones. La cobertura de Papanicolaou en las mujeres mayores de 14 años fue del 44%, que resulta la mitad de la recomendada por la Norma de Atención (85%). La oportunidad en derivación de la citología alterada no se logró en un 40% de la muestra, debido en un 46,2% a que la mujer llega tarde a solicitar la cita para colposcopia y en un 53,8% porque los centros de salud incumplen con el tiempo que establece la norma. Por lo que se recomienda determinar los factores que inciden en que la mujer no llegue a tiempo a solicitar la cita para la confirmación diagnóstica y abordaje y los elementos que condicionan la oportunidad en la atención de citologías alteradas por parte de los centros de salud.

IMPACTO PRESUPUESTARIO Y COSTE POR ÉXITO DE INTRODUCIR VARENICLINA, UN NUEVO MEDICAMENTO PARA TRATAR EL TABAQUISMO

J. Fernández de Bobadilla, C. Sánchez, O. Arroyo, V. Sanz de Burgoa
Pfizer SA; Instituto Euroclín.

Objetivos. El tartrato de Vareniclina (Champix®) es un nuevo medicamento para dejar de fumar, agonista parcial de receptores $\alpha 4\beta 2$ de la nicotina. El objetivo es estimar el impacto presupuestario en los Sistemas de Salud, tras la comercialización de Vareniclina bajo el supuesto de que se financiarán todos los medicamentos para dejar de fumar (Vareniclina, Bupropion y TSN con y sin receta).

Métodos. Se basa en un modelo de Markov bajo la perspectiva de los Sistemas de Salud. Los costes (a PVL) corresponden sólo a los de adquisición de todos los medicamentos. No se tienen en cuenta los ahorros producidos por disminución de costes sanitarios directos. Se consideraron los datos específicos de población de cada CCAA, el % de fumadores y el % que intentan dejar de fumar con medicamentos. Los efectos se toman de los resultados de eficacia (abstinencia de un año) de los ensayos clínicos: Vareniclina (22,5%), Bupropion (15,7%) y TSN (15,5%). Se asumió un crecimiento del % de sujetos que optarían por el tratamiento de prescripción de un 5% absoluto al año y un aumento de la participación de mercado de Vareniclina de un 5% absoluto al año. Se estimó además el coste por éxito (abstinencia de un año) tras la comercialización de Vareniclina considerando costes y efectos de todos los medicamentos.

Resultados. A continuación, en un horizonte temporal de 4 años, los costes de financiar todos los medicamentos para dejar de fumar (Vareniclina Bupropion, sustitutos de nicotina con y sin receta) para cada una de las CCAA, en miles de €. Andalucía: 1.208 (año 2007); 3.485 (año 2008); 6.041 (año 2009); 8.872 (año 2010). Aragón: 187, 540, 937 y 1.378. Asturias: 165, 478, 833, 1.230. Baleares: 151, 151, 436, 1.114. Cantabria: 86, 248, 429 y 630. Canarias: 299, 862, 1.492 y 2.188. Castilla la Mancha: 259, 753, 1.314 y 1.941. Castilla León: 170, 496, 863 y 1.278. Cataluña: 989, 2.889, 5.054 y 7.487. Ceuta y Melilla: 18, 52, 90 y 132. Extremadura: 163, 472, 823, 1.215. Galicia: 362, 1.060, 1.859 y 2.761. Madrid: 900, 2.625, 4.587, 6.787. Murcia: 194, 559, 969 y 1.424. Navarra: 92, 267, 466 y 690. País Vasco: 327, 951, 1.657 y 2.447. Rioja: 43, 126, 221 y 328. Valencia: 725, 2.095, 3.635 y 5.345. El coste promedio por paciente extra tras la comercialización de Vareniclina no superaría los 107 € por éxito en 2010.

Conclusiones. El impacto presupuestario de la financiación de todos los medicamentos para dejar de fumar, Vareniclina, Bupropion y terapia sustitutiva de nicotina, incluso bajo el supuesto de mayor coste, que incluiría la financiación de sustitutos de nicotina comprados sin receta en la farmacia, es asumible. La eficiencia de financiar todos los medicamentos para dejar de fumar es excelente, teniendo en cuenta el bajo coste por éxito conseguido.

COSTE-EFECTIVIDAD DEL MANEJO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR CON ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PREVENTIVO BASADAS EN ATORVASTATINA

J. Fernández de Bobadilla, P. Mata, I. Méndez, R. Alonso y M.A. Hernández

Pfizer; Unidad de Lípidos Fundación Jiménez Díaz; TAISS.

Objetivos. La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es un trastorno hereditario del metabolismo del colesterol debido a una mutación que cursa con colesterol LDL alto y alto riesgo de enfermedad cardiovascular prematura. Para evaluar la eficiencia de distintas estrategias preventivas se ha desarrollado un modelo de coste-efectividad de Atorvastatina en monoterapia, a dosis de 40 mg y 80 mg (A40, A80), o en combinación con Ezetimibe 10mg (A40+E10, A80+E10), frente al tratamiento hipolipemiente en la práctica clínica de los pacientes con HF.

Métodos. Modelo poblacional longitudinal con el tiempo de esperanza de vida como horizonte temporal, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Para modelar la efectividad en años de vida ganados (AVG) al disminuir la mortalidad cardiovascular, se utilizaron tablas de vida de población española (2002) modificadas con la tasa de mortalidad estandarizada para la población con HF (1,59; IC-95%=1,07-2,26). La efectividad del tratamiento se calculó a partir de ensayos clínicos publicados y se transformó en reducción de la mortalidad CV debida a disminuir el riesgo (Framingham risk score). Los costes (2005) considerados fueron los de las estatinas y los del manejo clínico y farmacológico de los supervivientes. Se descontaron los efectos al 3% y los costes al 6%. El escenario basal fue el tratamiento habitual de los pacientes incluidos en el Registro español de HF.

Resultados. El tratamiento preventivo en la HF a tiempo de esperanza de vida: 1) En el escenario basal como figura en el Registro, suponría 1,97 AVG por paciente respecto a no tratar, con un coste de estatinas (CE) de 5.321€ y otros costes de manejo (CM) de 23.389€: un 81,5% del total (CT) (28.710€). 2) Tratar con A40 suponría 2,59 AVG, reducción del 4,5% del CM sobre el manejo habitual, y un CT de 30.569€. 3) Con A80, 2,75 AVG, reducción del 6,4% del CM, y CT de 30.133€. 4) Con A40+E10, 3,38 AVG, CM de 14,3% y CT de 36.104€; y 5) con A80+E10, 3,62 AVG, un 17,6% de reducción de CM y CT de 35.317€. De más a menos eficiente, el CEI de ganar un año de vida extra respecto al escenario basal (mejor-peor): a) con A80: 1.821€ (5.699€-3.19€), b) con A40: 3.012€ (7.941€-1.241€), c) con A80+E10 4.021€ (9.978€-1.616€) y d) con A40+E10 5.250€ (12.221€-2.589€).

Conclusiones. El manejo preventivo de los pacientes con HF con pautas basadas en Atorvastatina reporta ganancias en AVG a un coste socialmente aceptable dentro de los umbrales de eficiencia aceptados internacionalmente. La eficiencia mayor se consigue al pautar Atorvastatina 80 mg en monoterapia. Cuando Atorvastatina 80 mg no sea suficiente para alcanzar el objetivo de LDL añadir Ezetimibe puede producir un efecto adicional a un coste incremental asumible.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR PARA LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

J.J. Cerezo-Espinoso de los Monteros, R. Villegas-Portero, L. García-Mochón, A. Olry de Labry Lima y C. Bermúdez-Tamayo
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos. Conocer la evidencia científica disponible sobre la seguridad, eficacia y costes del tratamiento endovascular de la enfermedad cerebrovascular.

Métodos. Revisión sistemática de seguridad y efectividad. Fuentes: Medline, Embase, INAHTA, Cochrane Library, National Guidelines Clearinghouse, Agencias no INAHTA y Webs de Sociedades Científicas. Criterios de inclusión: Diseño: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados con grupo control, series de casos prospectivas. Pacientes: ictus más un tratamiento estándar y enfermedad estenótica carotídea o intracraneal sin síntomas. Intervención: angioplastia carotídea y angioplastia intracraneal. Comparación: endarterectomía carotídea y tratamiento antiagregante. Resultados: mortalidad, pacientes con ictus, daño neurológico, otras complicaciones, éxito del procedimiento, estenosis residual, reestenosis. Evaluación económica: desde la perspectiva del Sistema Sanitario, se calcularon los cocientes coste/efectividad (análisis coste efectividad) y coste/AVAC (análisis coste-utilidad). Se realizó un análisis de sensibilidad.

Resultados. Seguridad y efectividad: en el territorio carotídeo, no se encontraron diferencias de resultados para mortalidad e ictus. Evaluación económica: costes totales directos 4.319,67€ para la Endarterectomía y 5.622,22€ para el tratamiento endovascular. La intervención endovascular fue la alternativa más costo-efectiva (seguimiento de 1 año, estudio SAPPHIRE; seguimiento de 30 días, estudio CAVATAS). La Endarterectomía fue la estrategia más costo efectiva a los 30 días para el estudio SAPPHIRE. Análisis de coste-utilidad: menor ratio coste/AVAC para la Endarterectomía (seguimiento 30 días, estudios SAPPHIRE y CAVATAS). Cirugía endovascular para un año de seguimiento (estudio SAPPHIRE). Análisis de sensibilidad: el ratio coste-utilidad está muy afectado por los años de vida ganados.

Conclusiones. La calidad de la evidencia científica disponible es limitada. No existen diferencias entre ambos tratamientos en el territorio carotídeo, y para el intracraneal no existe evidencia. Estrategia más costo-efectiva y con mejor coste-utilidad (carótida, 1 año de seguimiento): tratamiento endovascular. Para un seguimiento de 30 días, la Endarterectomía. Si no puede emplearse el tratamiento estándar, el tratamiento endovascular puede ser una alternativa. Implicar de manera especial al paciente en la toma de decisiones.

LOS MÉDICOS EXTRANJEROS EN EL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA. ANÁLISIS DE UNA REALIDAD CAMBIANTE

M. Bruguera-Cortada, B. Camps-Fondevila y M. Soler-Fabregas
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Objetivos. EL escenario de la demografía médica en España, en un intervalo muy corto de tiempo (unos escasos cinco años) ha cambiado de manera notable en un aspecto esencial: de la percepción de "exceso" de médicos de no hace muchos años, se ha pasado hoy en día a la percepción contraria de "carencia". En este marco, el fenómeno de migraciones internacionales de médicos forma parte de los factores de una demografía médica cambiante en términos de género, edad, especialidad, distribución en el territorio... En el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona se ha registrado un aumento continuado y creciente de colegiaciones de médicos extranjeros, lo cual es un factor clave en el proceso de cambio del perfil del colegiado. Por ello, ha resultado de sumo interés realizar un estudio que permite al COMB constatar cual es el perfil sociodemográfico y académico de los colegiados extranjeros, su evolución a lo largo del tiempo, y su incidencia a futuro.

Métodos. Análisis cuantitativo de los datos colegiales, para establecer un perfil sociodemográfico (país de origen, género, edad) y académico (universidad de licenciatura, participación en el MIR) de los médicos extranjeros, así como de su evolución reciente e incidencia a futuro en la demografía colegial.

Resultados. Perfil diferenciado de los médicos extranjeros con respecto a los nacidos en Cataluña o el resto de España: más masculinizados, más jóvenes, con importante predominancia de América Latina como origen. Evolución al alza en los últimos años, diversificación del perfil, y pujanza de los países del este de Europa.

Conclusiones. Resulta necesario, ante este nuevo escenario: 1. Reforzar el papel de los colegios profesionales como garantes del acceso al ejercicio profesional, y de la calidad de la praxis médica. 2. Realizar análisis de la proyección de necesidades de profesionales a futuro.

COSTE-EFECTIVIDAD E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE UN PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN PACIENTES INTEVENIDOS DE FRACTURA DE CADERA

M. Izuel, M. Gómez, J. Cuenca, J.A. García Erce, M.J. Rabanaque, et al

H.U. Miguel Servet; Universidad de Zaragoza.

Objetivos. Evaluar la efectividad y el coste de un Protocolo de Ahorro de Sangre (PAS) destinado a evitar la transfusión sanguínea en pacientes ancianos intervenidos quirúrgicamente de fractura de cadera trocánterea.

Métodos. Se evaluó el coste-efectividad y el impacto presupuestario desde la perspectiva del hospital, de un PAS que incluía la aplicación de criterios transfusionales restrictivos, y la administración de hierro intravenoso y epoetina alfa 40000 UI, frente al no tratamiento, en pacientes mayores de 64 años intervenidos de fractura de cadera trocánterea. La efectividad del PAS se valoró mediante el % de pacientes transfundidos (global y tras la intervención), número de concentrados de hemáties transfundidos, % pacientes con infección durante la hospitalización y estancia hospitalaria postquirúrgica. Los costes evaluados, fueron de fármacos según precio de venta a laboratorio y sangre y pruebas diagnósticas según tarifas oficiales.

Resultados. Se incluyeron 132 pacientes consecutivos, 43 de PAS frente a 89 de no tratamiento. El PAS se mostró efectivo en reducir la frecuencia de transfusión, sobretudo en el postoperatorio, y el número de concentrado de hemáties transfundidos. No se encontraron diferencias significativas ni en la duración de la estancia ni en la frecuencia de infección. El coste efectividad incremental del PAS frente a su alternativa fue de 2886,5€ [2126,9-4490,1] por paciente no transfundido a lo largo del ingreso; 1719,6€ [145,64-2104,7] por paciente no transfundido tras la intervención; 898,0€ [662,5 -1303,6] por concentrado de hemáties ahorrado; 5773,0 [4001,9-10361,8] € por infección evitada y -1836,86 [1443,25 - -561,26]€ por día de estancia ahorrado. Considerando una población diana anual de 400 pacientes, la generalización del PAS, frente a su alternativa, supondría un aumento en los costes anuales de 161644€ [92468-230904], y se evitarían 56 [36-76] transfusiones, 94 [77-111] transfusiones tras la intervención, se ahorrarían 180 [124-244] concentrados de hemáties, y se evitarían 28 [16-40] infecciones. No quedaría claro el efecto sobre la estancia. Si se excluyen los pacientes en los que no se aplicó correctamente el PAS (16%), aumenta significativamente la efectividad del PAS. Si se consideran los costes reales de adquisición de los fármacos disminuyen significativamente los costes asociados al PAS.

Conclusiones. El PAS se mostró efectivo en reducir la transfusión en los pacientes evaluados, pese a no ser aplicado correctamente en un porcentaje importante de éstos. El análisis de impacto presupuestario mostró incrementos de costes moderados con la generalización del PAS, que además fueron sensibles a variaciones en el precio de los fármacos de elevado coste utilizados.

ANÁLISIS SEIS-SIGMA PARA LA MEJORA DEL PLAZO DE ENTREGA DE PROVEEDORES

I. Muñoz-Machín, V. Jiménez, M. Bermejo y P. Antoñanzas

Fundación Hospital Calahorra.

Objetivos. Reducir el plazo de entrega de la mercancía suministrada por los proveedores en el almacén general. Disminuir la valoración económica del stock del almacén general. Minimizar el riesgo de roturas de stock. Ajustar la desviación estándar del proceso, aumentando el sigma del mismo.

Métodos. Para la realización del estudio se ha aplicado la metodología Seis-Sigma y su correspondiente ciclo DMAIC; Definir-Medir-Analizar-Implantar-Controlar. Como herramienta informática para el análisis estadístico se ha empleado Minitab y el histórico de datos del hospital desde el año 2002.

Resultados. El análisis gráfico y la estratificación de los datos con Minitab ha permitido establecer diferentes estrategias en función de las variables críticas que han resultado clave para cada grupo de proveedores según su ponderación ABC. Mediante el análisis de la capacidad del proceso en Minitab se ha detectado que existían desajustes importantes entre los límites del proceso definidos por el hospital y la capacidad real disponible para el proveedor. El análisis multivariable ha permitido detectar correlaciones no esperadas y que influían de forma decisiva en los indicadores.

Conclusiones. La mejora en el plazo de entrega de los proveedores mejora el sigma de otras variables como el nivel de stock del almacén general, el número de roturas de stock o el plazo correctivo de dichas roturas de stock. La estratificación de los datos y la correlación de variables permite delimitar criterios de evaluación de proveedores. Seis Sigma se valida como una herramienta válida para realizar estudios de capacidad de los procesos logísticos.

¿CUÁNDO ES UN BIEN DE LUJO EL GASTO EN SALUD? UN ANÁLISIS DE METAREGRESIÓN

J. Costa, M. Gemmill y G. Rubert

London School of Economics Health and Social Care; Centre d'Anàlisi Econòmica i de les Polítiques Socials (CAEPS), Universitat de Barcelona; Departament de Teoria Econòmica, Universitat de Barcelona.

Objetivos. Determinar si el gasto agregado en salud es un bien de lujo a partir de las estimaciones previas y descomponer los procesos que determinan la dimensión de ciertas estimaciones.

Métodos. Se realiza un análisis de metaregresión del valor de la elasticidad renta del gasto en salud a partir de las estimaciones obtenidas en los trabajos previos que han sido publicados en las revistas de economía.

Resultados. Se observa que la elasticidad renta es cercana a la unidad para datos nacionales, aunque se sitúa alrededor de 0.5 para datos regionales, hecho que sugiere evidencia de externalidades en el consumo.

Conclusiones. Se plantean dudas razonables sobre el eventual valor superior a la unidad de la elasticidad renta de los servicios sanitarios, que sugieren que están sujetos a una elevada heterogeneidad así como a externalidades.

EVALUACIONES ECONÓMICAS COMO INSTRUMENTO DE SOPORTE A LA GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

D. Magem, A. Gilabert, J.M. Argimon, et al

CatSalut; Institut Català de Serveis Mèdics SA; Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques; Centre de Recerca en Economia i Salut (Universitat Pompeu Fabra); Fundació Dr. Robert.

Objetivos. Estandarizar la metodología y desarrollar estudios de evaluación económica y impacto presupuestario en la toma de decisiones en la prestación farmacéutica, fomentando así la eficiencia de gestión.

Métodos. Creación a finales de 2004 de la Comisió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari (CAEIP), centralizada en el CatSalut y formada principalmente por personas con una amplia y reconocida experiencia en estudios de investigación y análisis en el ámbito de la economía de la salud y de evaluación de medicamentos. Se le asigna, entre sus funciones, la de realizar revisiones farmacoeconómicas de los principales grupos terapéuticos.

Resultados. Las revisiones sistemáticas se centran en evaluaciones sobre grupos de medicamentos utilizados para la/s misma/s indicación/es. Para la determinación de los grupos de medicamentos a evaluar se establecen unos criterios de selección relacionados con la prevalencia, la indicación principal, la variabilidad en la práctica clínica, la posibilidad de cambios en los resultados en salud, las variaciones en el coste de los tratamientos en función de las posibles alternativas, y el volumen y tendencia del gasto farmacéutico que representan. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de las publicaciones existentes, con la finalidad de conseguir la mayor cantidad de bibliografía y información disponible, se realiza una petición a los laboratorios implicados para que aporten toda la documentación fármaco-económica que estimen oportuno a fin de ser valorada en la revisión. Posteriormente la CAEIP emite un dictamen donde se relacionan las conclusiones de la revisión sistemática y donde se establecen unas consideraciones en base a dichas conclusiones y a la evidencia disponible. Se han realizado dos revisiones sistemáticas, con sus respectivos dictámenes, sobre estudios de evaluación económica en las áreas del aparato digestivo (inhibidores de la bomba de protones) y del colesterol (estatinas).

Conclusiones. La CAEIP, enmarcada dentro de las medidas de gestión del plan estratégico de la prestación farmacéutica del CatSalut, ha permitido definir y estandarizar los criterios de priorización y elaboración de informes sobre evaluaciones económicas, potenciado así el perfil fármaco-económico y reforzando el concepto del coste de oportunidad en las decisiones de prescripción. Los dictámenes de la CAEIP son un instrumento de apoyo a la gestión que sirven de recomendación para una selección eficiente de medicamentos por parte de los proveedores de salud con el objetivo de maximizar el beneficio de los recursos empleados.

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS LESIONES DE AORTA TORÁCICA (AT)

J.J. Cerezo, R. Villegas, L. García, A. Orly de Labry y C. Bermúdez

AETSA; Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos. Evaluar la seguridad, eficacia y costes del tratamiento endovascular en pacientes con aneurisma de AT.

Métodos. Seguridad y efectividad. *Fuentes de información:* Medline, Embase, INAHTA, Cochrane Library, National Guidelines Clearinghouse, Agencias no INAHTA y Webs de Sociedades Científicas. Criterios de inclusión: Diseño: informes de agencias de evaluación, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios experimentales y estudios observacionales multicéntricos o con grupo control. Pacientes: aneurisma de AT. Intervención: tratamiento endovascular. Comparación: cirugía abierta. Resultados: mortalidad, complicaciones relacionadas con el stent, complicaciones no relacionadas con la prótesis, otras complicaciones, éxito de la intervención, cambios en el tamaño del aneurisma, conversión de urgencia a cirugía abierta, estancia media, experiencia del cirujano. *Evaluación económica* Análisis coste efectividad utilizando como medida de efectividad los casos encontrados vivos (o casos supervivientes). Los costes de las intervenciones se obtuvieron de la literatura, y para las complicaciones se utilizaron los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Todos los costes se actualizaron al año 2005. El horizonte temporal fue de 2 años, y la tasa de descuento del 3%.

Resultados. Seguridad y efectividad. Éxito en la intervención: 73-100%. Conversión de urgencia a cirugía abierta: 0-22%. Estancia media y transfusiones menores para el tratamiento endovascular. Mortalidad tardía 8-20%. Complicaciones del stent: pérdidas 0-53%, fractura 0-13%, migración 0-16%. Infarto de miocardio 1-4%, paraplejía 0-12%, ictus 0-13%, daño en la puerta de entrada vascular 2,3-8,4%, fallo renal 0-11%, necesidad de ventilación mecánica 2,4-11,7%. La experiencia de los cirujanos tiene un efecto claro sobre los resultados del tratamiento endovascular. *Evaluación económica* Costes directos: para el stent 29.611,22 € (a los 30 días), 28.301,34 (1 año), 27.797,61 (2 años); para la cirugía abierta 26.327,97€ (a los 30 días), 27.308,81€ (1 año), 28.034,89€ (2 años). Alternativa más coste efectiva (1 y 2 años): tratamiento endovascular (tras 1 año, estrategia dominante). Tras dos años, el ratio coste efectividad incremental de la cirugía abierta frente al tratamiento endovascular fue de 5,70 €. El análisis de sensibilidad no cambió las conclusiones (excepto para conversión a cirugía abierta).

Conclusiones. Tratamiento endoluminal: alternativa prometedora pero en fase experimental. Calidad de la evidencia científica: limitada. La experiencia previa de los cirujanos influye mucho en los resultados. Es necesario implicar de manera especial al paciente en la toma de decisiones. Estrategia más coste efectiva: tratamiento endovascular.

UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS EXTERNAS EN CATALUNYA

A. Gilabert, A. Prat, D. Magem y A. Moral

CatSalut.

Objetivos. Estudiar la dispensación de prótesis de miembro inferior y superior, y de otros miembros, en relación al número de usuarios, y a su edad y género.

Métodos. Estudio descriptivo de la prescripción de prótesis de miembro inferior y superior, y de otros miembros (prótesis mamarias, palatinas, para la restauración de la cara, etc.), en el ámbito del CatSalut. Los datos se han agrupado a nivel de grupo de artículos, identificando el número de usuarios, el número de artículos, el gasto, el gasto por usuario, por tramos de edad y género. Período: 2003-2006. Los datos proceden de la aplicación de ortopedia del CatSalut.

Resultados. La prevalencia en el uso de prótesis externas en Catalunya es de 20.764 usuarios (un 0,29% de la población de Catalunya), siendo un 78% mujeres y un 22% hombres. Si se extraen del estudio las prótesis mamarias, los usuarios de prótesis externas se reducen a 6.969, siendo un 67% hombres y un 33% mujeres. La incidencia para el año 2006 es de 6.573 usuarios (un 0,09% de la población de Catalunya). En el período estudiado, se observa un mayor número de usuarios de prótesis de miembro inferior (4.641) que de miembro superior (266), siendo los pies protéticos los más usados (2.936 usuarios, 2.225 hombres y 711 mujeres). A continuación se observa un alto uso de prótesis femorales (1.792 usuarios, 1.268 hombres y 524 mujeres), y prótesis tibiales (1.790 usuarios, 1.340 hombres y 450 mujeres).

Conclusiones. El hecho de conocer estos datos y su distribución, permite, a partir de la utilización de artículos ortoprotésicos, conocer la distribución de la carga de morbilidad y planificar las intervenciones.

ADECUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATA. MÉTODO RAND

G. Navarro-Rubio, M. Bare-Mañas y T. Pujol-Domingo
Unidad de Epidemiología y Evaluación, Corporación Parc Taulí.

Objetivos. El grupo de trabajo de uso apropiado de la red temática IRYSS ha desarrollado criterios explícitos de indicación de la cirugía de catarata. El objetivo del estudio es aplicar dichos criterios explícitos desarrollados según la metodología RAND, para identificar el grado de utilización apropiada de la intervención de catarata por facoemulsión.

Métodos. Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de pacientes con indicación de cirugía de catarata en la Corporación Parc Taulí desde noviembre del 2004 hasta diciembre de 2006. Se excluyeron pacientes menores de 17 años y mayores de 90 y pacientes con procesos malignos, patologías orgánicas o psiquiátricas que les impidan colaborar en el estudio. Se recogieron variables sociodemográficas, enfermedades asociadas, otras enfermedades oftalmológicas, evaluación oftalmológica pre y post intervención, datos de la intervención de la catarata y de las complicaciones durante la intervención. Se aplicaron los criterios explícitos desarrollados por la Corporación RAND y basada en el trabajo con un grupo de expertos, para calcular la tasa de indicación apropiada.

Resultados. El número de pacientes incluidos en el estudio fue de 426 con una media de edad de 73,3 años, de los cuales se han operado el 99 % (n=420). El 62 % de los pacientes eran mujeres, el 56 % no trabajaba y el 67 % presentaba una agudeza visual en el ojo a operar $\leq 0,4$. Antes de la intervención el 23 % presentaba limitación en las actividades de la vida diaria, 24 % limitación en las actividades de ocio y un 53 % disconfort. Respecto a la comorbilidad presentada, un 5 % de los pacientes eran diabéticos sin retinopatía asociada, un 5 % presentaba glaucoma y un 6 % maculopatías antes de la intervención. Un 55 % (IC 95%: 49,6-60,3) de los pacientes intervenidos de catarata simple, la indicación fue adecuada y en un 18 % (IC95%:13,5-21,7) inadecuada. La apropiación corresponde en mayor frecuencia al escenario de catarata simple con agudeza visual en el ojo operado $\leq 0,4$ y dificultades para desarrollar las actividades de ocio o disconfort con complejidad técnica baja. Mientras que la inapropiación corresponde a pacientes con catarata simple, agudeza visual del ojo a operar $\geq 0,5$ y sin alteraciones visuales o con limitaciones en actividades de ocio. En un 39 % está dudosa la indicación de catarata.

Conclusiones. Hasta la actualidad el 55 % de los pacientes incluidos en el estudio siguen los criterios de adecuación desarrollados y el 18 % se consideran inapropiados. La aplicación de criterios de adecuación permitirá la autoevaluación y el análisis de la adecuación en relación a los resultados clínicos.

LA GOBERNANZA: UNA REFORMA MÁS COOPERATIVA DE ENTENDER LAS RELACIONES INSTITUCIONALES SANITARIAS

L.C. López-Cabello, R.V. Rodríguez-Vedía y P.V. Pablo-Vázquez
Consejería de Salud, Delegación de Salud de Córdoba; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Hospital Público de Montilla (Córdoba).

Objetivos. Mientras que el concepto de gobierno se sustenta en formas jerárquicas de soberanía y control de instituciones y autoridades públicas, la gobernanza recalca la idea de la mediación entre autoridades y la sociedad civil.

Métodos. Método empírico de estudio sobre la normativa desarrolla por la Comunidad Europea y otras Instituciones, del concepto de la sociología política dentro de la construcción de la Unión Europea, denominada Gobernanza: a) La Gobernanza Europea, Libro blanco. Comisión de las Comunidades Europeas, b) Universidad de Córdoba. Facultad de Ciencias del Trabajo. Desarrollo de la signatura, c) Gobernanza. Revista internacional para el desarrollo humano. Barcelona, d) Gobierno de Cantabria, Plan de Gobernanza del gobierno de Cantabria.

Resultados. La gobernanza recalca la idea de la mediación entre autoridades y la sociedad civil: el estado, las instituciones sociales no estatales (públicas y privadas) y los actores sociales participan y cooperan en la formulación e implementación de políticas públicas. La gobernanza se refiere a una cierta delegación de funciones a los actores civiles. Se considera como una estructura moderna caracterizada por la autonomía corporativa de los actores y por la creación de redes entre organizaciones. Es un modo de gobierno en un marco de integración europea para dar respuesta a la complejidad de gestión política en el contexto de la globalización que van mas allá del estado-nación.

Conclusiones. Podemos concluir con dos puntos de vista, el primero relativo a la posición menos optimista en su aplicación y un segundo punto de vista más optimista. Punto de vista más optimista: con concepto gobernanza proporciona un nuevo marco para el desarrollo de iniciativas de reglamentación en el ámbito supranacional, poniendo de manifiesto la capilaridad que debe de existir entre gobierno, sociedad civil y agentes sociales. Punto de vista menos optimista: se plantea que alrededor del concepto gobernanza se han desarrollado una serie de principios de subsidiariedad, normas no vinculantes, reglamentos, directrices dentro de la Unión Europea que al no ser un gobierno propiamente dicho, sino una espacio institucional de coordinación y articulación de políticas, hace que cada país en su idiosincrasia interprete y actúe de distinta manera. Temas relativos a Planes con entidades locales, subvenciones a terceros, inversiones en infraestructura sanitaria, apoyo a mujeres... todo ellos a partir de cinco principios de actuación: apertura, participación, responsabilidad, eficacia y coherencia.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS ALTERNATIVAS DEL CRIBADO PRENATAL DEL SÍNDROME DE DOWN

J.L. Lapuente-Troncoso, M. López de Argumedo González de Durana, M.L. Iruretagoiena-Sánchez, J. Taboada-Gómez, M.A. Gutierrez-Iglesias, et al

Osteba. Servicio de Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Gobierno Vasco; Hospital de Cruces. Osakidetza.; Hospital de Mendaro. Osakidetza.

Objetivos. 1. Identificar las alternativas más efectivas y seguras para el cribado del síndrome de Down (SD) basadas en marcadores serológicos y/o ecográficos, 2. Identificar la alternativa más coste/efectiva.

Métodos. Para objetivo 1: Búsqueda bibliográfica; Criterios de inclusión: a) Estudios que comparen el rendimiento de las pruebas y programas de cribado en cohortes prospectivas, b) Revisiones sistemáticas publicadas que comparen las diferentes alternativas. Para el Objetivo 2: Análisis económico según método del estudio SURUSS; Utilizando las alternativas más relevantes para el cribado del SD se estimaron: a) Coste global del programa para la población del Estado, b) Coste por caso de SD confirmado para cada alternativa. Precios aplicados: Media ponderada de precios actualizados de las Comunidades del conjunto del Estado español.

Resultados. Las alternativas analizadas han sido la Prueba Integrada, la Prueba Integrada Sérica, la Prueba Secuencial Escalonada, la Prueba Contingente, la Prueba en dos fases del primer trimestre y la Prueba Combinada. La Prueba Integrada que incluye marcadores del 1º y 2º trimestre es la alternativa que presenta mayor rendimiento diagnóstico. La estrategia más coste-efectiva, según nuestro análisis, es la Estrategia en Dos Fases del primer trimestre seguida de la Prueba Integrada y la Prueba Combinada del 1º trimestre.

Conclusiones. La Prueba Integrada con marcadores del 1º y 2º trimestre de gestación es la más efectiva. Las pruebas del 1º trimestre de embarazo presentan también una efectividad adecuada, una buena relación coste-efectividad y además aportan una información precoz que permite tomar una decisión temprana. A la hora de optar por la aplicación de una alternativa concreta será necesario tener en cuenta las preferencias de las mujeres así como las dificultades de implementación de cada prueba.

MODELO NUTRICIONAL DE GESTIÓN DE CALIDAD

A.M. Gallo, S. Doso, L. Rodríguez, C. Peretti, D. Vitali, et al

Hospital Pirovano; Ministerio de Salud; Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos. Aplicar y evaluar un Modelo de Gestión de Calidad en la atención Nutricional de embarazadas y niños hasta el primer año de vida. A través de un Programa Nutricional para la Madre y el Niño, con criterios de enfoque en la satisfacción del usuario, liderazgo, desarrollo del personal, planificación, mejora de procesos e indicadores de los resultados; desarrollado en un Hospital Público General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Métodos. Trabajo de Intervención prospectivo, la población fue de 216 embarazadas, se aplico en 4 áreas de abordaje: atención nutricional y obstétrica de la embarazada, promoción de la lactancia materna, nutrición de la madre y el neonato en la internación, nutrición en el primer año de vida. Entre los procesos principales se encuentran: control del embarazo, screening nutricional, educación alimentaria, preparación para el parto y puerperio, fomento de la lactancia materna, control pediátrico de crecimiento y desarrollo, indicación de alimentación complementaria, vigilancia de la profilaxis de micro nutrientes. Se establecieron siete equipos de mejoras, para: relevamiento de los requerimientos y necesidades, capacitación técnica -científica y en gestión de calidad, trabajo interdisciplinario, monitoreo de los procesos: análisis, puntos críticos, evaluación y diseño.

Resultados. Satisfacción del usuario por: Atención en prestación ambulatoria fue de 99% (p=0.02); Servicio de comidas en internación obstétrica: 95% (p=0.02); Curso de preparación integral para el parto: 87.5% Amabilidad del personal: 100%. Personal: participación activa en equipos de mejora: 17% (p=0.02) Operativos: lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: 84%. Incremento en la prevalencia de embarazadas adolescentes y adultas sin riesgo nutricional (p= 0.01 y p=0.02); Incremento en la profilaxis de hierro en embarazadas y reducción no significativa en la prevalencia de anemia. Alimentación complementaria adecuada en el 90% de los niños menores de un año.

Conclusiones. El programa Nutricional ha tomado como visión la de asegurar una adecuada nutrición de las generaciones futuras brindando contención integral a la madre y el niño. Los resultados obtenidas en relación con la satisfacción del Usuario, la participación activa en equipos mejora continua, comprometen a este equipo de salud, a profundizar cambios y preservar la Gestión de Calidad como una herramienta que permite ofrecer a los usuarios; un servicio de atención accesible y equitativo que teniendo en cuenta los recursos disponibles mejore el estado nutricional del binomio.

COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO SALUDABLE: ¿ES ADECUADA LA INGESTA DE GRASAS TRANS EN PREADOLESCENTES ARGENTINOS?

A.M. Gallo, M. Gomez, G. Sancisi, M.L. Deforel, D. Vitali, et al
Hospital Pirovano; Ministerio de Salud; Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos. Estimar la ingesta de ácidos grasos trans (AGT) y determinar su relación con el Estado Nutricional en escolares preadolescentes que concurren al screening Nutricional del área programática en un Hospital Público General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el período octubre-diciembre de 2005.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal. La población correspondió a preadolescentes de ambos sexos de 11 a 14 años de edad que concurren al screening nutricional en dicha institución, entre quienes se tomó una muestra consecutiva de 74 niños. A cada uno de ellos se le realizó una valoración antropométrica y un recordatorio de ingesta de 24 horas.

Resultados. La ingesta de AGT fue estimada en 2,64 g/día contribuyendo al 1,03% del VCT promedio de la muestra. Se observó una tendencia de aumento en la ingesta según los diferentes estados nutricionales (1,72g, 2,62g y 2,96g para bajo peso, normo peso y sobrepeso respectivamente), no significativa ($p=0,067$). El porcentaje de niños con consumo inadecuado de AGT fue del 50%. La correlación de la circunferencia de cintura con el consumo diario de AGT resultó lineal y positiva ($r=0,22$), no significativa ($p=0,564$). La proporción de AGT consumidos en desayunos y meriendas fue de 55,2%, en almuerzos y cenas, de 29,3% y en colaciones, 15,5%. La ingesta de AGT de origen natural representó el 31,3% y la de origen industrial el 68,7% del total de AGT. El consumo de AGT de origen industrial mostró la misma tendencia creciente con el estado nutricional que la de AGT totales, no significativa ($p=0,08$), mientras que la ingesta de AGT de origen natural se mostró invariable en los diferentes grupos.

Conclusiones. Este estudio revela el consumo inadecuado de ácidos grasos trans de origen industrial en esta población y aporta conocimientos útiles que servirán para poner en práctica estrategias educativas, que dentro del marco de políticas sanitarias dirigidas a restringir la ingesta de AGT, permitan atenuar los efectos dañinos asociados a su consumo. Así mismo las estrategias educativas deben iniciarse en el nivel escolar para introducir de manera temprana conductas de vida saludables, en la población infantojuvenil.

EDUCACIÓN PERMANENTE FRENTE A EDUCACIÓN FORMAL: SU**SEIS AÑOS DE GESTIÓN DE LA DEMANDA DE TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

I. Borrego Dorado, R. Vázquez Albertino, J. Barroeta Urquiza, J. Moreno Nogueira y A. Agudo Martínez

Unidad Diagnóstica de Gestión de Medicina Nuclear; Dirección-Gerencia; Servicio de Oncología Médica; Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Objetivos. Evaluar los resultados de la gestión de la demanda PET de nuestro hospital realizada en base al protocolo de indicaciones autorizadas por el servicio gestor del sistema sanitario público de Andalucía.

Métodos. Estudio transversal retrospectivo revisando los resultados de las Comisiones Técnicas de Evaluación de solicitudes PET de nuestro hospital durante Febrero-2001 a Diciembre-2006. Se evaluaron los motivos de solicitud, según la Resolución del SAS (SC:18/2001 y RSC 925/04), y el grado de cumplimiento de las autorizaciones del SAS en el cáncer colorrectal, tumores pulmonares y en el melanoma maligno. Se realizó estudio de costes, comparando los resultados con los gastos que se habrían producido si se hubiese utilizado la provisión privada del servicio.

Resultados. Se realizaron 724 Comisiones Técnicas de Evaluación de solicitudes PET, recibiendo 9.894 solicitudes de las cuales 7.891 (79,7%) cumplen las indicaciones autorizadas en Andalucía, 1.621 (16,4%) no se adecuaban a las indicaciones autorizadas pero se aceptaron ya que la PET modificaría el manejo del paciente, y se denegaron 382 (3,9%). La demora de absorción media fue de 10,7 días. La estadificación inicial / reestadificación del linfoma, el diagnóstico diferencial del NPS / estadificación inicial del cáncer de pulmón no microcítico y la sospecha de recurrencia de carcinoma colorrectal constituían el 30,3%, 26,7% y 22,2%, respectivamente, de todas las indicaciones autorizadas; mientras que la reestadificación del cáncer de mama y pulmón suponían el 16,7% y el 13,1% de las no autorizadas. El grado de cumplimiento en el cáncer colorrectal, tumores pulmonares y en el melanoma maligno fue del 95%, 84,6% y 67,5%, respectivamente. Los costes unitarios y el gasto global de la unidad, fueron inferiores a los que se habrían producido si los pacientes se hubiesen enviado a centros privados concertados.

Conclusiones. La gestión de la demanda de la PET mediante el desarrollo de indicaciones según la evidencia científica y la evaluación de las solicitudes por comisiones de expertos, es efectiva para garantizar el uso racional de esta técnica, debiéndose utilizar esta metodología en otros tecnologías en fase de implementación. El uso racional de esta tecnología en un centro público es más eficiente que su concertación con un centro privado.

IMPACTO EN LAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA DE UN ÁREA DE ELABORACIÓN Y MANEJO DE ALIMENTOS

A.M. Gallo, M. Formentini, P. Nicolao, A. Perroni, D. Vitali, et al
Hospital Pirovano; Ministerio de Salud; Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos. Describir los resultados obtenidos en las prácticas de manufactura de manipuladores de alimentos de un Servicio de Alimentación, de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de la aplicación de dos estrategias educativas: educación formal vs. educación permanente, cuyos contenidos apunten a la prevención de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (Etas).

Métodos. Estudio exploratorio de comparación intra sujeto, prospectivo, experimental, y longitudinal. La población estaba conformada por 18 manipuladores, divididos en dos turnos; se impartió educación permanente (EP) al turno mañana. Se evaluaron las prácticas de elaboración (PE) mediante un formulario de evaluación antes de aplicar EP-evaluación inicial (EI), al finalizar la EP: evaluación inmediata (EIn) y al los 30 días, evaluación tardía (ET). Los datos fueron volcados en Excel. el análisis estadístico se hizo por Epiinfo 6.04.

Resultados. En la EI hubo predominio del % de variables inadecuadas en ambos grupos. En la EIn se percibió una importante reducción de dicho porcentaje, solo en el grupo con EP (32%). En la ET del grupo con EP, el % fue menor que en la EI (52%) pero no tan importante como en la EIn. La diferencia en el % de inadecuación fue de 29,6% (IC 95% 10%-36%) en el grupo con EP.

Conclusiones. La educación permanente demostró ser una estrategia efectiva que permitió modificar las prácticas de elaboración inadecuadas en un 30%, y así optimizar la calidad final de la alimentación brindada garantizando la inocuidad de la misma, previniendo las ETAS y disminuyendo los costos asociados con provisión de servicios de baja calidad (Costos de la No Calidad).

IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LA FRECUENTACIÓN Y COSTE DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA CON INGRESO

L. Hernado-Arizala, M. Márquez-Cid, O. Monteagudo-Piqueras y J.A. Palomar-Rodríguez

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria; Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

Objetivos. Identificar las características demográficas de la población nacional e inmigrante de la Región de Murcia. Analizar el impacto de la inmigración en la frecuentación y coste de la asistencia hospitalaria con ingreso.

Métodos. A partir del CMBD de los años 2004 y 2005, se analizaron los episodios de asistencia sanitaria con ingreso en hospitales de agudos del SMS en los que consta el Código de Identificación Personal (CIP) y la persona figura en el Registro de Tarjeta Sanitaria (RTS). Se asignó el país de nacimiento existente en el RTS accediendo a través del CIP de la persona. El período de seguimiento de cada sujeto se calculó mediante las fechas de alta y baja en RTS. Las variables clínicas se codificaron con la CIE 9 MC y se agruparon con AP-GRD 18. Los costes se asignaron de acuerdo con los pesos de 2004 elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Los países de nacimiento se agruparon en tres estratos: España, Europa 25 (los países de la Unión Europea en el período de estudio) y resto de países. Se elaboraron tasas estandarizadas por edad y sexo y tasas truncadas que excluyen los menores de 5 años.

Resultados. Se han contabilizado 196.275 ingresos hospitalarios y 2.590.376 años de seguimiento de las personas aseguradas con derecho a asistencia. La frecuentación en hospitales de agudos del SMS es de 75,8 por cada 1.000 personas/año, las personas nacidas en España tuvieron una frecuentación (77,6) superior a los foráneos (61,8). La frecuentación hospitalaria estandarizada y truncada a los mayores de 4 años es para los nacidos en España (75,8) un 15,5% superior a los Euro-25 (64,3) y un 2,6% a los nacidos en otros países (73,8). El coste por ingreso hospitalario es de 3.529 € para los españoles, 8,4% superior a los nacidos en la Euro-25 (3.231€) y un 31,3% superior a los no europeos (2.423). El coste medio por año de aseguramiento estandarizado y truncado es de 263 € para los españoles un 17% superior al de los foráneos (217 € en Euro-25 y 219 € en otros países).

Conclusiones. Se han encontrado diferencias importantes en las estructuras demográficas de las tres subpoblaciones. Los españoles presentan una pirámide de población estacionaria, con baja natalidad y alta proporción de mayores y los nacidos fuera de la Europa-25 presentan una alta natalidad, predominio de varones y sin apenas ancianos. Estas diferencias condicionan la frecuentación y los costes de la atención hospitalaria con ingreso de los tres colectivos, apreciándose valores inferiores entre los inmigrantes y, dentro de estos, en función del país de nacimiento.

LA RENTABILIDAD DEL SUBCOMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD

F.J. Martínez-Martínez, S. Sanchis-Sánchez, F. Martínez-Sánchez y M.G. Blanco-García

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos. Establecer pautas de actuación para garantizar la protección eficaz en materia de seguridad y salud de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, mediante la adaptación/cambio de puesto de trabajo. El absentismo por incapacidad transitoria constituye una preocupación en la gestión de los recursos humanos, por su elevado coste y por la ineficacia que supone la discontinuidad en el ejercicio de las tareas en los puestos de trabajo afectados. Se crea el Subcomité de Salud Laboral integrado por: Medicina Preventiva, (Dependiente de la Dirección Médica), Salud Laboral (Dependiente de la Subdirección de Recursos Humanos); Prevención de Riesgos Laborales (Dependiente de la Dirección de Servicios Generales); Dirección de Enfermería; Delegados de Prevención. Su ámbito de aplicación: totalidad de profesionales del Hospital, con independencia de su categoría y relación laboral.

Métodos. El Subcomité de Salud Laboral diseñó un sistema de reubicación de trabajadores con los siguientes objetivos: Reducir el absentismo. Adaptar el puesto de trabajo. Establecer una sistemática para priorizar las situaciones más graves. Establecer un sistema de control y seguimiento de los casos atendidos. Garantizar la confidencialidad de los datos clínicos de los trabajadores. Al trabajador y responsables directos de los mismos recibirán comunicación donde le constará el nivel de riesgo asignado, restricciones y/o recomendación que se deberán observar en su puesto de trabajo.

Resultados. Categorías Estudiadas: Enfermeros, Auxiliares de Enfermería y Personal Subalterno. Número de estudios realizados 111 y jornadas recuperadas 6664. Ganancias Cuantificables: Por salarios pagados y trabajados; Enfermeros = 336.756,96 euros; Aux. Enfermería = 70.374,78 euros; Per. Subalterno = 4.741,99 euros; Por sustituciones no realizadas (33%) = 135.918,33 euros Subtotal ganancias económicas = 547.792,06 euros Por gastos de administración (15% sobre el subtotal anterior) = 82.168,81 euros. Total ganancias económicas = 629.960,87 euros. Ganancias no cuantificables: Evitamos pérdidas en la producción al mantener el ritmo de trabajo de los profesionales beneficiados, por no tener que dedicar tiempo a la formación de sustitutos y por el ahorro de turnos extras para mantener la actividad en sus niveles habituales. Evitamos: alteraciones en las relaciones laborales, demoras asistenciales, deterioro de la imagen del Hospital. Ganamos prestigio entre los profesionales al comprobar estos que sus problemas de salud no son ajenos a la Dirección del Hospital y que las soluciones aportadas son eficaces.

Conclusiones. Invertir en la Prevención de la Incapacidad Temporal, además de

DIFUSIÓN DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS: EL CASO DE LAS ESTATINAS EN EL REINO UNIDO Y SUS IMPLICACIONES

V. Serra-Sastre y A.J. McGuire

LSE Health and Social Care.

Objetivos. El incremento en gasto sanitario experimentado por la mayoría de países desarrollados en los últimos 30 años ha despertado el interés por determinar los factores que originan este crecimiento. La introducción de nuevas tecnologías médicas es el factor que más peso ha demostrado tener en el crecimiento del gasto sanitario. Por este motivo, es importante conocer los elementos que influyen la difusión de nuevas tecnologías sanitarias y el proceso de decisión de los agentes responsables del uso de estas innovaciones. El análisis se centra en el estudio de los elementos que influyen la difusión de productos farmacéuticos dentro de la atención primaria en el Reino Unido. Se discuten y analizan las diferentes fuentes de información que usan los agentes así como la influencia de los elementos regulatorios.

Métodos. En particular, se analiza el caso de la difusión de las estatinas, un tipo de medicamentos que reducen los niveles de colesterol y que supusieron un cambio revolucionario en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Se estudia la difusión desde una perspectiva microeconómica con un panel de datos que contiene información sobre la prescripción de este tipo de medicamentos durante el período 1991-2004. El proceso de difusión está caracterizado por ser un proceso dinámico con un alto grado de incertidumbre acerca de la eficacia del fármaco que se va reduciendo a medida que los agentes se familiarizan con el nuevo fármaco. Con el objetivo de captar la naturaleza dinámica del proceso se usan modelos dinámicos de datos de panel que proporcionan evidencia empírica sobre el grado de sustitución y expansión de las estatinas.

Resultados. Las fuentes de información usadas por los agentes resultan elementos clave en la difusión, especialmente durante la primera fase del proceso en el cual el grado de incertidumbre acerca de la eficacia y efectividad de las estatinas es mayor. La propia experiencia del agente así como la presencia de externalidades en el uso de las estatinas son los factores con mayor influencia. Asimismo, los elementos regulatorios determinados por el sistema sanitario también condicionan el proceso de difusión.

Conclusiones. Se presenta evidencia empírica sobre la difusión de nuevos medicamentos en el Reino Unido. Los resultados muestran cómo determinadas fuentes de información y factores regulatorios condicionan la difusión de nuevos fármacos. La identificación de estos elementos permitiría desarrollar medidas dirigidas a influenciar el proceso de difusión. Además, la influencia de los factores regulatorios en la difusión destaca la relevancia de estos elementos, inicialmente diseñados para proporcionar incentivos del uso de los recursos pero que a su vez pueden retardar o impulsar el uso de innovaciones médicas.

reducirla es rentable.

EL IMPACTO DE LA COMPETENCIA DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS EN LOS PRECIOS PAGADOS POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I. Moreno-Torres

Universitat Pompeu Fabra - Departament d'Economia i Empresa; Centre de Recerca en Economia i Salut - CRES.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es analizar la diferencia entre los precios pagados por el Sistema Nacional de Salud de las especialidades farmacéuticas genéricas y de marca en los tres subgrupos terapéuticos de mayor consumo: estatinas, antiulcerosos y antidepresivos, así como los factores que explican la variación de estos precios en el tiempo. De este modo, se pretende estudiar el efecto competitivo de la entrada de genéricos en el mercado de medicamentos español a través de su impacto en los precios de los productos de marca y de los propios genéricos sufragados con fondos públicos.

Métodos. Para evaluar los factores determinantes de la variación de los precios se utiliza un panel de datos con información de los consumos realizados en el Sistema Nacional de Salud entre 1997 y 2005. Las estimaciones económicas se realizan mediante el método de los efectos fijos. Además de incluir las variables comúnmente utilizadas en la literatura internacional (cuotas de mercado, número de competidores, antigüedad del producto, etc.), se introducen como factores explicativos variables relacionadas con el elevado grado de regulación del mercado español y de las medidas de contención del gasto, con la finalidad de observar sus efectos sobre el precio finalmente pagado. Entre estas variables, además de la introducción de los medicamentos genéricos, se encuentran las reducciones obligatorias de precios y la introducción y los cambios del sistema de precios de referencia.

Resultados. En fase de elaboración.

Conclusiones. En fase de elaboración.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE CHAMPIX® (VARENICLINA) EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN ESPAÑA

J. Fernández de Bobadilla, M. Brosa, K. Wilson y C. Sánchez

Pfizer España; Oblivue Consulting; Pfizer European Brand Team; Euroclin Institute.

Objetivos. El tartrato de vareniclina (Champix®) es un nuevo medicamento, agonista parcial de los receptores $\alpha 4\beta 2$ de la nicotina, indicado para dejar de fumar. El objetivo es analizar la eficiencia de vareniclina versus los otras alternativas disponibles en España: bupropion, terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y no tratamiento farmacológico.

Métodos. Se construyó un modelo de Markov para analizar las consecuencias clínicas y económicas del tabaquismo y las distintas intervenciones, en una cohorte simulada de pacientes que realizan un intento de dejar de fumar. Las probabilidades de transición a las enfermedades relacionadas con el tabaco se tomaron de la literatura y la eficacia de los tratamientos de los ensayos clínicos controlados. Se utilizaron distintos horizontes temporales: 10, 20 años y toda la vida del sujeto. Los efectos se expresaron en años de vida ganados (AVG) y años de vida ajustados por calidad (AVAC). Se consideraron los costes de todos los tratamientos farmacológicos (PVL), incluyendo una visita médica inicial para vareniclina y bupropión. Los costes de las enfermedades relacionadas con el tabaco (EPOC, exacerbación del asma, cáncer de pulmón y enfermedad coronaria y cerebrovascular) se tomaron de estudios españoles, e incluyeron el coste inicial (primer año) y de seguimiento (años sucesivos). Los resultados del análisis coste-efectividad se expresaron en coste por AVG y por AVAC de vareniclina versus los comparadores. El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, descontando costes y efectos a una tasa del 3% anual.

Resultados. El análisis de coste efectividad utilizando como horizonte temporal toda la vida del sujeto, muestra que vareniclina domina a las otras opciones de tratamiento (más efectividad a menor coste). Esto se debe a una mayor eficacia de vareniclina que se asociaría con una reducción de la morbi-mortalidad relacionada con el tabaquismo y supondría en el largo plazo ahorros que superan el coste extra de vareniclina. Con horizontes temporales más cortos vareniclina presenta valores que para cualquier comparación están por debajo de 9.000 €/AVAC ganado y 50.000 €/AVAC en los análisis a 20 años y 10 años respectivamente.

Conclusiones. Vareniclina es una opción dominante (más efectividad a menor coste) en comparación con los otros tratamientos para dejar de fumar, cuando se considera como horizonte temporal toda la vida del sujeto. Vareniclina es un tratamiento coste-efectivo incluso considerando horizontes temporales más cortos: con un horizonte de 20 o más años el coste estimado por AVAC ampliamente por debajo del umbral de eficiencia en nuestro entorno, situado en 30.000€/AVG.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE KEPIVANCE® (PALIFERMINA) EN LA PREVENCIÓN DE MUCOSITIS ORAL (MO) EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO MIELOABLATIVO PREVIO A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH) EN ESPAÑA

J. De La Rubia, M. Brosa y R. Archo

Hospital La Fe, Valencia, Spain; Oblivue Consulting, Barcelona, Spain; Health Economics & Outcomes Research, Amgen SA, Barcelona, Spain.

Objetivos. La mucositis oral (MO) está considerada como el efecto adverso con un impacto clínico más relevante en los pacientes sometidos a tratamiento mieloablativo previo al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Palifermina es el primer y único factor de crecimiento de la mucosa que ha demostrado ser eficaz en el manejo de la MO en pacientes con neoplasias hematológicas sometidos a tratamiento mieloablativo que requieren TCPH autólogo. Este estudio analiza la eficiencia de palifermina en la prevención de la MO en pacientes que requieren TCPH autólogo en España.

Métodos. El análisis se basó en los resultados del ensayo clínico pivotal de Kepivance, aplicando costes españoles para estimar las consecuencias económicas de diferencias relevantes en el uso de recursos sanitarios de los pacientes analizados. La efectividad se expresó en términos de reducción de la mediana de duración y la incidencia de la MO severa (grados 3 ó 4 de la clasificación de la OMS). Se realizó también un análisis exploratorio de las eventuales repercusiones de la menor incidencia de MO severa en la supervivencia de los pacientes basada en una revisión retrospectiva que mostró una asociación entre la MO severa y la supervivencia global en pacientes con linfoma sometidos a TCPH autólogo, con el fin de estimar el coste por año de vida ganado con palifermina a medio-largo plazo.

Resultados. En comparación con placebo, palifermina redujo la mediana de duración de la MO severa de 9 a 3 días ($p < 0,001$) y la incidencia de MO severa (98% vs 63%; $p < 0,001$), reduciendo la incidencia de neutropenia febril (92% vs 75%; $p < 0,001$) e infecciones (25% vs 15%; $p = 0,006$) y requiriendo un menor uso de analgésicos opioides (97% vs 78%; $p < 0,001$) y nutrición parenteral total (55% vs 31%; $p < 0,001$), así como la duración de la estancia hospitalaria en 1,9 días (17,2 a 15,3; $p = 0,008$). Estos resultados combinados con costes españoles resultaron en un coste incremental por episodio de MO de grado 3/4 de 4.287,54€ y un coste por día de MO de grado 3/4 de 250,11€. El análisis exploratorio mostró que estos resultados se traducirían en un coste por año de vida ganado (AVG) de 5.674,66€.

Conclusiones. Palifermina es una terapia coste-efectiva en la prevención de la mucositis oral en pacientes sometidos a TCPH, con un coste estimado por AVG por debajo del umbral de eficiencia en España, de 30.000€/AVG.

AValiação Econômica do Tratamento de Terapia Renal Substitutiva no Estado da Bahia/Brasil

G. Santana dos Santos, H. Moura-Ferreira Junior, J. Queiroz y A. Corniali

Pesquisador, PECS/ISC/UFBA; Professor, FCE/UFBA; Pesquisador, PECS/ISC/UFBA; Pesquisador, PECS/ISC/UFBA.

Objetivos. Realizar avaliação do custo-utilidade do tratamento de Hemodiálise em pacientes atendidos em quatro instituições com distinta natureza jurídica. OBJETIVO ESPECÍFICO - Construir estruturas de custos da sessão de hemodiálise em diferentes prestadoras de serviços. Avaliar a QV como resultado da terapia dialítica.

Métodos. O estudo foi realizado em: Um hospital da rede pública; Duas instituições privadas e uma instituição filantrópica. Temporal e População: selecionados os pacientes que apresentassem idade igual ou superior a 18 anos, sem intercorrências clínicas como internações ou anemia, que estivessem em programa mais de 6 meses utilizando o SF-36.

Resultados. CLÍNICAS ESPECIALIZADAS-O custo da sessão tem um comportamento semelhante, apresentando valores de R\$ 93,03 (Clínica A) e R\$ 94,91 (Clínica B); em relação à QV a Clínica B apresenta 05 dos oito conceitos de saúde acima de 60 pontos, enquanto a Clínica A obteve 02 conceitos de saúde acima de 60 pontos. HOSPITAIS-O custo médio da sessão foi de R\$ 130,61 (Hospital C) e R\$ 143,30 (Hospital D). os pacientes tem perfil semelhantes, estes hospitais realizam a triagem e estas são sazonais e elevam os custos. Na QV o hospital D obteve 07 dos oito conceitos de saúde acima de 60 pontos, enquanto o hospital C obteve 03 dos oito conceitos de saúde acima de 60 pontos. COMPARATIVO CLÍNICAS E HOSPITAIS- As médias dos custos foram respectivamente R\$ 93,93 e R\$ 136,96. Na QV procedimentos mais caros estão associados a melhor QV.

Conclusiones. Os hospitais atendem pacientes agudos e realizam triagem. As clínicas privadas tratam de pacientes crônicos, não atendem os hospitalizados clinicamente instáveis, por tanto os custos nos hospitais são mais elevados. Quanto à avaliação da QV, a Clínica B obteve melhor custo-utilidade e entre os hospitais o hospital D obteve melhor custo-utilidade, mas a utilidade do tratamento foi melhor onde o custo da sessão foi maior, controle da anemia pode estar associado a melhor QV dos usuários da hemodiálise no hospital D.

ETNICIDAD Y EQUIDAD EN EL USO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

D. Jiménez-Rubio

Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada.

Objetivos. Una de las cuestiones más importantes para la estructura de población española en los últimos años es el crecimiento experimentado por el colectivo de inmigrantes procedentes en su mayor parte de países de bajo nivel de desarrollo. Los inmigrantes se enfrentan a menudo a situaciones de desventaja y marginación social que pueden repercutir en buena medida en su salud. Pese a ello, y en parte debido a que la inmigración en España es un fenómeno reciente, la evidencia empírica a cerca de las diferencias en salud o en el acceso a los servicios sanitarios entre la población nativa y la inmigrante en España es insuficiente. El objetivo de este trabajo es analizar y explicar el efecto de la variable país de origen en la equidad en la utilización de servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud español.

Métodos. Se usan los datos del cuestionario de hogar y del cuestionario de adultos de la Encuesta Nacional de Salud del 2003 que incorpora por vez primera en España una variable que recoge el país de origen de los individuos encuestados. A partir de estos datos se estiman diferentes modelos que tratan de explicar el uso de los servicios sanitarios (visitas a médicos de cabecera, especialistas, y hospitalizaciones), en función de variables de necesidad (morbilidad, edad, sexo) y de no necesidad (renta, nivel socio económico, país de origen, etc.). Existe inequidad horizontal si, controlando por las variables de necesidad, el uso de los servicios sanitarios varía con variables de no necesidad. Este trabajo analiza en particular las inequidades relacionadas con el factor país de origen del individuo.

Resultados. En proceso.

Conclusiones. Con los resultados obtenidos se pueden obtener conclusiones relevantes de política sanitaria con respecto a la necesidad de superar barreras discriminatorias, financieras o geográficas en los servicios sanitarios para un grupo de población cuya representación es creciente es nuestro país.

CONSUMO DE RECURSOS IMPUTABLES AL PROCESO ASISTENCIAL INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

S. Vázquez-Blanc, F. Pozo-Muñoz, A. Manteno-Muñoz, M.A. García-Ordoñez y J. Pinazo-Luque

Área Sanitaria Norte de Málaga.

Objetivos. El objetivo principal del trabajo es analizar el consumo de recursos imputables al Proceso Asistencial Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria Norte de Málaga durante el año 2006. El objetivo principal se divide en tres subobjetivos: Determinar el consumo de recursos atribuible al proceso Insuficiencia Cardíaca en el Área Sanitaria Norte de Málaga propiamente dicho.; Analizar los resultados obtenidos.; Establecer medidas correctoras si fuera preciso.

Métodos. La metodología para la estimación del coste por Procesos Asistenciales Integrados consta de cuatro fases: 1) Definición del mapa de actividades; 2) Definición de estándares; 3) Estimación del coste por proceso; 4) Análisis de sensibilidad de los resultados. En el presente trabajo se realizan las dos primeras ya que el objetivo de los autores es calcular el consumo de recursos para en un trabajo posterior calcular el coste por proceso asistencial. Las fuentes de pacientes a utilizar son el CMBD, TASS y DIRAYA. Las fuentes de datos a utilizar son la historia clínica, PASIST y DIABACO.

Resultados. Los pacientes incluidos en proceso Insuficiencia Cardíaca son 543. La distribución por Unidad de Gestión Clínica en Atención Primaria es: 1) UGC Antequera: 208 pacientes. 2) UGC Archidona: 191 pacientes. 3) UGC Campillos: 76 pacientes. 4) UGC Mollina: 68 pacientes. El número de ingresos con el GRD 127 (insuficiencia cardíaca & shock) en el Hospital de Antequera es de 102. Se analizan el consumo de recursos generado por la población a estudio.

Conclusiones. La Insuficiencia Cardíaca representa en mayores de 65 años el GRD más frecuente al alta hospitalaria desde el Servicio de Medicina Interna. La Insuficiencia Cardíaca consume un % elevado de recursos en hospitalizaciones y reingresos. Los pacientes afectados por Insuficiencia Cardíaca acuden con mucha frecuencia a los Servicios de Urgencias Hospitalarias con descompensaciones severas. Los pacientes afectados por Insuficiencia Cardíaca suponen un porcentaje importante en la actividad habitual de un Médico de Familia. Aunque los medicamentos utilizados en el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca no tienen un precio excesivamente elevado, al tratarse de pacientes polimedicados, suponen un porcentaje importante del gasto farmacéutico ambulatorio del Área.

CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, FOMENTANDO EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

V. Hall-Ramírez, M.S. Quesada-Morúa, M. Rocha-Palma, L.E. Hernández-Soto, W. Montoya-Vargas, et al
Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Promover el uso racional de los medicamentos a través de información técnica y científica, objetiva, actualizada y oportuna, debidamente procesada y evaluada.

Métodos. Se logra el objetivo a través de: a) Atención de consultas, b) Charlas de educación a pacientes y profesionales de la salud, c) Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes, d) Programas de educación continua, e) Investigaciones en atención farmacéutica y estudios de utilización de medicamentos f) Boletines informativos para pacientes y profesionales.

Resultados. El CIMED es el Centro Nacional de Información de Medicamentos y el ente técnico oficial desde el 2001 por Decreto Ejecutivo. Somos una organización gubernamental, ubicada en una universidad pública. Con un equipo de 7 farmacéuticos, durante el 2006 se realizaron las siguientes labores en aras de que la población y los profesionales utilicen los medicamentos racionalmente. Se atendieron más de 1430 consultas tanto de profesionales de la salud, como de pacientes y estudiantes. Se realizaron 82 charlas en el territorio nacional, capacitándose más de 1250 personas en todo el país. En total, tenemos a la fecha más de 20 charlas y boletines diferentes para impartir y entregar a los consultantes que lo requieran o en ferias de la salud de diferentes comunidades y se cuenta con un programa de educación continua con una inscripción de 130 profesionales farmacéuticos. Más de 200 pacientes están en seguimiento farmacoterapéutico por farmacéuticos del Centro y a través de estudiantes de IV y V año de la carrera de farmacia; los resultados de este seguimiento se reflejan en un 65% en promedio de intervenciones aceptadas y con problemas de salud resueltos, gracias a la intervención del farmacéutico. En un grupo de 61 pacientes en seguimiento, los resultados de un instrumento de evaluación indicaron que el 95% de los pacientes están satisfechos con los resultados. En el 2005, luego de aplicar una encuesta a sus pacientes, se encontró que el 77% de los mismos siguieron las recomendaciones brindadas por profesionales del CIMED, con lo cual se presentó una mejoría en los resultados clínicos.

Conclusiones. Un Centro de Información de Medicamentos constituye una excelente herramienta que pueden utilizar los Ministerios de Salud, Universidades públicas y demás actores del sector salud, con el fin de fomentar el uso racional de medicamentos, tanto a nivel de prescriptores, dispensadores y pacientes en general, con el fin de prevenir la aparición de problemas relacionados con medicamentos y reducir el costo que los mismos representan para un sistema de salud público.

IMPACTO SANITARIO Y ECONÓMICO DE RIMONABANT EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

C. Rubio-Terrés, L. Betegón y A. Echevarría

HERO Consulting, Madrid; IMS Health, Madrid; Sanofi-Aventis, Departamento Economía de la Salud, Madrid.

Objetivos. Estimar las repercusiones sanitarias y económicas del manejo de pacientes con sobrepeso u obesidad y elevado riesgo cardiovascular con Rimonabant unido a dieta y ejercicio, comparado con la dieta y ejercicio. Además se ha estimado el coste umbral que tendría que tener Rimonabant para ser un tratamiento coste-efectivo según los límites comúnmente considerados aceptables para España (30.000 € por año de vida ajustado por su calidad, AVAC).

Métodos. Estudio de coste-utilidad, basado en un modelo de Markov, con un horizonte temporal de 10 años, desde la perspectiva del sistema nacional de salud (SNS). Los datos clínicos sobre las características basales de los pacientes y la mejora en su perfil lipídico y glucémico después de su tratamiento con Rimonabant se obtuvieron a partir de cuatro ensayos clínicos aleatorizados a doble ciego, controlados por placebo, con más de 6.600 pacientes (RIO-Lipids, RIO-Diabetes, RIO-North America y RIO-Europa). Las utilidades perdidas por las complicaciones crónicas, medidas como AVAC, se obtuvieron de la literatura. Los costes directos sanitarios se obtuvieron de una base de costes sanitarios españoles.

Resultados. Tras la administración de Rimonabant durante un año, unida a la dieta y el ejercicio, se produce una reducción del 2% en la mortalidad cardiovascular, del 2,1% en las complicaciones cardíacas, del 2,2% en las complicaciones cerebrales, y del 1,7% en la supervivencia de los pacientes diabéticos. En el caso básico, Rimonabant sería un tratamiento coste-efectivo, con un coste diario del fármaco igual o inferior a 4,80 € (precio de venta al público, PVPiva). En los análisis de sensibilidad realizados el coste umbral se sitúa entre los 4,00 y los 6,50 € diarios (PVPiva).

Conclusiones. El uso de Rimonabant, unido a la dieta y el ejercicio, mejora el perfil lipídico y glucémico de los pacientes con elevado riesgo cardiovascular, reduciendo su mortalidad y las complicaciones cardiovasculares. Para costes diarios (PVPiva) inferiores a los 4,80 €, Rimonabant sería un tratamiento coste-efectivo, según el coste por AVAC considerado asumible para el SNS.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE MICROCIURUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL

D. Callejo-Velasco, J.A. Blasco-Amaro, E. Andradás-Aragónés y N. Fernández de Larrea Baz

UETS; Agencia Lain Entralgo; Comunidad de Madrid.

Objetivos. El equipo de microcirugía endoscópica transanal (TEM), utilizado para extirpar adenomas y carcinomas rectales, tiene un precio elevado y necesita aprendizaje de los cirujanos. Por ello su difusión, hasta ahora, ha sido escasa, optando por técnicas alternativas de resección local (RL) o cirugía radical (CR), según la localización y estadaje de la enfermedad. En este marco realizamos un estudio de costes y de repercusión presupuestaria de la implantación de la técnica en la Comunidad de Madrid.

Métodos. Se realiza un estudio de minimización de costes de TEM frente a las técnicas alternativas, desde la perspectiva del Sistema Sanitario, y se estima la repercusión en el presupuesto de la incorporación de la técnica. Para ello utilizamos un árbol de decisión, elaborado en TreeAge Pro 2005. En él incorporamos los datos clínicos obtenidos de una revisión sistemática de la literatura realizada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y datos de costes españoles. Se realiza análisis de sensibilidad en las principales variables para determinar la robustez del modelo. El horizonte temporal utilizado es de 2 años, período en el que se considera que se producen la mayoría de las recidivas. Los costes futuros se descuentan a una tasa del 5% y el plazo de amortización propuesto es de 5 años.

Resultados. En el tratamiento quirúrgico de adenomas y carcinomas, en nuestro caso base la rama de intervención mediante TEM, resulta más coste-efectiva que la rama de la técnica alternativa (RL y CR) evaluada de forma conjunta, permitiéndonos ahorrar 1.000 € por intervención. Estos resultados se muestran robustos en los análisis de sensibilidad realizados, a partir de un número mínimo de 12 intervenciones anuales que permitan cubrir la amortización del equipo. El impacto presupuestario supone el incremento de 10.000 €, durante el primer ejercicio, año en el que se efectuaría la adquisición del equipo y el entrenamiento de los cirujanos y el ahorro de 60.000 € a partir del segundo año, en un escenario de 50 intervenciones anuales.

Conclusiones. Los resultados obtenidos son coincidentes con los publicados para otros lugares; Australia, EE.UU., y Gran Bretaña. La utilización de la TEM es capaz de ahorrar recursos al sistema sanitario siempre que se produzca un número de intervenciones adecuado. Hay tener en cuenta que publicaciones recientes la recomiendan como técnica de elección para los estadios tumorales analizados y proponen su extensión a ciertos supuestos de otros estadios, lo que incidiría en la amortización del equipo.

EFFECTOS ECONÓMICOS ATRIBUIBLES A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO VIH/SIDA

J. Ríos y P. Saavedra

Facultad de Ciencias Económicas. UBA; Escuela de Salud Pública. UBA; Hospital de Clínicas. UBA.

Una de las causas del aumento del gasto sanitario se debe a la aparición e incremento de enfermedades crónicas. Dentro de ellas los pacientes con VIH/SIDA tienen una especial importancia por el gasto que generan. Alcanzar la máxima adherencia al tratamiento es una condición necesaria para lograr los mejores y más eficientes resultados. Lo contrario genera una disminución de la calidad de vida del paciente y un aumento sostenido en los costos, motivado por necesidad de utilización de drogas de valor económico elevado, aumento en la demanda de prestaciones complejas y del uso hospitalario.

Objetivo: Demostrar que la falta de control y monitoreo de la adherencia al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA determina un aumento de los costos del programa y las causas que la generan.

Métodos. Estudio observacional y descriptivo con recolección de datos en forma retrospectiva. Fuente datos: revisión de historias clínicas de los pacientes dentro del programa de VIH/SIDA. Lugar de estudio: Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires de 60.332 afiliados. Período de estudio: 1º de julio de 2005 al 30 de junio de 2006. Población: El total de pacientes dentro del programa de HIV/SIDA de dicho período que fueron 108.

Resultados. 81 pacientes, denominados Grupo 1, realizaban tratamiento de tres drogas con un costo mensual medio por paciente de 1.260 pesos argentinos (311,11 euros). En el Grupo 2, 9 pacientes estaban medicados con esquemas terapéuticos más complejos, debido a fallos en el tratamiento con adherencias al tratamiento por debajo del 75%, con un costo mensual promedio de 2.700 pesos argentinos (666,67 euros). Finalmente 12 pacientes no realizaron tratamiento porque los niveles de carga viral y CD4 no lo justificaban y 6 abandonaron sin justificación y por decisión unilateral el tratamiento. El gasto en prestaciones de alta complejidad e ingresos hospitalarios fue de un 43% mayor en pacientes del Grupo 2 con respecto al Grupo 1.

Conclusiones. La falta de adherencia al tratamiento de los pacientes de los programas VIH/SIDA determina un aumento de los costos del financiador que en este estudio se sitúa en un 114% en lo que respecta a medicamentos y del 43% en prestaciones de alta complejidad e ingresos hospitalarios. La implementación de sistemas de información adecuados acompañados de una óptima entrevista médico-paciente que posibiliten la continuidad del tratamiento permitiría una optimización de resultados y una mejora considerable en los costos. Es de fundamental importancia realizar estudios acerca de la eficiencia y efectividad de estos tratamientos. Solo así se podrá lograr la sustentabilidad de estos programas especiales y de nuestro sistema de salud.

NÚMERO NECESARIO DE PACIENTES A TRATAR EN LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

L. Betegón y A. Echevarría

IMS Health, Madrid; Sanofi-Aventis, Departamento Economía de la Salud, Madrid.

Objetivos. La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha adquirido relevancia como forma de combinar los conocimientos adquiridos por los profesionales durante su experiencia en la práctica clínica con la evidencia científica más robusta sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones sanitarias, normalmente publicada en ensayos clínicos aleatorizados o meta-análisis de ensayos. Dentro de la MBE ha cobrado importancia el concepto de Número Necesario de pacientes a Tratar (NNT) como una herramienta que permite traducir los resultados de ensayos y meta-análisis a unidades de fácil interpretación para médicos y pacientes. Este trabajo ha calculado el NNT de tres tratamientos farmacológicos para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) de pacientes no quirúrgicos inmovilizados.

Métodos. Se realizó una búsqueda en la base de datos Medline de ensayos clínicos comparables multicéntricos y controlados por placebo que comparasen distintos tratamientos para la profilaxis de la ETV en pacientes no quirúrgicos inmovilizados (2,5 mg diarios de fondaparinux, 5.000 UI diarias de dalteparina y 40 mg diarios de enoxaparina). El cálculo de los NNTs y los riesgos relativos (RR) se realizó con un software específico del Departamento de Health Care and Epidemiology, de la Universidad British Columbia.

Resultados. Se identificaron tres estudios comparables tanto en el diseño como en cuanto a los pacientes. Con enoxaparina 40 mg el NNT resultante es de sólo 11 pacientes (IC 95% 7-22), frente a los 20 resultantes con fondaparinux 2,5 mg (IC 95% 11-137) y los 46 necesarios con dalteparina 5.000 UI (IC 95% 28-123).

Conclusiones. En función del NNT para evitar un evento de ETV en la profilaxis de la ETV en pacientes no quirúrgicos inmovilizados la administración de 40mg diarios de enoxaparina sería la alternativa terapéutica de elección, pues es la que requiere un menor esfuerzo profiláctico para prevenir estos eventos.

ATRACCIÓN, ADHESIÓN Y PERMANENCIA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES EN LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

I. Barrachina, J. Andani, D. Vivas, M. González y P. Rigo

Centro de Ingeniería Económica, Unidad de Investigación en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Politécnica de Valencia; Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Objetivos. El objetivo principal del estudio es obtener una visión general y real sobre la formación especializada en la Comunidad Valenciana. *Objetivos específicos:* a) Conocer el grado de atracción de la formación MIR en centros de la Comunidad Valenciana; b) Conocer la opinión sobre la calidad de la formación que están recibiendo; c) Perspectivas e interés por desarrollar su vida profesional en la Comunidad Valenciana; d) Conocer la motivación laboral de los médicos residentes de manera que constituyan una herramienta de gestión de recursos humanos.

Métodos. Para comprender el grado de atracción de la formación especializada y la satisfacción con la docencia que se está recibiendo actualmente, se diseñó una encuesta dirigida a los MIR que realizan la formación en centros docentes de la Comunidad Valenciana durante el año 2006, independientemente del año de formación en que se encuentren. La encuesta aparece estructurada en los cinco apartados siguientes: A1) Grado de atracción de la formación MIR en centros de la Comunidad Valenciana; A2) Sobre la formación que están recibiendo; A3) Perspectivas e interés por desarrollar su vida profesional en la Comunidad Valenciana; A4) Motivación laboral; A5) Datos de clasificación. La metodología cualitativa es particularmente efectiva para que se comprenda la situación de los médicos residentes desde dentro, a la hora de optar por la formación en los centros docentes de la Comunidad Valenciana y los factores que les motivan a desarrollar la vida laboral en la Agencia Valenciana de Salud, tal y como lo perciben quienes están involucrados en esta situación. Es mediante la combinación de los resultados de métodos cualitativos, junto con los métodos cuantitativos, donde puede lograrse una visión más precisa de la situación y la que nos permitirá llegar al diseño de indicadores que cuantifiquen numéricamente estos asuntos.

Resultados. En estos momentos se están analizando los resultados de las encuestas. La encuesta ha sido contestada por un total de 673 médicos residentes lo que significa que los resultados globales tendrán un error inferior al 3% para un intervalo de confianza del 95%.

Conclusiones. 1. Conclusiones sobre el atractivo de la formación por especialidades y centro en la Comunidad Valenciana 2. Conclusiones sobre las perspectivas y posibilidades de integración en el mercado laboral y el interés de los MIR en permanecer en centros públicos de la Agencia Valenciana de Salud. 3. Principales factores motivacionales de los puestos de trabajo.

TERCERIZACIÓN DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN HOSPITALARIOS

J. Ríos, M. Pujol, D. Lombrana y P. Saavedra

Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Con la finalidad de disminuir el gasto en salud, cuyo incremento ha sido de gran importancia en estos últimos años, se han establecido nuevas estrategias en el manejo de recursos hospitalarios tendientes a lograr la eficiencia. Uno de estos es la tercerización de los servicios generales hospitalarios tales como alimentación, lavandería, etc. Para ello es necesario contar con estudios que revelen cual es la forma más eficiente de acuerdo a las características de cada hospital.

Objetivo. Investigar desde un punto de vista analítico si los servicios de alimentación que se encuentran tercerizados en manos de empresas privadas resultan menos costosos que si los que brindara el propio hospital.

Métodos. Estudio comparativo analizando los costos mensuales correspondientes a una empresa privada y los costos de un servicio hospitalario referidos a la alimentación de los pacientes internados y personal. Lugar de estudio: Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires de 160 camas. Datos: El Hospital consume aproximadamente 211 raciones diarias. Análisis: se analizaron y compararon los costos tanto si fuera gestionado por una empresa privada o por el propio Hospital.

Resultados. De acuerdo al análisis de costos si estuviera gestionado por una empresa privada el costo mensual de materia prima a mano de obra sería de 67.541,10 pesos argentinos (16.676,81 euros), en tanto que si fuera el propio Hospital sería 71.450 pesos argentinos (17.641,98 euros) lo que indica una diferencia del 6% menos a favor de la empresa privada. Esta diferencia en realidad es mayor ya que en la empresa privada están incluidos los gastos generales tales como gastos en equipos, mantenimiento, pólizas de seguro, mientras que en el sistema hospitalario no están. También podemos remarcar que al hospital le implica un gasto adicional el tener una estructura para compras, mayor cantidad de nutricionistas y control de los alimentos. Por esta razón podemos afirmar que la diferencia es aún mayor del 6%.

Conclusiones. La tercerización constituye un camino que esta siendo crecientemente transitado en la actualidad debido a la urgencia de crecer en la eficiencia y eficacia de la gestión. La opción de servicios de alimentación gestionados por el Hospital y la de tercerizar dicho servicio a una empresa privada constituye una decisión de mucha importancia debiendo ser tenidos en cuenta, conjuntamente, los factores estratégicos y económicos involucrados en tales proyectos. Los datos del estudio demuestran que los costos de los servicios de alimentación tercerizados son menos gravosos que los gestionados por el hospital. Será necesario realizar más estudios similares para confirmar estos resultados, compararlos y tomar las decisiones adecuadas.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE FINANCIACIÓN A L/P PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS EN EL IBSALUT

F.J. Moranta, J. Sanz, L. Bouazza, A. Macías y S. Pérez

IBSALUT.

Objetivos. Evaluar las repercusiones del nuevo modelo de financiación de infraestructuras sanitarias relativas a la construcción, ampliación y/o conservación de los edificios públicos sanitarios de los centros de atención primaria que se deban de realizar en el ámbito territorial de las Illes Balears dentro del marco de la planificación y la gestión sanitaria, la Conselleria de Salut i Consum a través del IBSALUT.

Métodos. Para poder satisfacer las necesidades de infraestructuras sanitarias en los distintos términos municipales de Baleares, el IBSALUT establece una línea de financiación, mediante la firma de un convenio de financiación para la construcción, ampliación y/o conservación de centros públicos sanitarios de atención primaria en el ámbito de las Illes Balears, firmado con la entidad Dexia Sabadell Banco Local, SA. En el ámbito de este convenio de financiación se establecen unos convenios de gestión de obras, con las entidades locales interesadas para la redacción, dirección y construcción y/o ampliación de estas infraestructuras.

Resultados. Desde su firma en el 2003 por un importe inicial de 20 millones de euros y en la actualidad con cerca de 50 mill comprometidos, el modelo de financiación basado en la cesión de derechos de crédito va a permitir la construcción de cerca de 30 nuevos centros que permiten desplegar el plan de infraestructuras definido por el IBSALUT para el período 2004-2010.

Conclusiones. La incorporación de fórmulas de financiación de las inversiones que permitan ejecutarlas en función de las necesidades reales y financiarlas a largo plazo como es la cesión de derechos de crédito derivados de un convenio de obras, por parte de los Ayuntamientos, ha permitido desarrollar la planificación de las infraestructuras en atención primaria una vez identificados los centros de salud i unidades básicas que se deben construir.

PERCEPCIÓN Y EXPERIENCIA DE LOS CLIENTES: HOSPITALES PÚBLICOS FRENTE A HOSPITALES CONCERTADOS

J. Pérez de Arriba, J. Pinto, A. Vitórica, I. de Pablos y J.M. Silva
Departamento de Sanidad. Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria. Gobierno Vasco.

Objetivos. Desde el año 1998, el Departamento de Sanidad realiza una encuesta que chequea aspectos de calidad percibida por los pacientes ingresados cuyo garante es el Gobierno Vasco. El objetivo del estudio es comparar hospitales públicos y privados mediante los datos obtenidos en dicha encuesta del año 2006.

Métodos. La encuesta telefónica arroja una tasa de respuestas del 65%, habiendo respondido 3.429 pacientes atendidos en 11 hospitales públicos y 1.611 en 12 privados. El cuestionario explora las áreas de información, trato, atención al dolor, hostelería, atención al alta y valoración global de la asistencia recibida. La estrategia de análisis compara porcentajes de hospitales públicos vs privados mediante chi cuadrado. Aparte de las diferencias estadísticas halladas, la relevancia de las diferencias de porcentajes observados se evalúan por su magnitud, importancia de cada área chequeada, vulnerabilidad y coste de la introducción de cambios correctores.

Resultados. 1. En los hospitales concertados los pacientes atendidos reconocen de forma más clara al médico de referencia, la amabilidad y el respeto del personal médico y el tiempo de dedicación médica (2%). También valoran mejor la información aportada por los cirujanos tras la intervención (3%), la discreción del personal, la organización del equipo y la intimidad respecto a su proceso (2%), la comodidad de la habitación para pacientes y acompañantes (7%), el informe de alta en mano (3%), la mejoría del problema, la asistencia recibida (3%) y la comunicación anticipada del alta (15%). 2. No existen diferencias en los siguientes aspectos: percepción de conocimientos y competencia médica y de enfermería, información general dada por el personal médico, la limpieza, el número y duración de las visitas, las instrucciones para la toma de medicación y el régimen de vida en el domicilio, y el cumplimiento de las expectativas previas. 3. En los hospitales concertados se obtienen peores niveles en las explicaciones aportadas sobre el riesgo anestésico y naturaleza de la operación (4%), amabilidad y respeto de la enfermería (2%), información general dada por la enfermería (2%), percepción del apoyo proporcionado por el personal sanitario (3%), alivio o erradicación del dolor (9%), temperatura, cantidad, calidad y variedad de la comida (12%), respeto al reposo nocturno (6%) y actitud favorable a ser atendido de nuevo (3%).

Conclusiones. Los hospitales privados son mejor valorados en cuanto a la asistencia médica y el confort de las habitaciones. En los públicos son mejor valorados las enfermeras, la comida, el manejo del dolor, y la posibilidad de hacer uso de nuevo del servicio.

ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DARBEPOETIN ALFA (DA) (ARANESP®) EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) EN ESPAÑA

C. Crespo, R. Arocho y M. Brosa
Oblikue Consulting, Barcelona, Spain; Amgen S.A., Barcelona, Spain

Objetivos. Diversos estudios nacionales e internacionales indican que la conversión de rHuEPO alfa/beta a DA para pacientes con IRC anémicos es más eficiente. El presente estudio analiza el impacto económico potencial del uso de DA en España.

Métodos. Se utilizaron los resultados de estudios españoles que analizaron las dosis necesarias de distintos Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (AEE) para conseguir el control de la anemia en pacientes con IRC, tanto en prediálisis como en hemodiálisis. Estos datos fueron combinados con los costes de adquisición de los distintos AEEs (PVL) para estimar el potencial impacto económico de la conversión de rHuEPO alfa/beta a DA. Se utilizó la técnica de simulación de Monte-Carlo para analizar la influencia de cambios en los costes, la eficiencia-dosis y las dosis de tratamiento en los resultados.

Resultados. Los resultados del análisis mostraron que el uso de DA IV en lugar de rHuEPO alfa IV y beta IV supondría un ahorro anual por paciente en hemodiálisis con anemia del 32,8% (1.148€) y del 33,5% (1.184€) respectivamente. En pacientes en prediálisis, el uso de DA SC en lugar de rHuEPO alfa SC y beta SC supondría un ahorro anual por paciente del 16,0% (180€) y del 16,9% (191€) respectivamente. Los análisis de sensibilidad no produjeron cambios en las conclusiones.

Conclusiones. El uso de DA en lugar de otros AEE en el manejo de los pacientes anémicos con IRC puede generar ahorros para el SNS.

EL ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL COMO ELEMENTO INTEGRADOR DE LA INFORMACIÓN ECONÓMICA Y ASISTENCIAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO

O. Vázquez Sánchez, D. García-Lemos, A. Castro-Ramallo, D. Rimada-Mora y G. Vázquez-González

Servicio de Informática. C.H.U. Juan Canalejo; Dirección de Gestión. C.H.U. Juan Canalejo.

Objetivos. Las tecnologías de Data Warehousing, OLAP (procesamiento analítico on-line) y Data Mining representan una innovadora oportunidad para dar mayor operatividad a los datos y ponerlos a disposición de los encargados de tomar decisiones. En el CHUJC se está desarrollando un Cuadro de Mando para la gestión, enfocado fundamentalmente al área de la gestión económico-financiera-presupuestaria y al análisis de la información asistencial. Actualmente el sistema permite el análisis de la información económica y parte de la información de actividad clínica y se está comenzando con la inclusión de la información proveniente de las unidades de enfermería al considerarlas determinantes como motor de la actividad asistencial.

Métodos. Se ha realizado un análisis previo de las necesidades de información, intentando establecer las dimensiones y las perspectivas del modelo para la obtención de los informes descriptivos del entramado económico y asistencial. Posteriormente se comenzó con la construcción del sistema definiendo los orígenes de información, los almacenes de datos y el frontal de visualización.

Resultados. El desarrollo del sistema se está realizando de manera incremental, incluyendo en cada etapa nuevos Servicios del CHUJC. Actualmente es posible analizar la información económica de Ingresos y Facturación, Contabilidad, Compras y Suministros, Mantenimiento, Personal, Farmacia, Costes y Contratación e Inversiones. Además, para poder realizar un análisis económico coherente, es necesario incluir la actividad hospitalaria por lo que actualmente se reflejan en el sistema más un de un centenar de conceptos de actividad clínica. Se ha realizado un gran esfuerzo en la homogeneización de los conceptos manejados y también se han establecido los conceptos específicos de cada servicio que proporcionan mayores posibilidades de estudio.

Conclusiones. El sistema ha conseguido una mejor representación de la información de gestión económica del CHUJC y permite que la información, que es generada por los distintos servicios, sea accesible desde un único punto. Actualmente, es posible realizar un análisis dinámico de los datos al tratarse de un frontal analítico y no de informes estáticos que únicamente muestran fotos puntuales de la situación. El siguiente paso es añadir al sistema la información generada en las unidades de enfermería del CHUJC. Toda esta información asistencial podrá ser cruzada con la información actualmente almacenada en el sistema consiguiéndose así comparar los datos económicos y financieros del complejo con gran cantidad de datos de la actividad asistencial de cada una de las unidades.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LOS FLUJOS ASISTENCIALES ENTRE TERRITORIOS EN CATALUÑA

D. Frigola, J. Fusté, C. Illa y J.M. Elorza

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació. Unitat de Mapa Sanitari; IASIST.

Objetivos. El objetivo del estudio es analizar, desde un punto de vista territorial, la relación entre los flujos asistenciales en diferentes líneas de servicios. Las líneas de servicio analizadas incluyen la asistencia especializada prestada en hospitales de agudos, la atención de salud mental y la asistencia sociosanitaria.

Métodos. Se han analizado 11,4 millones de contactos con el sistema sanitario público catalán correspondientes a 2005. De estos, el 95% corresponden a entornos hospitalarios de agudos, un 4% se produjeron en entornos de atención a la salud mental y un 1% se produjo en entornos de prestación sociosanitaria. Para el análisis territorial se ha considerado la división de Cataluña en 37 ámbitos territoriales, correspondientes a los futuros gobiernos territoriales de salud (GTS). Para cada línea asistencial, se ha calculado la atracción de cada GTS de destino sobre la actividad generada por cada uno de los GTS de origen del paciente. Posteriormente, las combinaciones origen-destino se han correlacionado para las diferentes líneas asistenciales. El análisis de correlaciones se ha realizado de forma paramétrica (Pearson) y no paramétrica (Spearman), sin que se hayan modificado sustancialmente las principales asociaciones encontradas.

Resultados. Del total de actividad, un 80% se resuelve dentro del propio GTS de origen del paciente, mientras que el 20% restante requiere desplazamiento a otros GTS. En comparación con la atención sociosanitaria y de salud mental, el ámbito de atención hospitalaria es el que refleja constantes resoluciones menores del GTS de origen. Entre los servicios asistenciales vinculados al recurso hospitalario de agudos se aprecian correlaciones elevadas, más de 0,7, en las atracciones. Algunos GTS funcionan como polos de atracción para su área de influencia tanto en hospitalización como en los servicios asociados a la estructura hospitalaria de agudos: urgencias, CMA y consultas externas. En el resto de líneas no se aprecia asociación entre ellas ni con respecto a la hospitalización de agudos. Aunque cabe destacar que en el ámbito sociosanitario existe una correlación significativa entre los servicios de convalecencia y larga estancia.

Conclusiones. El análisis de los flujos asistenciales entre territorios muestra que no existe una correlación entre la asistencia especializada prestada en hospitales de agudos, la atención de salud mental y la asistencia sociosanitaria. La correlación observada entre los servicios asociados a la estructura hospitalaria de agudos o la observada entre los servicios de internamiento sociosanitario hace referencia a servicios que habitualmente se prestan desde un mismo dispositivo asistencial.

PRELIMINARY RESULTS OF THE PRIMARY HEALTHCARE SERVICES REFORM IN PORTUGAL

A. Rodrigues, F. Batel Marques, P.L. Ferreira y V. Raposo

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Objetivos. A bureaucratic model of organization along with a lack of clinical governance was identified as major constraints responsible for poor performance and inefficiencies of Portuguese primary health care services. Therefore, a reform was undertaken in 2006. Based on a bottom-up approach, voluntary clusters of family physicians, nurses and clerk personal (USF*), with a capitation basis of a minimum of 4000 and a maximum of 18000 inhabitants per USF, were created. Reform aims were established according to the development of new organisational models for provisional care settings, decentralised decision making processes, contracting / commissioning with health administrations, continuous quality improvement, efficiency gains, and transparency and accountability. This study was carried out in order to evaluate the adherence of health professionals with the purposed reform process.

Methods. A survey on the organization process, development and implementation of USF was carried out in order to evaluate the reform progress.

Results. Of the one hundred and thirty seven purposed USF, seventy have been approved, of which forty-six are now in practice. The remaining are under different stages of evaluation. Those seventy USF have involved a total of 1342 professionals (478 family physicians, 485 nurses and 379 clerks). So far, with the same amount of human resources, the covered populations increased from 752.631 to 841.724 (9%). This movement represents 8% of the total number of family physicians working for the National Health Service and covers 9% of the Portuguese population. According to these findings, adherence rates to the reform process mainly lie on innovators **, therefore not yet reaching the critical mass needed to ensure its success.

Conclusions. *USF Unidade Familiar de Saúde (Family Health Unit). **Rogers, E.M. (1995) Diffusion of innovations. New York. Free Press.

HEALTH GOVERNANCE AND THE USE OF SATISFACTION INDICATORS

P.L. Ferreira y V. Raposo

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Objetivos. It is well recognized that patients' views are important in measuring the quality of the care delivered. The evaluations produced are valuable measures of clinical effectiveness and economic efficiency. On the other hand, taking into account these evaluations is a way to contribute to the democratization of the health services. Based on the Europep European study and on the presentation of some related concepts — health governance and changing quality processes — it is possible to classify the health centers on the evaluation performed by their users about the quality of the care provided. The results of this classification system can be useful as evidence for decisions to improve the governance and the quality of the care provided.

Methods. A sample of answers from 11,166 patients from all health centers of Portugal mainland was used in this study. The indicators were grouped into five large dimensions: (1) relationship and communication between doctor and patient; (2) provided healthcare; (3) information and support; (4) continuity of care and cooperation between primary and hospital care; and (5) service organization. We also consider a global satisfaction indicator, resulting from the clustering of the above mentioned indicators according to a set of criteria. On the basis of the values obtained for each indicator, and corresponding quintiles, a classification system for each indicator was created, and the criteria were then applied to the health centers.

Results. The results evidenced some asymmetry, taking into account the comparison between sub-regions and even within each sub-region. On the basis of the results obtained and the classification, we proposed an intervention in the primary care, ranging from new management and organization freedom for the better classified health centre through external intervention for the worse.

Conclusions. The system we present is aimed to classify the health centers on the basis of their quality assessment, expressed in terms of the satisfaction of the users with the health care received. This assessment largely depends on the expectations of those who perform it and these individual expectations can be low due to several reasons. It is not a perfect system and it always depends on the willingness of the users to answer the questionnaire, which they anonymously fill and send by mail. However, the results are based on the better available information and were obtained in an independent way. We argue that, more than to create an absolute criteria system, there is a need to perform a benchmarking, comparing health centers and adjusting the criteria to the scores distribution.

ASOCIACIÓN ENTRE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y GASTO FARMACÉUTICO EN HIPOLIPIEMIANTE EN CATALUÑA. ANÁLISIS DEL PERÍODO 1

J. Mendivil, A. García-Altés, C. Colls, J. Benet, D. Elvira, et al

Agència de Salut Pública de Barcelona; Departament de Salut; Consorci Sanitari de Barcelona.

Objetivos. El consumo de productos farmacéuticos en España ha mostrado un crecimiento continuado a lo largo de las últimas dos décadas. La evidencia sugiere que el consumo de hipolipemiantes puede disminuir la morbilidad y la mortalidad en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Consensos nacionales e internacionales así como guías de manejo sugieren su prescripción en prevención secundaria. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación entre el gasto farmacéutico en hipolipemiantes y diferentes indicadores de morbilidad y mortalidad cardiovascular en Cataluña para el período 1999-2004.

Métodos. Treinta y siete "áreas de salud" constituyen la unidad de análisis de nuestro estudio. Las tasas de mortalidad fueron calculadas por grupos quinquenales de edad para el período 1999-2004 a partir del Registro de Mortalidad de Cataluña y estandarizadas por el método directo utilizando la población de Cataluña 1991 como población de referencia. El gasto farmacéutico es calculado como la razón entre el gasto en medicamentos hipolipemiantes y la población tratada por grupos de edad. Mediante el coeficiente de correlación de Spearman se evaluó la asociación entre a) indicadores adaptados del "UK National Health Service performance assessment framework" (porcentaje de población con enfermedades crónicas, prevalencias real y diagnosticada de hipertensión arterial, tasa de mortalidad por enfermedad coronaria, prevalencia de hábito tabáquico, tasa de hospitalización por accidente vascular cerebral, tasa de angioplastia coronaria y porcentaje de reingresos por enfermedad coronaria, entre otras) y b) gasto farmacéutico en hipolipemiantes. Este análisis se hizo por separado para hombres y mujeres.

Resultados. La tasa de morbilidad-mortalidad por enfermedades cardiovasculares es más alta en hombres que en mujeres en el período 1999-2004. Existe una asociación negativa entre morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y gasto farmacéutico en hipolipemiantes.

Conclusiones. En las áreas de salud estudiadas existe una fuerte asociación entre gasto elevado en hipolipemiantes y tasas bajas de morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Nuestro trabajo genera interrogantes sobre los determinantes del impacto del uso de este tipo de tecnologías médicas en la salud. Es necesario profundizar y buscar modelos que expliquen la asociación encontrada y que permitan generar nuevas evidencias sobre gasto farmacéutico y morbi-mortalidad en nuestro contexto.

USING DISCRETE CHOICE EXPERIMENTS WITHIN A DECISION ANALYSIS FRAMEWORK

R. Hernández, M. Kilonzo, L. Vale, J. Burr y M. Ryan

Health Economics Research Unit; Health Services Research Unit; University of Aberdeen.

Objetivos. Economic models are increasingly used to assess cost-effectiveness. Within a modelling exercise the effects of the interventions compared are often presented in terms of quality adjusted life years (QALYs). Standard gamble and time-trade off are commonly used to estimate utilities for health states within a model. Recently discrete choice experiments (DCEs) have been used to estimate health state utilities. However, to date utility scores estimated from a DCE have not been applied within a modelling framework.

Aim. to assess the feasibility of combining the utilities generated from a DCE into an economic modelling framework.

Methods. A OAG profile measure was developed, describing various possible health outcomes. The DCE was used to define health state utilities for all possible health outcomes resulting from this profile measure, resulting in the Glaucoma Utility Index (GUI). A Markov model (MM) describing care pathways for alternative methods of screening for OAG was developed using expert advice. Both these two elements were developed in line with recommendations for good practice and in an iterative fashion. For example, the attributes and levels of the DCE were based on existing profile measures, qualitative research and expert opinion. The Markov states were developed to be consistent with the attributes and levels of the DCE. That is the characteristic used to define severity of disease, and from these to define mild, moderate and severe glaucoma states, were defined from the DCE. The utilities generated from the DCE were used in the Markov model to estimate the incremental cost per QALY of alternative methods of screening for OAG. Deterministic and probabilistic sensitivity analysis was conducted.

Results. Utility scores generated from the DCE were 0.84 for mild glaucoma, 0.77 for moderate glaucoma and 0.73 for severe glaucoma. When applying these utility scores within a MM, preliminary results suggest that population screening had an incremental cost per QALY of £102K and 0% chance of being cost-effective at a £20,000 threshold.

Conclusions. The study demonstrated the feasibility of using the health state valuations derived from a DCE within a MM framework. Future work will explore how utilities from DCEs could be employed as part of an economic evaluation alongside a trial as well as to incorporate preferences for the process of care into a modelling framework.

ESTIMACIONES DEL VALOR MONETARIO DE LOS AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD

J.L. Pinto-Prades, G. Loomes e I. Méndez-Martínez
Universidad Pablo de Olavide; Universidad de East Anglia; Universidad de Murcia.

Objetivos. Presentar dos estudios realizados en nuestro país que tratan de estimar el valor monetario de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) en nuestro medio.

Métodos. Se obtiene, para cada sujeto, el valor en AVACs de una cierta mejora en la salud utilizando el método de la Lotería Estándar. Asimismo, se obtiene, para ese mismo sujeto, la disposición a pagar por dicha mejora. Estas dos variables nos permiten obtener el valor monetario del AVAC. Se realizaron diversas pruebas de consistencia de las estimaciones: 1. Se estimó si el valor del AVAC era constante para diversas ganancias en la salud. 2. Se estudió si las estimaciones estaban sujetas a efectos de orden. 3. Se estudió si los sujetos mostraban sensibilidad al período de pago.

Resultados. 1. El valor monetario del AVAC osciló, por término medio, entre 10.000 y 30.000 euros por AVAC. 2. El valor monetario del AVAC era mayor para mejoras en la salud pequeñas. 3. El valor monetario del AVAC estaba influido por efectos de orden. 4. Los sujetos eran poco sensibles al período de pago.

Conclusiones. El método usado permite realizar estimaciones del valor monetario del AVAC. Sin embargo, estas estimaciones están sujetas a variaciones, en ocasiones muy importantes, cuando se producen cambios en las preguntas que, teóricamente, deberían ser irrelevantes. La cuestión clave, en nuestra opinión, es decidir si las estimaciones realizadas pueden ser un instrumento útil en la toma de decisiones sanitarias, dadas las variaciones provocadas por cuestiones tales como el orden de las preguntas.

ANÁLISIS DE LA APORTACIÓN DE LOS USUARIOS EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

C. Meseguer, J. Arias, M. Ausejo, I. Fernández y A. Cruz
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Objetivos. Describir y analizar la aportación de los usuarios del sistema en la prestación farmacéutica en la Comunidad de Madrid.

Métodos. Estudio descriptivo de corte transversal, en el que se analizaron los datos de aportación para el total de las recetas farmacéuticas correspondientes al año 2006, obtenidos a través del sistema de información farm@dríd. La información se analiza por grupos de edad, por género, por tipo de productos, por segmento de mercado (especialidades farmacéuticas genéricas/resto de especialidades farmacéuticas), y por grupos terapéuticos. Se obtienen datos anuales y mensuales. Los anuales se presentan como porcentajes medios de aportación junto con sus desviaciones estándar (DE), con la excepción del análisis por grupos terapéuticos en el que se emplean porcentajes acumulados de aportación a lo largo del 2006.

Resultados. El promedio anual de aportación fue del 7,99% (DE: + 0,42%), con un rango que osciló entre 7,47% correspondiente al mes de agosto y 8,83% correspondiente a mayo. Por grupos de edad, el promedio anual de aportación fue: para 0-14 años del 27,30% (DE: + 0,0369); para 15-44 años del 20,46% (DE: + 0,0153); para 45-64 años del 16,50% (DE: + 0,0034); para 65-74 años del 0,61% (DE: + 0,0003) y para >75 años del 0,10% (DE: + 0,0000). Por género, el promedio anual de aportación fue de 7,94% (DE: + 0,0044) en hombres y de 7,48% (DE: + 0,0040) en mujeres. Por tipo de producto, el promedio anual de aportación para las fórmulas magistrales fue del 50,60% (DE: + 0,0209), para las especialidades farmacéuticas del 8,14% (DE: + 0,0044) correspondiendo a las especialidades farmacéuticas genéricas un 14,10% (DE: + 0,0078) y al resto un 7,27% (DE: + 0,0036). Por último, el promedio anual de aportación para los efectos y accesorios fue del 2,65% (DE: + 0,0011). La aportación anual acumulada para 7 de los 32 grupos terapéuticos analizados fue superior al 20%, destacando los antialérgicos (43,13%), los antibióticos (30,69%); para 8 grupos osciló entre el 10 y 20% y para el resto, fue inferior al 10%.

Conclusiones. La aportación de los usuarios a la prestación farmacéutica es pequeña, apenas 8 de cada 100 euros, sin diferencia entre hombres y mujeres. La aportación mayor es para las fórmulas magistrales en donde el volumen de gasto es pequeño y por el contrario, en las especialidades farmacéuticas la aportación es baja teniendo un importante volumen de gasto. En la evaluación de los datos correspondientes a las especialidades farmacéuticas, la mayor aportación correspondió a las especialidades farmacéuticas genéricas y, en el análisis por grupos terapéuticos a los antialérgicos y antibióticos más utilizados por la población joven.

CENTRALIZACIÓN DE COMPRAS DE MEDICAMENTOS: ELEMENTOS NECESARIOS PARA UNA GESTIÓN INTEGRAL

J. Hernández, M. Ausejo, T. Molina, A. Mataix y C. Meseguer
Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

Objetivos. Describir los elementos necesarios para realizar una gestión integral de compras de los medicamentos de los hospitales de un servicio de salud.

Métodos. Se trata de un objetivo corporativo de la organización enmarcado en el Plan estratégico de Farmacia e integrado otras áreas de política farmacéutica. El inicio del diseño se realizó en el año 2003 construyendo un sistema de información de adquisiciones y consumos de medicamentos de los 24 hospitales integrados en el sistema. En el año 2005 se diseñó un análisis del mercado y se realizó una propuesta de las áreas terapéuticas prioritarias, se analizó la variabilidad de precios, se evaluaron los datos por un grupo multidisciplinar formado por farmacéuticos y gestores, se verificó la información disponible, se procedió a la armonización y alisamiento de los precios unitarios, se compararon con distintas Comunidades Autónomas y se realizó una presentación a los proveedores.

Resultados. Se realizó un contrato marco para el suministro de medicamentos en 2006 que contemplaba el 30% del volumen de compras hospitalarias y que corresponde a los siguientes grupos terapéuticos: factores estimulantes de eritropoyesis, antineoplásicos (paclitaxel), antirretrovirales y tratamiento de hepatitis C crónica. Se presentaron 16 laboratorios farmacéuticos a un total de 131 lotes ofertados. El ahorro final del concurso estimado sobre el gasto del año 2005, es de 13.616.163 que corresponde a un 10,67% sobre el gasto real y un 15,05% sobre el precio de mercado.

Conclusiones. La centralización de las compras de medicamentos como objetivo corporativo permite dotar de transparencia al sistema de adquisición de medicamentos, aumentar la agilidad y la eficiencia del sistema y establecer una mayor cooperación e intercambio de conocimiento entre centros. Los sistemas centralizados de compras se deben complementar con medidas de evaluación para la selección racional de los medicamentos y establecer su lugar en la terapia, así como con métodos que permitan conocer su adecuación en la utilización real.

ANÁLISIS CRÍTICO DEL USO DEL CUESTIONARIO EQ-5D EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS

L. Betegón, N. Lara y X. Badia
HEOR; IMS Health, Barcelona, Spain.

Objetivos. Describir y analizar la frecuencia y metodología de utilización del EQ-5D en la obtención de las utilidades empleadas en los estudios de coste utilidad (CUA).

Métodos. Se realizó una revisión sistemática de la literatura (Medline, Biblioteca Cochrane, IME, IBECs, NHS EED y Proceedings del Grupo EQ-5D) de todas aquellas publicaciones en inglés o español que analizasen evaluaciones económicas (EE) completas y que expresaran resultados en términos de coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado. Se revisó el período 1997-2005. Se diseñó una base de datos donde se recogió, además de la información general (año de publicación, país, intervención sanitaria evaluada), información sobre: perspectiva del estudio, tipo de estudio (sólo CUA o también CE), fuente de la evidencia y datos sobre resultados en salud (metodología de obtención).

Resultados. Se incluyeron 45 artículos, 20 de ellos realizados en el Reino Unido, seguido de Holanda (10), USA y Suecia (4), Australia y España (2), y Canadá, Francia, Noruega (1). Se excluyeron 177 artículos por: sólo presentar comparaciones con otros instrumentos (6%), presentar costes y preferencias separadamente (22%), EA-5D utilizado para medir preferencias (34%), sólo presentar tarifas basadas en el EQ-5D (6%), artículos teóricos sobre CUA (9%), y no presentar resultados de un CUA (23%). Se observó un aumento progresivo de publicaciones a partir del 1999 hasta el 2002. En la mayoría de los casos el EQ-5D se utilizó para evaluar programas de salud (51%) o tratamientos farmacológicos (31%). La mayoría de los estudios (44%) estaban enfocados desde la perspectiva del tercer pagador considerando costes directos, y en un 61% se basaban en ensayos clínicos controlados, seguido de estudios observacionales (19%). En un 65% de los casos el EQ-5D fue el único instrumento utilizado. Un 42% de los estudios no daban ninguna información sobre el número de veces que el EQ-5D se había administrado y un 64% no mencionaba la forma de administración del cuestionario. En cuanto al método de obtención de AVACs sólo un artículo indicaba explícitamente que los valores se obtuvieron a través del método TTO ("time trade off"). Un 33% de los estudios se basaban en tarifas obtenidas en población similar a la población de estudio.

Conclusiones. El EQ-5D es el cuestionario más usado en Europa como herramienta para medir las preferencias por los estados de salud, sin embargo en la mayoría de los estudios de coste-utilidad revisados se da escasa o ninguna relevancia a la metodología de utilización del EQ-5D y obtención de las utilidades.

EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS: HACIA UNA POLÍTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

J. Espín y J. Rovira

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universitat de Barcelona.

Objetivos. 1. Describir las distintas prácticas de política farmacéutica en Europa. 2. Evaluar su impacto respecto a los objetivos de contención del gasto, accesibilidad e incentivos a la innovación. 3. Evaluar la evidencia y percepciones respecto al impacto de dichas prácticas por parte de un conjunto de responsables técnico/políticos de los países de la UE.

Métodos. La primera fase ha consistido en una revisión de la literatura sobre el impacto de seis prácticas seleccionadas (control de precios, participación en el coste, sustitución de genéricos, precios de referencia, incentivos a los prescriptores y "pay-back" (devolución de gastos que exceden un objetivo predeterminado). En una segunda fase se diseñó un cuestionario que fue enviado para su cumplimentación a un responsable político/técnico de cada uno de los Estados Miembros de la Unión Europea. El cuestionario constaba de tres secciones: la primera tenía como objetivo dar una visión global de los aspectos económicos (fijación de precios, financiación e incentivos) de la política de medicamentos. La segunda sección se centraba con mayor nivel de detalle en la descripción de las seis prácticas seleccionadas y la tercera pretendía determinar las actividades de seguimiento y evaluación de las seis prácticas indicadas, así como la evidencia disponible sobre su impacto desde la perspectiva del encuestado.

Resultados. Se constata una gran variedad de prácticas de política farmacéutica entre los países de la UE, así como una persistente tendencia al cambio frecuente de política, una de las razones que impide su evaluación. Los resultados señalan la existencia de un gran número de países que aplican la regulación de precios, aunque los criterios para determinar el precio se han desplazado del criterio del coste de producción a la utilización de precios de referencia internacionales y a la utilización de criterios de coste efectividad. El sistema de precios de referencia es uno de los que está experimentando un mayor auge, aunque uno de los países pioneros en su aplicación lo ha abandonado recientemente. Destaca también el hecho de que la mayoría de los países proveen información y recomendaciones a los prescriptores, pero muy pocos utilizan incentivos económicos para influir en su comportamiento. Los resultados del trabajo muestran también que, en relación a Estados Unidos, existe un número relativamente limitado de estudios de evaluación del impacto de políticas farmacéuticas en Europa, con la excepción del Reino Unido.

Conclusiones. Algunas de afirmaciones sobre el impacto de las distintas políticas están apoyadas por la evidencia, pero la mayoría lo está sólo por opiniones y argumentos teóricos.

PERFIL DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

A. Apiñaniz-Fdez de Larrinoa, G. Viñegra-García, J. Quintas-Díez y J.L. Elexpuru-Markaida

Departamento de Sanidad en Alava-Gobierno Vasco.

Objetivos. Se trata de analizar la demanda de asistencia urgente hospitalaria en un hospital de Vitoria-Gasteiz. Una vez efectuada la diagnosis, establecer el perfil del paciente hiperfrecuentador del servicio de urgencias hospitalarias; y proponer medidas correctoras para evitar la demanda inadecuada.

Métodos. Se diseña un estudio retrospectivo transversal. El emplazamiento del estudio es en el servicio de urgencias del Hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz. El período muestral es el ejercicio 2006 y la población de la muestra son pacientes que acuden al mencionado servicio 12 o más veces a lo largo del año. La recogida de datos de campo desagrega sexo, edad, patología, número de ingresos y número de altas. También se recogen datos cualitativos y cuantitativos: interconsultas, diagnóstico al alta tras ingreso, pruebas complementarias y derivaciones desde atención primaria. El estudio se realiza con bases de datos electrónicas: AS 400, Osabide, Clinic y PCH.

Resultados. De las 57.162 urgencias atendidas en 2006, el 1,6% del total está causado por 66 pacientes hiperfrecuentadores que acudieron 12 o más veces. Por patologías: los pacientes con psicopatologías tienen mayor tendencia a utilizar los servicios de urgencias. También son abundantes los pacientes con patología osteoarticular, infecciones respiratorias y trastornos digestivos. No hay diferencia sustancial entre genero. La edad media de los pacientes hiperfrecuentadores se sitúa en torno a los 50 años, siendo los de edad más elevada (70 o más años) un grupo que sobre utilizan la urgencia hospitalaria. Las patologías más recurrentes son las crónicas. Y hay una mayor utilización del servicio de urgencia hospitalaria cuando la atención primaria está más saturada por picos de demanda.

Conclusiones. Los resultados del estudio muestran concordancia con estudios previos. Está en discusión la definición de paciente hiperfrecuentador y su repercusión sobre los profesionales sanitarios y el equilibrio de recursos del sistema sanitario. En cualquier caso, la saturación de los servicios de urgencia y la tendencia a la inadecuada utilización tiene correlación directa con factores como la accesibilidad (el caso que nos ocupa está ubicado en el centro urbano); la capacidad de resolución de la atención primaria; la racionalización de recursos (a mas tiempo de espera en ser atendidos, menos utilización de los servicios de urgencias); la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios; y otros de evaluación cualitativa.

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIHIPERTENSIVO Y LA VARIABILIDAD DE SU PRESCRIPCIÓN

G. Viñegra-García, J.L. Quintas-Díez, A. Apiñaniz-Fernández de Larrinoa y J.L. Elexpuru-Markaida

Departamento de Sanidad en Alava-Gobierno Vasco.

Objetivos. Se trata de valorar la adecuación del tratamiento farmacológico antihipertensivo, sus costes asociados, la variabilidad de la prescripción entre los diferentes centros de salud, sus causas, así como proponer medidas correctoras.

Métodos. Se diseña un estudio descriptivo trasversal. El emplazamiento del estudio es el Area de Salud de Alava de 300.000 habitantes. El período muestral son los ejercicios 2005 y 2006. La recogida de datos se ha tomado del sistema de facturación de farmacia extrahospitalaria. Se trata de tratamientos de anti-HTA prescrito por los facultativos de atención primaria y financiados públicamente. Los datos de prescripción se han distribuido por subgrupos terapéuticos y se han analizado el número de DDD. Se han asignado perfiles de gasto a los médicos de cada EAP y se han analizado las variaciones producidas en la prescripción.

Resultados. La población diana son 18.400 pacientes hipertensos dentro del programa de control y seguimiento de la HTA en atención primaria. En nuestro estudio, sin embargo, fue de 166,9 DHD. El grupo farmacológico utilizado con mayor frecuencia en pauta individual fueron los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) con un 41,48%. Le siguen: diuréticos con el 21,51%; antagonistas del calcio (BCC) con 13,07%; antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAI) con el 12,94%; bloqueadores beta (BB) con el 7,51%; y bloqueadores alfa con un 3,49%. La prescripción por asociaciones fue de un 13,86%. El conjunto de prescripción farmacológica en antihipertensivos ha supuesto 6,2 millones de euros o lo que es lo mismo el 20% de la factura farmacéutica. Existe una elevada variabilidad entre EAPs en la prescripción de antiHTA. El cribado de pacientes demuestra que la adecuación farmacológica fue adecuada en un 76%, intermedio en un 21% y no adecuado en un 3%.

Conclusiones. Los resultados del estudio muestran concordancia con estudios previos, es decir el consumo de antihipertensivos en España durante 2001 fue de 182,8 DHD. La elevada variabilidad puede sugerir una práctica clínica probablemente inadecuada e interesada. La variabilidad elevada entre unas EAPs y otras relacionándolas con resultados en salud (tratamiento correcto) denota una práctica clínica poco consensuada respecto a guías de práctica clínica de hipertensión. La observación de un alto porcentaje de ARAII por encima de BB o BA, siendo fármacos de reciente introducción que no se han demostrado efectivos respecto a IECA deja entrever una presión de la industria farmacéutica. El indicador de genéricos es bajo. Falta información exhaustiva de calidad de prescripción a los médicos de atención primaria.

COSTES DE LAS FRACTURAS DE CADERA CON ALENDRONATO Y RISEDRONATO: RESULTADOS DEL ESTUDIO REAL

L. Betegón

IMS Health, Madrid.

Objetivos. En osteoporosis la eficacia de los bifosfonatos ha sido puesta de manifiesto principalmente en ensayos clínicos que evalúan resultados intermedios como el cambio en la densidad ósea, una medida no siempre fácil de traducir a reducción de fracturas. El Estudio REAL se ha diseñado para obtener datos claros y directos sobre la incidencia de fracturas con 2 bifosfonatos (alendronato y risedronato). Sus resultados se han combinado con costes españoles para determinar qué tratamiento permitiría hacer un consumo más racional de los recursos sanitarios en nuestro país.

Métodos. El REAL es un estudio observacional que ha estimado la incidencia de fracturas de cadera a través de los datos de más de 33.000 pacientes tratadas con alendronato (n=21.615) y risedronato (12.215) semanal durante un máximo de un año. Para estimar el coste total de tratar a 1.000 pacientes con cada bifosfonato se ha combinado información sobre la incidencia de fracturas y la incidencia de complicaciones gastrointestinales asociadas a cada bifosfonato con los costes de cada bifosfonato (incluyendo las presentaciones genéricas), el coste de las fracturas, y el de las complicaciones gástricas obtenidos de la literatura.

Resultados. A los 6 meses de tratamiento la incidencia de fracturas de cadera era un 46% inferior en la cohorte que recibió risedronato en comparación con la tratada con alendronato (IC 95% 9%-68%, p-valor=0,02). El coste de tratar a 1.000 pacientes con risedronato fue de sólo 340.335€ (Actonel), frente los 350.355€ si tratados con otro risedronato (Acrel) y a los 418.076€ que supone el coste de los tratados con alendronato (Fosamax), o los 341.096€ y 344.636€ que costaría el mismo tratamiento pero con presentaciones genéricas de alendronato. Los ahorros derivados del uso de Actonel se producen por menores costes de tratar fracturas, un menor coste de las complicaciones gastrointestinales asociadas y en algún caso también un menor coste del fármaco.

Conclusiones. El Estudio REAL ha puesto de manifiesto que con sólo 6 meses de administración el uso de risedronato (Actonel) se puede asociar a una incidencia de fracturas de cadera un 46% inferior a la que asociada a alendronato. El estudio de costes realizado indica que la administración de risedronato (Actonel) es la mejor alternativa terapéutica disponible porque no sólo se asocia a menor incidencia de fracturas de cadera y de complicaciones gastrointestinales, sino que tiene menores costes totales de tratamiento, incluso si se compara con las versiones genéricas de alendronato.

GASTO DE BOLSILLO EN CHILE 2005: ESTRUCTURA, PARTICIPACIÓN RELATIVA Y TENDENCIAS

D. Debrott-Sánchez

Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, Departamento Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Objetivos. El trabajo tiene por objetivos describir, a nivel de quintiles y deciles de gasto, la estructura (por componentes) del gasto de bolsillo en bienes y servicios de Salud; medir la participación relativa de dichos componentes en el subtotal de gasto de bolsillo en salud y en el gasto total de los hogares; discutir algunas tendencias observadas durante los últimos 10 años; y establecer la línea-base para el monitoreo y seguimiento del gasto de bolsillo en salud definido en los Objetivos Sanitarios para la década.

Métodos. Se analizan los resultados, con acceso a microdatos, del I Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud realizado en noviembre 2005 por el Ministerio de Salud. Se trata de una encuesta de hogares, con muestra de representatividad nacional urbana, aplicada a alrededor de 19.000 personas correspondientes a 5.000 hogares. Se utilizan métodos estadísticos descriptivos, proporcionando resultados agregados y por nivel socioeconómico. Corresponde a la aplicación en Chile de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS. El problema de valores perdidos es resuelto mediante un método de regresión lineal múltiple para minimizar sesgos. Finalmente, se se discuten las tendencias observadas y se extraen conclusiones para la formulación de políticas públicas.

Resultados. El Estudio confirma la estructura del gasto de bolsillo en salud, determinada en las tradicionales encuestas de hogares del INE (EPF), en las que medicamentos es el ítem principal y regresivo (quintil I: 57,%; quintil V: 39,0%). El peso del gasto de bolsillo en salud sobre el gasto total del hogar es 9,6% y baja a 8,7% considerando los reembolsos. Proporciona información sobre bienes y servicios no tradicionales de salud (medicina alternativa, yerbas medicinales, homeopatías, hospitalización domiciliaria) y sobre el gasto de bolsillo en seguros de salud adicionales a la Seguridad Social o en contribuciones voluntarias de trabajadores independientes. Se confirma la progresividad del gasto por quintiles de gasto y nivel socioeconómico. La razón 20/20 del gasto de bolsillo en salud entre los quintiles extremos es alrededor de 28,4 veces, mientras para el gasto total es de 9,8 veces. Finalmente, se discute el problema del acceso a bienes y servicios como factor determinante de los resultados estadísticos obtenidos.

Conclusiones. El mayor peso relativo del gasto de bolsillo en salud de este Estudio comparado con las encuestas de hogares del INE se explica por diferencias metodológicas. El peso de medicamentos está determinado por la baja cobertura de la Seguridad Social y es necesario desarrollar políticas al respecto. Es necesario complementar estos análisis con estudios sobre acceso, ya que la progresividad observada puede ocultar dicho fenómeno.

ESTIMACIÓN DE MODELOS DE UTILIZACIÓN PARA LA CAPITALIZACIÓN AJUSTADA POR NECESIDADES

C. Ibáñez-Gericke

Departamento de Economía de la Salud; Ministerio de Salud – Chile.

Objetivos. Contribuir a introducir mayores niveles de racionalidad en la toma de decisiones en relación a la asignación de recursos a los servicios de salud, teniendo como criterios las necesidades relativas de los ciudadanos.

Métodos. Se estima un sistema de ecuaciones que intentan explicar las necesidades relativas de las poblaciones asociadas a los servicios de salud en tres ámbitos de necesidades: hospitalizaciones, consultas médicas de especialidad y consultas de urgencia. La estimación se realiza mediante la técnica de Ecuaciones Aparentemente no Relacionadas.

Resultados. Se contrasta la pertinencia de la técnica de estimación mediante el estadístico ML por Breuch y Pagan, rechazándose la hipótesis de que los errores no están correlacionados. Los mejores ajustes se obtienen para las ecuaciones de egresos hospitalarios ($R^2 = 0,95$) y consultas de urgencia ($R^2 = 0,66$), mientras que para la ecuación de consultas de especialidad el ajuste es más bajo ($R^2 = 0,25$). Los parámetros estimados son significativos y tienen los signos esperados. Al considerar cinco primeros y los cinco últimos servicios de salud de los ranking, se constata que en general en los tres ámbitos se repiten los mismos servicios. Se plantea que el no considerar la eficiencia como uno de los criterios para la asignación de recursos puede llevar a aumentar la ineficiencia y afectar negativamente la satisfacción de las necesidades de la población, por lo cual se sugiere incorporar variables complementarias que acoten este riesgo. Al observar las cinco primeras prioridades y los cinco últimos servicios se aprecia que no hay cambios significativos especialmente en el modelo de egresos hospitalarios. Sin embargo, si se observan cambios que pueden ser relevantes para algunos servicios como es el caso de Talcahuano en el ámbito de las consultas de especialidad, donde al aislar la variable de oferta el servicio aumenta su importancia llegando al lugar número 4, lo mismo ocurre para el caso de consultas de urgencia donde el servicio se mueve del lugar N° 11 al N° 3.

Conclusiones. No obstante los resultados que arroja este tipo de análisis, es necesario tener en consideración antecedentes adicionales a la hora de emitir un juicio respecto de aspectos tan sensibles, en ese sentido dos son aprensiones. La primera radica en el hecho de que aspectos relevantes para la toma de decisiones no están presentes en los modelos, como son los aspectos relativos a la eficiencia, es por ello que la aplicación de este tipo de modelos en la asignación de recursos se debe considerar como uno de los insumos necesarios para tal efecto. En segundo lugar, se deben considerar los aspectos relativos a la complejidad de los servicios que tienden a aumentar los costos de operación a medida que esta aumenta.

DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGÍA PARA COSTOS MEDIOS HOSPITALARIOS

A. Schweiger, D. Álvarez, H. Rosende y C. Cuomo

Instituto Universitario ISALUD.

Objetivos. Analizar el proceso de transferencia de la metodología de Sistema de Costos Hospitalarios aplicada en hospitales de la red de una provincia de la Región del Noreste Argentino, durante los años 2005 y 2006.

Métodos. Se desarrolló un trabajo aplicado en terreno y de carácter participativo, que comprendió 4 etapas: 1) relevamiento inicial; 2) diseño del instrumental adecuado por tipo de hospital, incluyendo matrices de costos directos e indirectos; 3) capacitación de equipos interdisciplinarios por hospital; 4) monitoreo del proceso de transferencia de tecnología de gestión de costos hospitalarios para los 20 hospitales de la red de salud pública provincial. Se incluyeron fuentes de datos primarias y secundarias: entrevistas con informantes clave, estadísticas, registros administrativos, tasas de uso y producción.

Resultados. a) Desarrollo y Aplicación de la Metodología de Costos para los ejercicios anuales en 20 hospitales provinciales; Desarrollo de indicadores para la evaluación de la gestión hospitalaria; b) Entrenamiento y consolidación de equipos interdisciplinarios para la formulación y análisis de costos hospitalarios.

Conclusiones. 1. En las Provincias Argentinas, los hospitales públicos consumen en la mayoría de los casos alrededor del 70% de los presupuestos asignados a los Ministerios de Salud Pública Provincial, sin que existan sistemas de costos que brinden referencias para la evaluación de la gestión de los mismos. 2. La mejora de los niveles de eficacia y eficiencia, requiere del desarrollo de sistemas de costos, que provean conocimiento oportuno sobre los costos unitarios de las prestaciones hospitalarias y que contribuyan a la transparencia de la gestión de los recursos, en forma sostenida y continuada durante los períodos de gobierno (4 años). 3. La metodología de implementación de sistemas de costos, basada en procesos de capacitación para los responsables de las áreas críticas de cada hospital, junto con la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios, constituye un componente clave para la sustentabilidad de estos procedimientos en el tiempo. 4. La transferencia de la metodología de costos hospitalarios posibilita, en los equipos interdisciplinarios, el desarrollo de criterios de priorización respecto de la información de gestión útil de ser analizada en forma periódica (p. ej.: trimestral). 5. El diseño de estas herramientas supone un proceso dinámico que requiere de consensos, instancias de evaluación, adaptabilidad institucional y ajustes periódicos. 6. La consolidación efectiva de estos procedimientos requerirá del establecimiento de un sistema de incentivos, que otorgue carácter sistemático a la recolección y análisis de datos de seguimiento de costos para la mejora de la gestión hospitalaria.

ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA

A. Junoy-Guitart, J. García, J. Mancebo, E. Álvarez y G. Madariaga

Dirección de Procesos; Servicio de Respiratorio; Dirección Gestión Clínica.

Objetivos. 1. Conocer el número de visitas de urgencias y hospital de día evitadas por el programa de ventilación mecánica domiciliaria gestionado por una enfermera en presencia y un médico a llamada. 2. Describir los costes por paciente incluido en el programa de atención domiciliaria.

Métodos. Estudio longitudinal 2005 y 2006 de 162 y 161 pacientes respectivamente, el perfil de su enfermedad, las complicaciones, la edad, así como los costes directos asociados.

Resultados. Para la muestra 2005 de 162 pacientes, 153 con ventilación mecánica no invasiva y 9 con invasiva, el número de visitas hospitalarias evitadas por inestabilidad clínica ha sido de 80, el coste unitario del paciente de 328 euros. Para la muestra 2006 de 161 pacientes, 154 con ventilación mecánica no invasiva y 7 con invasiva, el número de visitas hospitalarias evitadas ha sido de 77 y el coste unitario de 356 euros.

Conclusiones. Los programas de atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas son coste efectivos con respecto a la atención convencional en centros hospitalarios por la disminución de frecuentación de estos pacientes a urgencias y hospital de día. Las competencias de las enfermeras en estos programas son relevantes para la consecución de resultados deseables en la estabilización y control de las enfermedades crónicas.

MEJORA AMBIENTAL: EL FACTOR ECONÓMICO

M.G. Blanco-García, M.J. González-Callejas, E. Martínez-Martínez, J.A. Duarte-Mesas y J.R. Ledesma Aguilar
Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Objetivos. La implantación de políticas que reduzcan el impacto ambiental en centros sanitarios unido a la implicación de las empresas por adoptar criterios de responsabilidad social corporativa en sus sistemas de gestión, no sólo en el ámbito económico y social sino también ambiental, así como la implementación de políticas de transparencia, ha propiciado que algunas instituciones incorporen voluntariamente Sistemas de Gestión Ambiental (SGA) con los que hacer frente a las necesidades imperantes a las que se encuentran sometidas. Tal es el caso del Hospital Virgen de las Nieves quien voluntariamente y desde el año 2000, tiene incorporado a su modelo de gestión, un SGA. En este sentido, el compromiso del centro hacia el desarrollo sostenible, ha conllevado implícitamente el estudio del factor económico en relación a la mejora ambiental obtenida. Y es que, aunque los costes económicos a corto plazo no deben ser determinantes al implantar estrategias conformes al desarrollo sostenible, no es menos cierto, que a todos los gestores se les plantea la decisión de atender los costes de oportunidad que las decisiones sostenibles suponen. Es por ello, por lo que la evaluación desde la perspectiva económica sanitaria de dicho sistema de gestión, centra el objetivo principal de la presente comunicación.

Métodos. Los SGA sanitarios pretenden identificar los aspectos ambientales significativos de la organización, para mediante actuaciones ambientales, corregir los impactos que producen en el medio ambiente. En este sentido, la evaluación económica, se ha realizado en base al seguimiento de las actuaciones ambientales de mejora necesarias para materializar la filosofía del sistema en una realidad, y se han encuadrado en tres bloques fundamentales: gastos de implantación SGA, adecuación a legislación vigente y actuaciones de mejora.

Resultados. Las actuaciones ambientales procedidas de la implementación del SGA han derivado en una importante partida económica, atendiendo a los costos de los bloques anteriormente citados. Se adjuntará tabla resumen de costes.

Conclusiones. 1. La implantación del SGA lleva implícito un importante factor económico directamente relacionado con la mejora ambiental. 2. Existen variables difícilmente cuantificables: emisiones, ruidos, vertidos. 3. Se evidencia relación directa entre costos – beneficios y variables como antigüedad y tamaño del centro. 4. Los costos a corto plazo son en general mayores a los ahorros obtenidos. 5. En definitiva, la implantación de un SGA debería contemplarse como una actuación realizada de forma voluntaria y no con objetivos económicos aunque pudiera derivar en ellos.

LA REGRESIÓN LINEAL COMO MÉTODO DE PREVISIÓN DE LA PRODUCCIÓN HOSPITALARIA EN LOS HOSPITALES PORTUGUESES

A. Almeida

Departamento de Gestão e Economia; Universidade da Beira Interior; Portugal.

Objetivos. Se pretende realizar un análisis y utilizar las informaciones sobre la producción hospitalaria (enfermos salidos, nº de quirúrgías, quirúrgicas generales, consulta externa, nº de ingresos, nº de días de ingreso, capacidad, estancia media, tasa de ocupación y nº de urgencias) de los Hospitales portugueses para los años de 2002-2005, y construir el proyección para el año de 2006 y subsiguiente una análisis del error.

Métodos. La previsión es una arte y una ciencia que tienen como el objetivo para prever los eventos futuros. Un método universal de previsión que se aplica a cualquier situación. El método escogido depende del tipo de fenómeno que nosotros queremos estudiar. Existen tres maneras de minimizar el error de previsión: a) Escogiendo el método de previsión más apropiado a la situación para; b) Crear la flexibilidad más grande del proceso productivo; c) La Reducción del lead-time. Para efectuar el estudio de la producción en los hospitales portugueses se utilizará el método basado en la Regresión Lineal Simple. Sabiendo que el error de previsión es inevitable, todos los análisis provisionales no sólo deben ser basados en los valores obtenidos a través del recurso para prever los métodos, pero también en el error de previsión. Cuando nosotros utilizamos un cierto modelo para prever la demanda (Yt) nosotros pensamos que esto prevea los acercamientos máximos a la realidad = 0. El como eso es prácticamente imposible quedamos satisfechos cuando el método que nosotros utilizamos minimiza esta diferencia. Así, para verificar la efectividad de los modelos de previsión nosotros hemos escogido el Mean Square Error – MQE.

Resultados. Los datos obtenidos de la Producción Hospitalaria de los Hospitales portugueses entre los años de 2002-2005, para construir la proyección para el año de 2006, utilizando el Método de la Regresión Lineal, nos conducen a concluir que este método debe usarse para prever de la producción hospitalaria. El análisis del Mean Square Error nos dice que el error de la previsión es mínimo y aceptable.

Conclusiones. Nosotros podemos concluir que la utilización de la regresión lineal para prever la producción del hospital: enfermos salidos, nº de quirúrgías, quirúrgicas generales, consulta externa, nº de ingresos, nº de días de ingreso, capacidad, estancia media, tasa de ocupación y nº de urgencias, pueden contribuir para el planeamiento de todos los recursos necesarios para que los cuidados de salud sean realizados con la eficiencia y la eficacia máxima.

EL PROCESO DE REGIONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LA SALUD: LA EXPERIENCIA DE BAHÍA-BRASIL

G. Etkin, M. Teixeira, C. d'Arede, G. Santana, G. Junior, et al
Programa de Economia da Saúde - PECS - ISC - UFBA; Programa de Economia da Saúde - PECS - ISC - UFBA; Programa de Economia da Saúde - PECS - ISC - UFBA; Programa de Economia da Saúde - PECS - ISC - UFBA; Programa de Economia da Saúde - PECS - ISC - U.

Objetivos. El Sistema de Salud brasileño definido por la Constitución de 1988 (Sistema Único de Saúde – SUS) tiene un fuerte carácter social. Para hacer frente a las iniquidades, las normas del sistema indican que ocurra una jerarquización y regionalización de la red de asistencia. Este estudio presenta el proceso en curso de regionalización de asistencia a la salud en el estado de Bahía, su concepción y principales instrumentos.

Métodos. A partir de la Norma Operacional de Asistencia à Saúde de 2001/02 (NOAS 01/02) que dirige el proceso en curso de descentralización y regionalización en el país, se analizó el Plano Diretor de Regionalização (PDR) y el Plano Diretor de Investimentos (PDI) del estado de Bahía.

Resultados. La NOAS 01/02, (Portaria 373 de 2/02/2002), instituye el PDR como instrumento ordenador del proceso de regionalización. El PDR divide el estado de Bahía en en: a) Macrorregiones: compuestas por municipios que se localizan en la zona de influencia de una o más ciudades que polarizan servicios de salud de alta complejidad, entre otros; b) Microregiones: poseen un municipio polo, definido a partir de criterios poblacionales y estructurales considerando si el sistema de salud municipal dispone de los servicios de mediana complejidad necesarios a la absorción de los pacientes de los diversos Módulos Asistenciales; c) Módulos Asistenciales: fueron definidos a partir de la identificación de municipios sedes responsables por la atención mínima de media complejidad destinada a la población de su respectiva área de influencia d) Municipio Satélites: municipios que componen los Módulos Asistenciales. Por medio del PDI el Gobierno del Estado se compromete a fortalecer las sedes de los Módulos Asistenciales y polos de Microregiones respecto al soporte técnico compatible con el primer nivel de complejidad de asistencia ambulatoria procurando el atendimento de los usuarios lo más próximo de su residencia.

Conclusiones. El proceso de regionalización en el estado de Bahía trajo avances para el sistema de salud respecto a la cualidad y eficacia en la prestación del servicio. La Microregión de Vitória da Conquista es un ejemplo nacional de red pública de salud, integrando un complejo sistema regional de salud. Se constata la necesidad de profundizar la regionalización por medio de la realización de lo que está previsto en el PDR y PPI, de acuerdo a lo que está en el programa del nuevo gobierno del estado.

CONSECUENCIAS DE LA INSTAURACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD NORMALIZADO EN UN CENTRO DE SALUD

M. Caldentey, G. Tamborero, S. Cibrián, J.M. Méndez, M. Millán, et al
Centro de Salud del Coll d'en Rebassa; Gerencia de Atención Primaria de Mallorca; IB-Salut; Institut Universitari de Ciències de la Salut (IUNICS) de les Illes Balears.

Objetivos. La exigencia de criterios de la calidad para cualquier empresa es un hecho habitual. En cambio, apenas existen experiencias que permitan analizar el impacto de los sistemas de calidad en atención primaria (AP). Nuestro centro de salud (CS) se ha marcado como objetivo la mejora de sus servicios, mediante la instauración sistemas de calidad normalizados. El objetivo de nuestro trabajo es valorar el impacto real de la implantación de estos sistemas sobre nuestro CS y sobre su entorno (área de Mallorca).

Métodos. *Ambito:* El CS del Coll (Gerencia de AP -GAP- de Mallorca), es un centro docente, urbano, formado por 47 profesionales, que atiende a unos 24.500 habitantes de Palma de Mallorca. *Participantes:* En el proyecto han participado todos los profesionales del CS con el apoyo de la GAP y de una empresa externa (Deployment). El proyecto se inició a principios del 2005, tras obtener el aval unánime de los profesionales del centro, por una fase de negociación en que se presentó el proyecto a la GAP. Tras su aceptación y consecución de fondos financieros, se formalizó el proyecto incluyéndolo en el contrato de gestión GAP-CS, finalizando la fase objeto de evaluación a finales del 2006.

Resultados. Los principales resultados son: a) La obtención de la Certificación de Calidad ISO 9001-2000 (AENOR) y el Certificate IQ-NET, el 7-7-2006. b) La inclusión del CS en el Catálogo de Empresas Excelentes 2006/2007, al superar la evaluación EFQM (agosto 2006). c) La consolidación de una línea de investigación propia sobre calidad, con más de 20 ponencias y comunicaciones a congresos nacionales e internacionales (incremento del 500 % de la producción investigadora), y la publicación de un libro sobre nuestra experiencia. d) Cambios en el contrato de gestión GAP-CS, potenciando esta línea de trabajo y extendiendo nuestra experiencia a otros CS de la isla.

Conclusiones. Nuestra experiencia ha generado sinergias entre el CS y la GAP, ha permitido la obtención de resultados tangibles y evaluables y, como valor adicional, sirve de modelo para otros centros de nuestra isla.

CAPITAL SALUD, VALOR PRODUCTIVO DE LA VIDA HUMANA Y POTENCIAL DE CALIDAD DE VIDA (QLP)

R. Pinilla-Pallejà, M. Matilla García y F.J. Goerlich Gispert
 MAP; UNED; Universidad de Valencia; Ivie.

Objetivos. Comparar los métodos habituales de estimación del valor del capital salud a partir de una función de utilidad indirecta con una aproximación alternativa a partir de una función de producción del hogar típica de la teoría del capital humano.

Métodos. Análisis comparativo de los modelos teóricos. Comparación de las dificultades prácticas para conseguir los datos necesarios para cada método de estimación y de la posible fiabilidad de los resultados.

Resultados. Ambos métodos presentan dificultades. Pero las ventajas y limitaciones de cada procedimiento pueden considerarse, en parte, complementarias.

Conclusiones. El método de estimación que se propone debería utilizarse al menos como complemento de las estimaciones tradicionales, en particular para algunos usos. El nuevo enfoque resulta particularmente apropiado para su uso en evaluación de políticas públicas de salud y servicios sociales.

INCORPORACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN A LA CONTRATACIÓN ADMINISTRATIVA: SEGUIMIENTO DE CONTRATOS DE SERVICIOS VÍA WEB

J.L. Suárez-Robles, I. Pérez-Fernández, J.R. Ledesma, M.D. Cabello, E. Martínez-Martínez, et al
 Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos. El Hospital requiere la contratación externa de servicios, mediante los distintos procedimientos regulados por la LCAP. Existen dificultades para la evaluación correcta del grado de ejecución de estos contratos debido a la demora o insuficiencia de información recibida de los contratistas o de los técnicos del propio centro encargados de hacerles el seguimiento. El objetivo es arbitrar un sistema en el que todos los agentes implicados (contratistas, unidades técnicas y unidades de contratación) proporcionen y accedan a la información de una forma ágil, fiable y eficaz, y acorde con los objetivos de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Programa de Acreditación de Centros).

Métodos. Identificados los agentes participantes: "Proveedor", "Responsable Técnico del Servicio" y "Responsable de la Unidad de Control de Contratos", deben comunicarse de forma rápida y cómoda. Para ello, se parte del diseño de una aplicación informática simple y fácil, vía web. Tras la adjudicación del contrato, el "Responsable de compras" (órgano directivo del Hospital encargado de las adquisiciones), designará como "responsable técnico del servicio" a un miembro de la unidad que elaboró la Memoria Justificativa del Servicio y el Pliego Técnico que trasladará a la aplicación y seguirá el cumplimiento y periodicidad de los indicadores que regirán la prestación del servicio, según lo expuesto por el adjudicatario en su oferta. Igualmente nombrará a un "Responsable de la unidad de control de contratos" y proporcionará al "Proveedor" una contraseña de acceso que le permita introducir los datos justificativos de la ejecución del contrato. El proceso de trabajo será: el "Proveedor" comunica sus datos, el "responsable técnico del servicio" los verifica y el "Responsable de la unidad de control de contratos" los valida. Si alguien incumple su labor, la aplicación, de forma automática, y vía correo electrónico se la recuerda y lo comunica al siguiente para que adopte las medidas correctoras oportunas.

Resultados. Se aumenta el grado de cumplimiento de los contratos de servicios y se garantiza que las ofertas de los proveedores se acomodan a la práctica real por ser fácilmente comprobables y, en su caso, válidas por las unidades técnicas, sirviendo para dilucidar las posibles divergencias en la ejecución del contrato.

Conclusiones. Es una herramienta versátil, ágil, rápida, interactiva y fácilmente actualizable que consigue un alto grado de fiabilidad en la ejecución contractual y, sobre todo, se produce un cambio cualitativo: el "Proveedor" al facilitar la información sobre la ejecución de su contrato se "autoevalúa" y "trabaja" para la mejora del servicio conjuntamente con el Hospital.

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO ECONÓMICO-FINANCIERO Y LOGÍSTICO INTEGRAL EN UN SERVICIO DE SALUD. ESTRATEGIA DESPLIEGUE Y ESTABILIZACIÓN

M. Munar-Ferrer, C. Lago-Piñeiro y J.M. Sanz-Guijarro
 Servei de Salut de les Illes Balears.

Objetivos. Homogeneización de los sistemas de información del área de gestión económica y visión corporativa de la organización pública sanitaria mediante la implantación de una plataforma de información única integrada con aplicaciones asistenciales y otras redes de comunicación (Mejora de los Sistemas de Información). Dotación al conjunto de centros de una única herramienta para obtención de dato único, lo cual ha requerido de unificación de criterios, cualitativa y cuantitativamente (Definición de la Oferta), depuración de información reestructuración de áreas y cambio cultural. Estratégico instrumento para gestionar la Demanda y medir resultados.

Métodos. Gestión de proyectos. Documentación confeccionada emanada de las sesiones de trabajo de los distintos comités y grupos de trabajo.

Resultados. Implantación en todos los centros de definidos en el origen del proyecto. Nivel de utilización del sistema desigual. Red corporativa de información económica: toda la información debe estar en el sistema. Comparabilidad.

Conclusiones. Exposición del grado de implantación del nuevo modelo así como de su importante repercusión en la organización. Innovaciones en decisiones de gestión pública. Aspectos metodológicos y organizativos del proyecto: resolución y medidas.

LOGÍSTICA DE MEDICAMENTOS DESDE EL ALMACÉN CENTRAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES

A. González-Fernández, J.A. Duarte-Cartas, M. Ramírez-Cano, J. Mesa-Martin, E. Martínez-Martínez, et al
 Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Objetivos. Integrar en la CADENA LOGÍSTICA la gestión de MEDICAMENTOS, con almacenamiento en Almacén Central y su distribución a la Farmacia y a los diferentes centros del hospital Virgen de las Nieves. El alcance comprende el almacenamiento de medicamentos de consumo habitual, excepto: estupefacientes y psicótropos, medicamentos que requieren conservación en frío, fármacos de uso restringido.

Métodos. Condiciones de almacenamiento: Se establecen para los medicamentos, integrándose con el resto de material fungible sanitario y no sanitario en Almacén Central. La gestión automatizada de medicamentos en Almacén se realizará a través de un Carrusel Horizontal, bajo el principio de "mercancia al hombre". Servicio de farmacia: Aspectos cuya gestión recae en el Servicio de Farmacia, entre otros: Selección de los medicamentos a- almacenar y la definición de stock máximo y mínimo; Fijar los criterios de- Validación y Garantías de almacenamiento, para dar cumplimiento a la legislación vigente, Ley del Medicamento Art. 92; Hacer la validación de control de- temperatura y humedad; Establecer calendario de suministro a GFH. El jefe- del servicio de farmacia realizará las funciones de director técnico de la zona de almacenamiento de medicamentos; Nivel de servicio del Almacén General: Este lleva a cabo la gestión logística de almacenamiento, preparación de pedidos y distribución de los medicamentos almacenables y de tránsito. Realiza una propuesta de servicio que comprende entre otros aspectos: Circuitos de- distribución del almacén general a los diferentes centros. Horario de- distribución mañana o tarde: de 8 a 22 h.; Servicio de distribución para- sábados y festivos: Servicio de distribución en el mes de agosto- - Servicio de suministro URGENTE.; Control de caducidades según procedimiento- elaborado y aprobado conjuntamente con el servicio de farmacia.

Resultados. 1ª Fase: Análisis técnicos y logísticos de viabilidad. 2ª Fase: Distribución al HRT de pedidos de botiquín de planta, desde 01-03-07. 3ª Fase: Implantación y uso del "carrusel horizontal" en el Almacén General y desarrollo del software necesario. 4ª Fase: reestructuración del Sº de Farmacia, liberación de espacios y acondicionamiento de área de unidosis, instalación de nuevos rotativos verticales para unidosis.

Conclusiones. Integración de la gestión de farmacia en la cadena logística. Proyecto sujeto a la permanente evaluación y análisis con seguimiento mensual conjunto Almacén-Farmacia y la definición de Indicadores de Proceso. Encuestas de satisfacción y calidad de servicio: Evaluación del servicio y adopción de Planes de Mejora.