

XXX JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Valencia, 22-25 de junio de 2010

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 23 de junio de 2010. 14:00 a 14:30 h

Aula 1.1 + Aula 1.2 + Aula 1.3

Evaluación económica de medicamentos biológicos y oncológicos

Moderadora: Nuria García-Agua

P-001. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE CON FRACASO DEL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

C. Carrasco Sanfélix y E. Arana

Servicio de Farmacia, Hospital Quirón; Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

Objetivos: Evaluación de coste-efectividad de tocilizumab versus abatacept en pacientes con artritis reumatoide (AR) tras respuesta inadecuada a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF).

Métodos: Se construye un árbol de decisión con la pauta secuencial de tratamiento de la AR, en primera línea con FAME, en segunda línea con anti-TNF y finalmente tras fracaso a las dos primeras líneas con abatacept o tocilizumab. Se comparan abatacept y Tocilizumab con su posología habitual considerando un peso medio por paciente de 68 kg. Como criterio de eficacia y respuesta al tratamiento se ha tomado el porcentaje de pacientes que alcanzan el ACR20 según el American College of Rheumatology. Se utiliza la perspectiva del financiador y se realiza análisis de sensibilidad en función de la prevalencia de la enfermedad y tasas de respuesta. Para la prevalencia se han utilizado datos del estudio EPISER. Los datos poblacionales se han obtenido del INE. Las tasas de respuesta al tratamiento se han obtenido de ensayos clínicos aleatorizados.

Resultados: Considerando el rango de tasas de respuesta máxima y mínima obtenidas en ensayos clínicos el coste de tratamiento con abatacept por paciente no respondedor a terapia secuencial oscila entre 24.031,4 € y 48.438,3 € mientras que para tocilizumab oscila entre 17.582,8 € y 35.440,2 €. Considerando una prevalencia de 0,5% en España, el coste total para cualquiera de los dos fármacos considerados como tercera línea de tratamiento oscilaría entre 50.317.531,2 € y 113.214.445,3 €.

Conclusiones: El análisis de sensibilidad muestra que en todas las alternativas consideradas tocilizumab resulta ser la opción más coste-efectiva tras fracaso al tratamiento secuencial FAME y Anti-TNF. Este estudio presenta la limitación de no considerar los efectos adversos derivados de cada alternativa terapéutica ni los costes indirectos lo cual podría modificar el signo de la evaluación. Sin embargo, se necesitan más estudios de coste-utilidad en España para evaluar el impacto global de esta enfermedad.

P-002. ANÁLISIS DEL COSTE-UTILIDAD DE TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SIN RESPUESTA TERAPÉUTICA A LOS FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD TRADICIONALES EN ESPAÑA

L. Lindner, J.A. Jover, J.M. Heredia, C. Sánchez-Maestre y C. Varela

IMS Health, Barcelona; Servicio de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos; Servicio de Reumatología, Hospital de Getafe; Roche Farma S.A.

Objetivos: Estimar el coste-utilidad de una secuencia de tratamiento iniciada con tocilizumab frente a una secuencia iniciada con etanercept o adalimumab, en el tratamiento de pacientes españoles con artritis reumatoide (AR) moderada y grave sin respuesta terapéutica a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad tradicionales (FAME).

Métodos: Se ha diseñado un modelo de Markov en un horizonte temporal de toda la vida del paciente. Tras el fallo a los FAME, los pacientes inician el tratamiento (1ª línea) con una de las tres alternativas: tocilizumab, etanercept o adalimumab. Los pacientes que no responden a uno de estos tres fármacos reciben, como líneas posteriores, la misma secuencia de tratamiento: rituximab, abatacept y cuidados paliativos. La transición a la siguiente línea se determina mediante las probabilidades de respuesta y de discontinuación del tratamiento. La respuesta al tratamiento, definida según el criterio ACR, ha sido obtenida de ensayos clínicos. Para cada respuesta a un nuevo tratamiento el modelo aplica la reducción esperada en la gravedad de la enfermedad, medido según la escala HAQ. La relación entre la tasa de respuesta ACR y la puntuación HAQ ha sido obtenida de los ensayos clínicos realizados con tocilizumab. El análisis se ha realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español (SNS), considerando los costes médicos directos, y desde la perspectiva de la sociedad. Los datos de consumo de recursos se basan en protocolos de tratamiento, fichas técnicas, bases de datos de costes y en la opinión de los expertos consultados. La efectividad está medida en años de vida ajustados por calidad (AVAC). Se ha incorporado en el estudio una estimación de utilidades EQ-5D obtenidas a partir de la gravedad de la enfermedad (puntuaciones HAQ). Se realizó un análisis de sensibilidad probabilística para evaluar la robustez del análisis.

Resultados: La secuencia de tratamiento iniciada con tocilizumab ha demostrado un coste incremental de 6.850 €/AVAC ganado desde la perspectiva social y de 8.820 €/AVAC desde la perspectiva del SNS frente a la secuencia de tratamiento iniciada con etanercept y dominancia (menores costes y mayor efectividad) frente a la secuencia de tratamiento iniciada con adalimumab en ambas perspectivas. El análisis de sensibilidad confirmó la robustez de los resultados.

Conclusiones: El inicio de tratamiento con tocilizumab es una estrategia eficiente en España para pacientes con AR que no responden adecuadamente a los FAME.

P-003. ESTUDIO DE LOS COSTES DEL DESARROLLO DE INHIBIDORES EN PACIENTES CON HEMOFILIA A GRAVE

J.F. Lucía, J.A. Romero, L. Febrer, I. Trabal, J. Figueras, et al

Hospital Miguel Servet; Hospital Universitario La Paz; Departamento de Acceso al Mercado, Bayer Healthcare; Departamento Médico, Bayer Healthcare; Unidad de Hemofilia, Bayer Healthcare; Health Economics & Outcomes Research.

Objetivos: El riesgo y las consecuencias del desarrollo de inhibidores en pacientes con hemofilia son la mayor preocupación de seguridad en pacientes que utilizan productos recombinantes ya que afectan directamente a su salud y a su calidad de vida. El objetivo de este estudio es estimar el impacto económico para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del tratamiento de los pacientes con hemofilia A grave que han desarrollado inhibidores frente al factor VIII (FVIII) en España.

Métodos: Se ha diseñado un modelo económico en forma de árbol de decisión que permite analizar el consumo de recursos y los costes asociados a la aparición de inhibidores en diferentes grupos de pacientes. Los datos utilizados en el modelo fueron obtenidos de una revisión de la literatura y validados posteriormente por un panel de expertos en hemofilia. Se realizó un análisis de sensibilidad univariante para evaluar el impacto de las asunciones establecidas en los resultados del análisis.

Resultados: El coste anual promedio asociado al desarrollo de inhibidores en pacientes con hemofilia A grave en España fue de 556.289 € por paciente, suponiendo el coste del tratamiento farmacológico hasta un 99% del coste total. Existe una gran variación en el coste total del manejo entre los grupos de pacientes, con valores que varían entre los 166.845 € anuales para un paciente pediátrico con título bajo en tratamiento de demanda, y los 2.178.038 € para un paciente adulto con título alto en tratamiento de erradicación. El número de episodios de sangrado fue la variable con mayor influencia en los resultados obtenidos. Según las cifras poblacionales y de incidencia de la enfermedad, el incremento del 5% en el desarrollo de inhibidores del FVIII, supone un nuevo caso de inhibidores al año en la población española y, por tanto, un impacto anual promedio para el SNS de más de medio millón de euros.

Conclusiones: Este estudio analiza por primera vez en España el coste para el SNS de los pacientes con hemofilia A grave que han desarrollado inhibidores. Los resultados muestran que el tratamiento de estos pacientes supone una elevada carga económica, por lo que deberían establecerse estrategias de tratamiento que permitieran disminuir la probabilidad de desarrollar inhibidores en esta población.

P-004. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE DASATINIB 100 MG/DÍA FRENTE A IMATINIB 800 MG/DÍA EN EL TRATAMIENTO EN ESPAÑA DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC) EN PACIENTES RESISTENTES A IMATINIB EN DOSIS ESTÁNDAR

A. Ramírez de Arellano, C. Chaib y G. Restovic

HEOR Bristol-Myers Squibb; Departamento Científico, Bristol-Myers Squibb; BCN Health Economics & Outcomes Research.

Objetivos: Evaluar el coste y la efectividad de dasatinib en comparación con imatinib a dosis altas en el tratamiento de la LMC en pacientes resistentes a imatinib a dosis estándar.

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov para estimar, en el largo plazo, los costes y resultados clínicos (años de vida y años de vida ajustados por calidad, AVAC) de una cohorte de pacientes desde la aparición de resistencias a imatinib a dosis estándar hasta la muerte. Se consideran cuatro estados de salud, tres que representan las fases de la LMC (crónica, acelerada y blástica) y un estado que representa la muerte. Los ciclos son mensuales y el horizonte temporal considerado es

hasta que todos los pacientes se encuentren en el estado absorbente. Los resultados clínicos son estimados a partir de una comparación directa proveniente del ensayo clínico BMS 017, los recursos utilizados se han obtenido de un experto clínico y los costes corresponden a costes directos en euros a diciembre del 2009. La perspectiva es la del Sistema Nacional de Salud. Tanto los costes como los efectos se han descontado a una tasa del 3,5% anual. La robustez del modelo fue estudiada a través de un análisis de sensibilidad determinístico.

Resultados: En el caso base, el tratamiento con dasatinib se estima dominante, con un menor coste y mayor efectividad (56.995 € ahorro de costes y 0,19 AVAC adicionales ganados). El análisis de sensibilidad confirma estos resultados, permaneciendo dasatinib dominante ante los cambios en las principales variables del modelo (costes, utilidades, edad de inicio del tratamiento, horizonte temporal y tasas de descuento).

Conclusiones: En comparación con imatinib, dasatinib tiene una progresión más lenta de la enfermedad con menores costes lo cual indica que dasatinib es una estrategia de tratamiento dominante en los pacientes con LMC resistentes a imatinib en dosis estándar.

P-005. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON EL ESQUEMA DE RITUXIMAB, FLUDARABINA Y CICLOFOSFAMIDA (R-FC) EN COMPARACIÓN CON FLUDARABINA Y CICLOFOSFAMIDA (FC) SOLAMENTE, EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA PREVIAMENTE TRATADA

F. Bosch, L.F. Casado, J.A. García-Marco, F. Gilsanz, A.J. Castro-Gómez, et al

Hospital Vall d'Hebron; Hospital Virgen de la Salud; Hospital Puerta de Hierro; Hospital Doce de Octubre; Roche Farma SA; Hospital de Salamanca; Hospital Virgen del Rocío; Hospital de Valme; Hospital de Murcia.

Objetivos: La indicación de rituximab ha sido recientemente ampliada por la EMEA al tratamiento de la leucemia linfática crónica (LLC) asociada a la quimioterapia, en pacientes tratados previamente. Por este motivo, se evaluó el coste-efectividad del tratamiento de esos pacientes con el esquema de rituximab, fludarabina y ciclofosfamida (R-FC) en comparación con el esquema habitual de fludarabina y ciclofosfamida (FC) solamente, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov utilizando los resultados publicados del ensayo clínico aleatorizado REACH que evaluó la supervivencia libre de progresión (SLP) de pacientes LLC tratados con R-FC o FC. Las tasas de progresión de la enfermedad se obtuvieron mediante un modelo de Weibull, las tasas de mortalidad se estimaron mediante Kaplan-Meier y las tablas de mortalidad por edades en España. A los estados de SLP y progresión se les asignaron utilidades obtenidas en un estudio sobre LLC. Los costes de los medicamentos y de los tratamientos de soporte, así como los años de vida ajustados por su calidad (AVAC) se estimaron para un periodo de 10 años, la mediana de supervivencia de la LLC, descontándose el 3,5% anual. Se efectuaron análisis de sensibilidad univariantes y probabilísticos (simulaciones de Monte Carlo).

Resultados: La adición de rituximab a la quimioterapia con FC aumenta los años de vida ganados (AVG) y los AVAC en 0,512 y 0,479 años por paciente, respectivamente, en comparación con la quimioterapia sola. El coste de por AVG y por AVAC ganado fue de 22.873 € y 24.449 €, respectivamente. La simulación de Monte Carlo dio lugar a resultados coste-efectivos: 23.017 € y 24.603 € respectivamente. Los análisis de sensibilidad univariantes confirmaron asimismo la estabilidad de los resultados, siendo la variable más sensible el horizonte temporal, con un valor umbral de 7 años, a partir del cual el esquema R-FC es coste-efectivo.

Conclusiones: El modelo demostró que la adición de rituximab al esquema de fludarabina y ciclofosfamida (FC), aumenta la esperanza de vida y los años de vida ajustados por su calidad, siendo un tratamiento coste-efectivo en los pacientes con leucemia linfática crónica tratados previamente.

P-006. COMPARACIÓN DE COSTES DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO

V. Becerra Bachino, F. Cots, F. Guedea, J. Pera, A. Boladeras, et al

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios IMIM-Hospital del Mar; Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica, Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) España; Oncología.

Objetivos: Comparar los costes iniciales de los tres tratamientos más establecidos para el cáncer de próstata localizado (prostatectomía radical retropúbica, braquiterapia prostática y radioterapia conformacional externa 3D) según grupos de riesgo, edad y comorbilidad, desde la perspectiva del proveedor asistencial.

Métodos: Estudio de costes en una muestra de pacientes reclutados consecutivamente entre 2003 y 2005 en una unidad funcional de tratamiento de cáncer de próstata de Cataluña, pertenecientes al "Estudio Multicéntrico Español de Cáncer de Próstata Localizado". La utilización de servicios hasta 6 meses después de la fecha de inicio de tratamiento se obtuvo de las bases de datos hospitalarias y los costes directos fueron estimados mediante cálculo micro-coste. La recolección de información sobre características clínicas de los pacientes y tratamientos se realizó prospectivamente. Los costes fueron comparados mediante tests no paramétricos de comparación de medianas y un modelo semi-logarítmico de regresión múltiple.

Resultados: En los 398 pacientes incluidos, la diferencia de costes entre tratamientos fue estadísticamente significativa: medianas de 3.229,10 €, 5.369,00 € y 6.265,60 € para el grupo de pacientes tratados con prostatectomía radical retropúbica, braquiterapia y radioterapia conformacional externa 3D, respectivamente ($p < 0,001$). En el análisis multivariado (R^2 ajustada = 0,8), el coste medio de la braquiterapia y de la radioterapia externa fueron significativamente inferiores a los de la prostatectomía (coeficiente = -0,212 y -0,729, respectivamente).

Conclusiones: La prostatectomía radical resultó ser la opción terapéutica de mayor coste, la braquiterapia y la radioterapia externa representaban un 19 y 52% de ahorro, respectivamente. En general, los costes estimados en nuestro estudio son inferiores a los publicados en otros ámbitos. La opción terapéutica explica gran parte de los costes y ni la comorbilidad ni el grupo de riesgo mostraron efecto independiente del tratamiento sobre los costes totales.

P-007. IMPACTO PRESUPUESTARIO A 4 AÑOS DE INTERSTIM FRENTE A TOXINA BOTULÍNICA, CISTOPLÁSTICA Y TERAPIA MÉDICA OPTIMIZADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA EN ESPAÑA

S. Arlandis, D. Castro, C. Errando, E. Fernández, M. Jiménez, et al

Hospital Universitario La Fe; Hospital Clínico de Santa Cruz de Tenerife; Fundació Puigvert; Hospital Ramón y Cajal; Medtronic Ibérica S.A.; Oblikue Consulting; Universidad de Barcelona; Medtronic Internacional.

Objetivos: El objetivo de este análisis fue comparar el impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del uso de la neuromodulación de raíces sacras (NMS) para el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática (VH) frente a la realización de una intervención quirúrgica (cistoplastia), la neurotoxina botulínica (NTBo) y la terapia médica optimizada (TMO) en España.

Métodos: Se construyó un modelo de Markov para estimar las consecuencias económicas de iniciar el tratamiento para la VH, tras fracaso de TMO, en primera línea con una de las siguientes alternativas: NMS; cistoplastia; NTBo; o mantener la TMO más pañales como terapia paliativa. El protocolo de tratamiento se obtuvo mediante un panel de expertos que asesoró respecto al manejo de la enfermedad según la práctica clínica habitual y validó los supuestos, conservadores, de eficacia a medio y largo plazo disponibles para NTBo. La información sobre el uso y los costes españoles de los recursos sanitarios fue validada por el panel. Las probabilidades del modelo se obtuvieron de una revisión de la literatura. El horizonte temporal del modelo fue de 4 años y la perspectiva del análisis fue la del SNS.

Resultados: Los resultados indican que aproximadamente 31.399 mujeres y 14.808 hombres tienen síntomas de VH tras fallo a TMO, con un incremento anual del 2,1% en España. El tratamiento principal es continuar con TMO (89,7%) y sólo acceden a cistoplastia el 3,3%. Según el estudio, en el escenario actual de 1.525 a 1.917 pacientes recibirían NMS, para 1 y 4 años respectivamente; y en el escenario potencial, de 1.612 a 2.372. El gasto para el SNS al 4 año para 100 pacientes con cada una de las alternativas aumentará entre 439 € y 2.650 € (el 0,13%-0,77% de incremento del presupuesto).

Conclusiones: Los resultados del impacto presupuestario a 4 años indican que el uso de NMs tras el fallo del TMO en VH deriva en unos costes incrementales asumibles por el sistema nacional de salud.

P-008. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL USO DE PEGFILGRASTIM FRENTE A FACTORES ESTIMULADORES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF) DE ADMINISTRACIÓN DIARIA EN ESPAÑA

L. Gutiérrez

Amgen España Seval Ozer-Deniz-i3 Innovus.

Objetivos: Los factores estimuladores de colonias de granulocitos (G-CSF) son tratamientos recomendados para reducir la neutropenia febril (NF) inducida por quimioterapia. Con una cinética de eliminación regulada por la propia producción de neutrófilos, pegfilgrastim es efectivo con una única administración dentro de un periodo de mielosupresión, mientras que filgrastim debe ser administrado diariamente hasta que se recuperen los niveles de neutrófilos. En 2008 se publicó un análisis coste-efectividad de pegfilgrastim frente a filgrastim en pacientes con cáncer de mama en estadio II con riesgo de padecer NF en España (Mayordomo 2008). El presente estudio tiene como objetivo evaluar la relación coste-efectividad en España de pegfilgrastim frente a filgrastim administrado durante 6 días-ciclo y 11 días-ciclo, en pacientes con cáncer de mama estadio II y III o con Linfoma No Hodgkin (LNH), según el régimen de quimioterapia administrado.

Métodos: Se elaboró un modelo analítico desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, con un horizonte temporal desde el inicio de la profilaxis con G-CSF hasta la muerte del paciente. Los datos sobre eficacia, calidad de vida y mortalidad se obtuvieron de la literatura, y teniendo en cuenta el esquema de quimioterapia administrado, si había evento previo de NF o no, y el porcentaje de pacientes que recibía una Intensidad de Dosis Relativa inferior al 85%. Se incluyeron el coste de los G-CSF, de la quimioterapia, y de las hospitalizaciones por NF. Se calculó el ratio coste-efectividad incremental por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC) y por evento de NF evitado.

Resultados: Pegfilgrastim es más efectivo que G-CSF administrado durante 6 ó 11 días en términos de AVACs ganados y eventos de NF evitados en todos los tipos de cáncer y regímenes de quimioterapia analizados. Pegfilgrastim es una alternativa dominante frente a G-CSF administrado durante 6 o 11 días con regímenes CHOP y R-CHOP, ya que el mayor coste de la profilaxis queda más que compensado por la reducción del coste de las hospitalizaciones por NF. Pegfilgrastim es

coste-efectivo en pacientes con cáncer de mama para los regímenes más habituales (TAC, TC, FEC-D), con ratios coste-efectividad que oscilan entre 2.267 € y 22.914 € por AVAC ganado, dependiendo del estándar, el régimen de quimioterapia y el número de días de administración de G-CSF diario.

Conclusiones: Además de la mayor comodidad que proporciona al paciente gracias a un número menor de inyecciones, Pegfilgrastim es una alternativa eficiente para el Sistema Nacional de Salud respecto a los G-CSF diarios, puesto que produce una reducción significativa de eventos de NF en pacientes con cáncer de mama y LNH, y en consecuencia un ahorro de costes de hospitalización. Este ahorro de costes de hospitalización compensa el mayor coste de adquisición de pegfilgrastim frente a G-CSF diario.

Evaluación y difusión de tecnologías

Moderador: Bruno Casal

P-009. REVISIÓN LITERARIA DEL COSTE ECONÓMICO DEL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Ortega Ortega, J.D. Jiménez Aguilera y A. Romero Aguilar

Universidad de Granada; Hospital Virgen de las Nieves.

Objetivos: Desde 1951 se reportaron los primeros resultados de trasplante de médula ósea (TMO) con éxito en animales, sin embargo no fue hasta 1968 cuando pacientes con leucemia aguda y anemia aplásica fueron sometidos a TMO entre hermanos idénticos. Desde que se realizara este primer trasplante en los EEUU, el TMO se ha usado para tratar pacientes diagnosticados con leucemia, anemia aplásica, linfomas, mieloma múltiple, desórdenes de inmunodeficiencia y otros tumores sólidos como cáncer de mama y ovario. En los últimos años se ha manifestado una preocupación creciente de los profesionales de las ciencias biomédicas en sus actuaciones para que éstas se ajusten a criterios de eficiencia. Esta circunstancia ha estimulado el desarrollo de estudios de análisis de coste en los distintos tipos de trasplantes. La complejidad del procedimiento y la dificultad de calcular el coste de cada uno de los elementos que participan en el proceso del trasplante condicionan la escasez de estudios que abordan este tema. El primer estudio de análisis de coste de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) fue publicado en 1989, al cual le han seguido trabajos más recientes en los que se valora el impacto económico del procedimiento. En España son pocos los estudios que evalúan el coste real de dicha modalidad terapéutica. Nuestro objetivo es llevar a cabo una revisión de la literatura existente en cuanto al coste-eficiencia de los diferentes tipos de trasplantes. En función del tipo de donante: autólogo, alogénico, haploidéntico y de donante no emparentado; así como de la procedencia de los progenitores hematopoyéticos: de médula ósea, de sangre periférica y de cordón umbilical. Nuestro fin es sentar las bases, para una futura investigación comparativa del coste económico de los diferentes tipos de trasplantes de progenitores hematopoyéticos, en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Métodos: Revisión literaria de los artículos más relevantes publicados a nivel mundial.

Resultados: Comparar y sistematizar la metodología utilizada y las conclusiones más importantes de los trabajos analizados.

Conclusiones: La revisión literaria nos permitirá obtener una visión más amplia del costo que suponen los diferentes tipos de trasplantes y su variación a lo largo del tiempo. Del mismo modo, observaremos los trasplantes más eficientes relativamente, y podremos realizar una comparación a nivel mundial.

P-010. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE CONTRASTES RADIOLÓGICOS YODADOS EN BASE AL NÚMERO NECESARIO DE PACIENTES A TRATAR PARA EVITAR UNA REACCIÓN ADVERSA

E. Arana y F. Catalá-López

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud; Hospital Quirón, Valencia; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Objetivos: Estimar la eficiencia relativa de la administración de contrastes yodados isosmolares e hiposmolares respecto a su perfil de seguridad en pacientes explorados con procedimientos diagnósticos en el ámbito hospitalario.

Métodos: A partir de la información procedente de un estudio observacional de cohortes (Lapi et al. 2008) que incluyó pacientes a los que se les administró contraste yodado, se obtuvieron las incidencias de reacciones adversas inmediatas (dentro de 1 hora tras la administración) y tardías (de 1 hora hasta 1 semana tras la administración del contraste). A su vez, las reacciones adversas se clasificaron atendiendo a su gravedad en leves, moderadas y graves. Las medidas de efecto fueron calculadas conjuntamente con sus intervalos de confianza (IC) del 95% utilizando un software libre de la University of British Columbia (Canadá), incluyendo: el número necesario de pacientes a tratar (NNT), la odds ratio, la reducción absoluta de riesgo y el riesgo relativo. La estimación de costes tan sólo incluyó los costes de los contrastes (precios de venta del laboratorio, en € 2010). Los resultados se expresaron como la razón coste-efectividad incremental, calculada como el coste incremental para producir un efecto beneficioso o prevenir un acontecimiento perjudicial (reacción adversa) en un paciente adicional.

Resultados: Las incidencias de reacciones adversas inmediatas y tardías para los contrastes de baja osmolaridad fueron del 2,8% y el 8,5%, respectivamente. Mientras, para los contrastes isosmolares éstas fueron del 0,7% y 12,4%. El NNT osciló entre 49 (IC95%: 26-239) para evitar una reacción adversa inmediata adicional con la administración de contraste isosmolar, y -26 (IC95%: -14-179) para producir una reacción adversa tardía adicional con contraste isosmolar respecto al de baja osmolaridad. En términos económicos, los contrastes isosmolares supusieron un ahorro de 270 € adicionales por reacción inmediata evitada, y un coste incremental de 140 € por reacción tardía evitada.

Conclusiones: La evaluación de la eficiencia varió dependiendo del tipo de reacción adversa considerada. Así, los contrastes de baja osmolaridad resultaron ser la opción más barata (menor coste) y más eficiente para evitar reacciones tardías. Sin embargo, los contrastes isosmolares resultaron ser más eficientes para evitar reacciones tempranas. Las reacciones adversas graves fueron raras en ambos casos, pero debido a que este tipo de contrastes son ampliamente utilizados en la práctica clínica, su importancia clínica y económica podría ser relevante desde una perspectiva de salud pública.

P-011. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS DESFIBRILADORES AUTOMÁTICOS IMPLANTABLES

L. García Pérez, R. Linertová, F.J. García García, A. García Quintana, S.M. Worbes Cerezo, et al

Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS); Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria; Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín.

Objetivos: Revisar la literatura científica sobre el coste-efectividad del Desfibrilador Automático Implantable (DAI). Proponer un modelo económico del DAI desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Revisión sistemática. La estrategia de búsqueda se aplicó en MEDLINE, NHS CRD, EconLit y otras bases de datos, utilizando filtros para evaluaciones económicas cuando fue necesario, sin límites de fe-

chas. La selección se realizó por pares de forma independiente. Se incluyeron evaluaciones económicas completas en las que se comparaba DAI con ningún tratamiento o con otros tratamientos (fármacos antiarrítmicos, etc.) en adultos con alto riesgo de muerte súbita por taquiarritmia ventricular, tanto prevención secundaria como primaria. La calidad de los estudios fue valorada mediante los criterios de Drummond et al; y la transferibilidad mediante el instrumento de Boulenger et al. En función de la transferibilidad de los estudios se decidirá el modelo económico. Previsiblemente se optará por un modelo Markov de DAI en comparación con fármacos antiarrítmicos en prevención secundaria; se considerarán costes directos sanitarios y años de vida ganados (AV) y años de vida ajustados por calidad (AVAC) como medidas de efectividad.

Resultados: Se incluyeron 17 estudios (resultados preliminares), consistentes en modelos económicos y evaluaciones realizadas en paralelo a ensayos clínicos. Se identificaron más estudios sobre prevención primaria que sobre prevención secundaria. La mayoría de los estudios se realizó en Estados Unidos; ninguno en España. En prevención secundaria las ratios incrementales varían entre 50.000 y 175.000 €/AV, y 75.000 y 100.000 €/AVAC; en pacientes con menor riesgo el coste-efectividad es mayor según los resultados de algún estudio (hasta 700.000 €/AV); en prevención primaria las ratios varían entre 20.000 y 60.000 €/AV y entre 25.000 y 90.000 €/AVAC (€ de 2009). Algunos de los estudios son candidatos para su adaptación al contexto español.

Conclusiones: Los resultados preliminares de la revisión indican que el DAI puede considerarse una alternativa coste-efectiva, aunque esto depende de la disponibilidad a pagar. A partir de algunos estudios se puede concluir que el DAI no es una alternativa coste-efectiva en pacientes de bajo riesgo. La valoración del riesgo y el coste deben ser dos variables a tener en cuenta, además del beneficio para el paciente, a la hora de indicar DAI.

P-012. ANÁLISIS DE LA ADOPCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE CT Y RM EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE GALICIA

F. Reyes Santías, D. Vivas Consuelo, A. Faíña Medín, I. Barrachina y M. Caballer

Hospital Clínico de Santiago (SERGAS); Universidad de A Coruña; Universidad Politécnica de Valencia.

Objetivos: Evaluar las variables que determinan la adopción de las tecnologías de CT y RM en hospitales públicos.

Métodos: Las variables utilizadas para el estudio se han agrupado en variables sociodemográficas, variables de recursos y estructura de los hospitales y variables de actividad de los hospitales de la red SERGAS. Análisis de componentes principales: ha reducido el número de variables a emplear en el estudio agrupándolas en seis factores. El estudio de la adopción de la tecnología por un hospital se ha realizado empleando la metodología de análisis multivariante de análisis discriminante.

Resultados: Los factores más influyentes en la adopción de la tecnología de CT por un hospital público es, por este orden de mayor coeficiente, el factor de dimensión de los recursos y la actividad (factor 1), el factor de la actividad trasplantadora (factor 4), el factor de diagnóstico y tratamiento del cáncer (factor 5) y el factor de dispersión de la población (factor 6); todos ellos con signo positivo. Los tres coeficientes más elevados que explican la adopción de tecnología RM por un hospital público pertenecen al factor de dimensión del hospital (factor 1), al factor de actividad radiológica (factor 2) y al factor de diagnóstico y tratamiento del cáncer (factor 5). Todos los coeficientes son positivos, excepto el factor nº 5.

Conclusiones: 1. La dimensión y el volumen de actividad del hospital son el principal factor que determina la adopción de las tecnologías de CT y RM en los hospitales de titularidad pública en Galicia 2. El factor investigación y docencia presenta la misma influencia en el nº de equipos CT instalados que el factor diagnóstico y tratamiento del cán-

cer. 3. El factor investigación y docencia presenta mayor influencia para el nº de equipos de RM que de CT 4. Los factores trasplantes y dispersión geográfica son los que menos aportan a la explicación del número de equipos instalados.

P-013. PROYECTO NETS

N. Villar y J. del Llano

Fundación Gaspar Casal.

Objetivos: El mercado de la tecnología sanitaria se caracteriza por la intermediación o relación de agencia que se produce entre el consumidor y el oferente. El médico actúa como principal con respecto al paciente en multitud de relaciones en el marco de la atención sanitaria: es intermediario entre el conocimiento existente (procedimientos, tecnologías, fármacos, etc.) y el paciente que va a ser tratado de su enfermedad, pero también es mediador en la relación comercial que se establece entre la Industria de Tecnología Sanitaria y el centro de atención sanitaria que actúa como demandante y comprador. Estas dos relaciones de agencia incorporan una rigidez específica al mercado que reduce la transparencia, el libre intercambio de información y la competencia precio-aceptante entre agentes. La consecuencia más inmediata es la proliferación de estrategias de pricing-to-market relacionadas con la negociación "persona a persona" que la Industria realiza con los intermediarios en cada relación de agencia. Eliminar estas rigideces exige estrategias en dos direcciones. Por una parte reforzar el papel del paciente a través de su empowerment efectivo, trasladando información a este y permitiéndole el acceso a los flujos de comunicación determinantes para la toma de decisiones. Por otra parte estableciendo nexos ágiles de comunicación entre las unidades de demanda (managers de centros de atención sanitaria). Proyecto NETS constituye una iniciativa horizontal que pretende servir de marco para implementar ambas estrategias. Servir de escenario común para incorporar al paciente en el debate sobre la incorporación de tecnología dado su coste y reforzar el papel de los demandantes últimos a través de la creación de una comunidad de información fuerte y cohesionada, al mismo tiempo que elimina, en la medida en la que la información se generaliza, el poder de intermediación del médico como principal.

Métodos: Proyecto NETS utiliza como soporte la plataforma proyectonets.org, formada por diferentes aplicaciones diseñadas para maximizar las opciones de comunicación y colaboración entre participantes. Alberga blogs corporativos, interfaces de noticias y un campus virtual.

Resultados: NETS ha publicado 183 artículos técnicos, científicos y de divulgación; ha albergado 70 debates multidisciplinares y es soporte tecnológico para más de 23 blogs corporativos. Ha sido reconocido como herramienta de interés para el SNS por la Agencia de Calidad y la AATRM. Forma parte de Red Iris.

Conclusiones: Las redes sociales y los e-espacios de comunicación son una herramienta de cohesión del mercado sanitario. El aporte de agilidad y el repositorio de información que generan constituyen un valioso recurso para la gestión de las relaciones de agencia. Deben desarrollarse nuevas estrategias de comunicación que las consideren como canal fundamental de transmisión y gestión cotidiana de la información.

P-014. DIFFUSION OF STATINS: IS THERE A FIRST-MOVER ADVANTAGE?

V. Serra Sastre

City University.

Objectives: This study examines the case of the diffusion process of statins, a class of lipid-lowering drugs, within the primary care sector in the UK. Within the statins group there is observed first-mover ad-

vantage and observed differences in the prescription of each individual drug, showing some degree of within class competition. This competition opens the analysis of the mechanisms that explain different diffusion rates. Statins uptake is characterised by product uncertainty that will gradually decrease as users familiarise with it through the use of information regarding innovation attributes. There are different sources that provide information to physicians on the efficacy of medical technology. The aim of this paper is to examine the role of information in the diffusion of statins against a background of prescription competition to identify the factors consolidating the different observed prescription patterns.

Methods: Diffusion is considered as a dynamic process of learning characterised by informational flows that give users the information needed to convert availability into widespread adoption of the new drug. Because of the observed differences in statins prescription the paper examines how differences in product characteristics and information may determine the diffusion pace. We use dynamic panel data models to capture the underlying dynamics of diffusion. The empirical specification presents pair-wise comparisons of the dominant drugs with respect to the competing drugs. Prescription data from IMS Disease-Analyzer is analysed for the period 1991-2004.

Results: Findings show that the most important channel of diffusion is the experience derived from direct learning through prescription, although clinical evidence also seems to boost market share consolidation. First-mover advantage is confirmed by the high market share of the first entrant even when a competing drug with proved superiority enters the market. Yet the increasing prescription of a competing statin trend does not remove physicians' loyalty to the first entrant. First-mover advantage seems to arise because of product familiarity and a later entrant captures part of the market mainly due to product superiority.

Conclusions: The presence of first-mover advantage seems to be explained by product familiarity and product higher competitive advantage. Even when competitors with higher product quality exist, first entrant still retains a large market share. Information transfer from regulatory bodies could enhance a more competitive market in which drugs compete on quality grounds. In addition, if physicians hold an informational asset regarding the first entrant that leads to first-mover advantage, information dissemination on competing products could reduce physicians' effort in information seeking when other competitors enter the market.

P-015. DESARROLLO DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO EN LA UNIÓN EUROPEA: ¿SE DIRIGE A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN?

F. Catalá-López, A. García-Altés, E. Álvarez-Martín, R. Gènova-Maleras y C. Morant-Ginestar

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); King's College of London & London School of Economics; Universidad Rey Juan Carlos; Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Objetivos: Investigar si los esfuerzos en el desarrollo de medicamentos innovadores se están dirigiendo a aquellas enfermedades cuyo interés social y sanitario pueda ser más relevante desde una perspectiva global de salud pública.

Métodos: Se ha revisado la información sobre nuevos medicamentos autorizados por procedimiento europeo centralizado (de 1995 a 2009), disponible públicamente a través del "European Commission Register of medicinal products" y los "European Public Assessment Reports (EPAR)" procedentes de la Agencia Europea de Medicamentos. Se han recogido, entre otras, las variables: año de autorización, nombre del producto, principio activo, indicación principal. Para cada grupo de enfermedad, se han incluido las estimaciones de morbilidad y mortalidad según el proyecto de carga global de enfermedad de la Organiza-

ción Mundial de la Salud (OMS). Se calcularon los coeficientes de correlación no paramétricos de Spearman (ρ) entre los medicamentos autorizados y las medidas de carga de enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad [AVAD]) en la Unión Europea (UE) y en el mundo.

Resultados: Se han considerado 520 autorizaciones de comercialización de medicamentos y 338 principios activos. Se observa que las nuevas autorizaciones aumentaron a lo largo del período de estudio. En la UE, existe una correlación positiva y fuerte entre la carga de enfermedad (AVAD) y el desarrollo de nuevos medicamentos ($\rho = 0,619$, $p = 0,005$), siendo moderada para los países con ingresos medios-bajos ($\rho = 0,497$, $p = 0,030$) y a nivel mundial ($\rho = 0,490$, $p = 0,033$). Existen condiciones más desatendidas que otras (en relación a las pérdidas de salud). En la UE, éstas fueron las enfermedades neuropsiquiátricas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, las enfermedades de los órganos de los sentidos o las enfermedades digestivas; mientras que globalmente fueron las condiciones perinatales, las infecciones respiratorias, las enfermedades de los órganos de los sentidos, las enfermedades respiratorias o las enfermedades digestivas.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio sugieren que el desarrollo de nuevos medicamentos es mayor en algunas enfermedades respecto a otras. Los decisores deberían explorar las implicaciones de este desequilibrio estableciendo planes de trabajo que permitieran definir las prioridades futuras desde una perspectiva de salud pública. En la UE, la estrategia "Road Map to 2015" de la Agencia Europea de Medicamentos puede representar una oportunidad a este respecto.

Carga de enfermedad y cost-of-illness

Moderadora: Ruth Puig

P-016. EVALUACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL PROGRAMA DE ARTRITIS REUMATOIDE

L. Ruiz, A. Rico, J. Restrepo, O. Ayala, M. Ochoa, et al

Servicio Occidental de Salud.

Objetivos: Evaluar el impacto de los resultados en Qualys y costos de la cohorte de usuarios del programa de reumatología.

Métodos: Las enfermedades musculoesqueléticas son un problema de Salud Pública, siendo la artritis reumatoide altamente costosa con impacto importante en la calidad de vida de los pacientes, la prevalencia esperada oscila entre 0,5% y 1% (7), se evidencia que existen condiciones que generan pérdida de la oportunidad para el manejo dadas por el retraso por parte del paciente y retraso en el cuidado médico en la identificación e inicio del tratamiento. Dado que existen intervenciones costo-efectivas donde la evidencia muestra mejores resultados cuando se interviene tempranamente. La aseguradora SOS a finales del 2008 conforma un equipo multidisciplinario, para la atención integral, seguimiento, y dispensación de biológicos de los usuarios con enfermedades reumatológicas. El periodo de evaluación es 2009, en la cohorte de usuarios con diagnóstico de A. reumatoide 1.582 usuarios, se realiza un estudio de un antes y un después, de acuerdo a la exposición al programa, se incluyen en el análisis el conjunto de datos de uso de servicios con sus respectivos diagnósticos y costos por usuarios, se califica la discapacidad por usuario y se calculan los Qualys.

Resultados: La población expuesta al programa 1.582 usuarios presenta unos costos totales de 3.388.478 €, el valor per cápita de la inversión es de 2.141 €, la variación de los costos posterior a la intervención es de -76% al pasar de un per cápita de 1.729 € previo a la intervención a 412 €, el 68% de los costos del programa corresponde a medicamen-

tos, el 30% a procedimientos, y el 1,3 a insumos, la variación en ganancia de Qualys es de 0,79, el valor a invertir para obtener un Qualys al final de la observación es de 8 €, el valor a invertido para obtener un Qualy antes de la intervención es 13 € y posterior a la intervención es 3 €.

Conclusiones: Dado que los costos sociales e económicos de este riesgo son altos se requiere el diseño de modelos de intervención costo efectivos que involucren el primer nivel de atención para lograr la intervención oportuna. El estudio muestra el impacto en la intervención de la cohorte con mayor severidad, los ahorros logrados se dan por las decisiones clínicas sobre la pertinencia de la medicación, de cirugías, y por el ajuste de medicamentos de acuerdo a las evaluaciones clínico-métricas, y la disminución de las complicaciones. Al comparar los resultados con los estudios existentes se observa que la participación de costos directos 54% e indirectos 45% es similar a la descrita por Rat, Yelin, los costos directos llevados a precios constantes se asimilan al valor descrito por Klobelt 1.417 €.

P-017. COSTES RELACIONADOS CON LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN ESPAÑA

F. Sorio, E. Calvo Crespo, A. Sicras Mainar, R. Larrainzar Garijo, L. Lizán Tudela, et al

Fundación Jiménez Díaz; Badalona Serveis Assistencials; Hospital Infanta Leonor; Health Economics Department. Amgen S.A.; Departamento Médico, Amgen S.A.; Outcomes'10; Departamento de Economía, Universitat Jaume I.

Objetivos: Las fracturas relacionadas con la osteoporosis posmenopáusica tienen un gran impacto social por su elevado coste y morbi-mortalidad. Se pretende determinar los recursos y costes socio-sanitarios directos asociados a fracturas osteoporóticas (cadera, muñeca y vertebral) en los 12 meses siguientes a la fractura en España.

Métodos: Estudio retrospectivo, nacional y multicéntrico en el que se incluyeron mujeres mayores de 50 años que sufrieron una fractura osteoporótica (52 de cadera, 51 de muñeca y 49 vertebrales) entre enero de 2006 y septiembre de 2008. Se registraron los recursos utilizados en los 12 meses siguientes en relación a ingresos hospitalarios, visitas ambulatorias, visitas a urgencias, consultas de atención primaria, visitas domiciliarias, pruebas diagnósticas, otras visitas médicas, tratamiento farmacológico relacionado con la fractura y otros (ambulancia o residencia). Se contabilizaron las unidades de consumo medio por paciente. Los costes unitarios se obtuvieron de la base de datos eSalud, datos oficiales del Ministerio de Sanidad y Vademécum 2009 para el tratamiento farmacológico. Los costes de ingresos hospitalarios se estimaron mediante los GRDs correspondientes. Todos los costes fueron actualizados a 2009.

Resultados: La edad media de las participantes (DE) fue 74,6 años (9,8). El coste medio de las fracturas de cadera fue de 9523,81 €, 4588,33 € las fracturas vertebrales y 2263,83 € las fracturas de muñeca. El coste de la hospitalización (debido a ingresos y reingresos) fue el más importante representando el 79,6% en las fracturas de cadera, 71,3% en las vertebrales y 49,8% en las fracturas de muñeca.

Conclusiones: Las fracturas osteoporóticas representan una importante carga para el financiador y para la sociedad siendo las fracturas de cadera las que presentan un mayor coste seguidas por las vertebrales.

P-018. CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS Y CARGA SOCIAL DE LA OTITIS MEDIA EN ESPAÑA

R. Morano Larragueta e I. Pérez Escolano

Departamento de Evaluación de Medicamentos y Gestión Sanitaria; GlaxoSmithKline España.

Objetivos: El objetivo del estudio es estimar la prevalencia e incidencia de la otitis media (OM) así como evaluar el consumo de recur-

sos sanitarios y el impacto social de la enfermedad en España a través de la información suministrada por padres de niños < 5 años de edad.

Métodos: Se realizó una encuesta a través de Internet empleando un cuestionario específico sobre el consumo de recursos sanitarios en patologías pediátricas. El cuestionario fue distribuido a una muestra representativa de padres de niños < 5 años de edad a nivel nacional entre los meses de abril y mayo de 2007.

Resultados: Se obtuvieron datos de 2.216 casos de enfermedades en niños < 5 años en España. De entre esos casos se identificaron 183 episodios diagnosticados de OM y 119 casos con síntomas consistentes con OM (dolor de oído, otorrea, etc.). La prevalencia anual de OM se estimó en un 20% de niños < 5 años que experimentan al menos un episodio de OM al año. Se obtuvo una incidencia anual de 459 episodios nuevos por cada 1.000 niños < 5 años de edad. El 98% de los padres de niños con síntomas de OM buscaron atención médica y en un 27% de los casos recurrieron a los servicios de Urgencias. Se prescribieron antibióticos en el 82% de los episodios y en un 64% de los casos los padres compraron medicación sin prescripción médica. Aproximadamente un 30% de los padres tuvieron que ausentarse de su trabajo debido a que sus hijos padecían un episodio de OM, ausentándose una media de 11 horas de trabajo durante el tiempo que el hijo estuvo enfermo. El coste total de un episodio de OM en España se estimó en 362 €, de los cuales 143 € corresponden a costes médicos directos y 219 € a costes indirectos (horas de trabajo perdidas, desplazamiento y transporte, cuidados adicionales, etc.).

Conclusiones: El estudio muestra la utilidad de Internet como mecanismo para la realización de estudios de carga de la enfermedad y evaluación del consumo de recursos que ciertas patologías suponen para los pacientes, su entorno, el sistema sanitario y la sociedad en general. Mediante esta herramienta se ha podido evaluar que la carga económica de la otitis media en España, desde la perspectiva tanto del sistema sanitario como de la sociedad, podría ser considerable. Cualquier intervención en salud que pudiese mitigar la carga de la otitis media podría tener un impacto considerable en la calidad de vida de las familias y en la carga que esta enfermedad supone para el sistema sanitario y la sociedad.

P-019. ¿CUÁL ES EL COSTE SOCIAL DE LAS PERSONAS LESIONADAS POR ACCIDENTE DE TRÁFICO? UNA ESTIMACIÓN PARA CATALUÑA

A. García-Altés y J. Puig-Junoy

King's College London & London School of Economics; Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Objetivos: Los accidentes de tráfico son un problema de salud pública importante en el mundo, en términos de mortalidad, morbilidad, y carga económica. El objetivo de este estudio es el de estimar el coste social de las personas lesionadas por accidentes de tráfico en Cataluña en el año 2007.

Métodos: Se ha realizado un análisis de coste de la enfermedad, desde la perspectiva del sistema sanitario, del sector público, y de la sociedad, utilizando un horizonte temporal de un año. Como costes directos se han incluido todos los costes sanitarios (atención primaria, atención hospitalaria, atención de urgencias, servicios de ambulancia y transporte, atención socio-sanitaria y atención especializada), costes de adaptación a la discapacidad, ayudas a la discapacidad, costes materiales, costes administrativos, y costes de policía, bomberos y asistencia en carretera. Como costes indirectos se han incluido las pérdidas de productividad por hospitalización, por baja laboral, y las pérdidas de productividad de los cuidadores. Adicionalmente, también se calculó el coste por persona lesionada.

Resultados: Desde la perspectiva del sistema sanitario, el coste de las personas lesionadas por accidente de tráfico fue de 1.803.024,03 € en 2007; desde la perspectiva del sector público fue de 134.047.059,27 €

(hasta 1.463.645.407,13 € en el análisis de sensibilidad); y de 144.043.238,88 € (hasta 1.558.926.995,12 € en el análisis de sensibilidad) desde la perspectiva de la sociedad. El coste por persona lesionada varió entre 3.855,38 € desde la perspectiva del sistema sanitario a 17.461,90 € desde la perspectiva de la sociedad (hasta 188.983,76 € en el análisis de sensibilidad)

Conclusiones: La importancia del coste social de las personas lesionadas por accidente de tráfico es un argumento más –aparte del impacto epidemiológico y social– para empezar políticas preventivas.

P-020. IMPACTO SOCIAL E INDIVIDUAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES SEGÚN GÉNERO EN LAS PÉRDIDAS DE SALARIO EN ESPAÑA

G. Barbaglia, M. Codony, G. Vilagut, C. García Forero y J. Alonso

Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, Institut Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM); Unitat Docent de Medicina Preventiva i Salut Pública MAR-UPF-ASPB.

Objetivos: Estimar el impacto de la enfermedad mental grave (EMG) en la pérdida de salario anual, tanto a nivel poblacional como a nivel individual y analizar este impacto con una perspectiva de género.

Métodos: Se analizaron los datos de la muestra española del Estudio Europeo de la Epidemiología de las Enfermedades Mentales (ESEMED), realizado en población no institucionalizada adulta (18 o más años) en 2002 (N = 5.473). Se realizó la evaluación de EMG no psicótica con la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI 3.0) utilizando criterios DSM-IV a una submuestra de individuos menores de 65 años (N = 1.557). Se consideró EMG a todo trastorno mental grave y persistente que presentara un intento de suicidio en los últimos 12 meses o dependencia al alcohol con síndrome psicológico de dependencia o un deterioro grave en al menos dos áreas en la versión adaptada de la Escala de Discapacidad de Sheehan. Los ingresos salariales anuales netos se recogieron individualmente sin contar pensiones u otras ayudas financieras. Los valores perdidos (18%) fueron imputados. Se utilizaron modelos lineales generalizados para estimar los ingresos anuales en personas con EMG, controlando por variables sociodemográficas y abuso de alcohol.

Resultados: La prevalencia encontrada de EMG en la población española fue de 1,89% en hombres fue de 0,89% y en mujeres de 2,90%. La pérdida de salario anual en personas con una EMG fue estimada en 2.831 €, con un impacto diferente en hombres y mujeres. Los hombres con una EMG tuvieron mayores pérdidas anuales absolutas de salario que las mujeres (3.571 € vs 2.600 €). Pero, como los salarios esperados de las mujeres con SMI fueron más bajos que en los hombres, el impacto en términos relativos fue mayor (36,8% vs 56,6%). El impacto de las EMG a nivel poblacional fue de 1.462 millones de € por año.

Conclusiones: Las EMG tienen un gran impacto en las pérdidas de salario anuales tanto a nivel social como individual. Se han encontrado importantes desigualdades de género debido principalmente a desigualdades salariales previas. Los hombres con una EMG tienen más pérdidas salariales anuales absolutas y las mujeres se ven más afectadas en términos relativos.

P-021. USO DE RECURSOS Y COSTES INCREMENTALES EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON FRACTURAS

A. Sicras, R. Navarro, L. Gutiérrez, F. Sorio y M. Intorcía

Badalona Serveis Assistencials; Amgen.

Objetivos: La osteoporosis (OP) es un trastorno caracterizado por una disminución de la masa ósea que conduce un aumento de la fragilidad del hueso, lo que incrementa el riesgo de fracturas. En general,

constituye un problema de salud pública de gran magnitud por su elevada prevalencia y consumo de recursos sanitarios. El objetivo del estudio fue determinar el uso de recursos y costes debidos a las fracturas en mujeres posmenopáusicas españolas en el segundo año tras la fractura.

Métodos: Estudio observacional realizado con bases de datos poblacionales de seis centros de atención primaria (AP) y dos hospitales. Se incluyeron mujeres ≥ 50 años. Se consideraron dos subgrupos: pacientes con una fractura entre 01/01/03 y 31/12/07 o sin fractura. Se registraron los recursos utilizados en los 13-24 meses siguientes a la fractura. Para las pacientes sin fractura se contabilizaron los recursos del año 2006. Principales mediciones: sociodemográficas, comorbilidades, utilización de recursos [AP: visitas, pruebas complementarias, medicamentos; atención especializada (AE): hospitalizaciones, consultas, urgencias], costes sanitarios y días de incapacidad. Coste unitario: tarifas 2006. Análisis estadístico: regresión logística y de la covarianza (ANCOVA: ajuste de Bonferroni por edad y morbilidad para la corrección del modelo); significación: $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 19.022 pacientes en el estudio. Un total de 1.337 pacientes (7,0%) presentaron alguna fractura. Las de muñeca fueron las más frecuentes (23,3%). Un 25,1% de las pacientes presentaban OP (con fractura: 46,5%; sin fractura: 23,4%; $p < 0,001$). Las pacientes con fractura tenían mayor edad (70,9 vs 65,4 años; $p < 0,001$) y morbilidad general (7,9 vs 6,5 diagnósticos; $p < 0,001$). En el grupo de fractura hubo más pacientes con OP: OR = 2,5; fibromialgia: OR = 2,4; y alteraciones tiroideas: OR = 2,2 ($p < 0,001$). Las pacientes con fractura consumieron más recursos sanitarios, tanto de AP como de AE ($p < 0,001$), aunque las diferencias en días de incapacidad no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,696$). Según el modelo de costes ajustado, las pacientes con fractura generaron un coste sanitario anual un 36,6% superior a las pacientes sin fractura (2.104,7 € vs 1.540,5 €; $p < 0,001$), tanto en AP (1.391,1 € vs 1.114,3 €; $p < 0,001$) como en AE (713,6 € vs 426,1 €; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las fracturas ocasionan un importante gasto sanitario en el momento en que se producen, y este estudio demuestra que las pacientes que las sufren continúan generando mayores gastos al Sistema Nacional de Salud en el segundo año después de la fractura, en comparación con mujeres de edad y perfil de comorbilidad similar pero sin fractura. Casi la mitad de las pacientes que sufrieron una fractura presentaban OP.

P-022. CARGA DE ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL TABACO 2003-2007

C. Bermúdez-Tamayo, L. García Mochón, A. Caro Martínez y A. Fernández Ajuria

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP (Ciber de Epidemiología y Salud Pública).

Objetivos: Describir el capital salud (carga de enfermedad medida como los años de vida ajustados por discapacidad-AVAD) atribuible al tabaco para los años 2003 y 2007.

Métodos: Diseño: estudio observacional y transversal. Sujetos: población andaluza. Variables: AVAD: suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y como consecuencia de la discapacidad (AVP). AVP: suma de los AVP del conjunto de muertes por las diferentes enfermedades, en función de la esperanza de vida a la edad de muerte obtenida a través de tablas de vida estándar de baja mortalidad. Los AVD son ponderados en función de la severidad, teniendo en cuenta la prevalencia y el peso de la discapacidad de los estados de salud. Los datos para la prevalencia se obtuvieron de la encuesta andaluza de salud, de los planes integrales de la consejería de salud y de la encuesta de morbilidad hospitalaria, los pesos para la discapacidad se obtuvieron del estudio de discapacidad para Europa. Análisis estadístico: Descriptivo mediante resúmenes numéricos.

Resultados: El tabaco explica mínimo un 6,91% de la carga total de enfermedad en Andalucía. Los problemas de salud con más peso en la carga de enfermedad atribuible al tabaco fueron cáncer de pulmón, “otros cáncer”, enfermedades cardiovasculares, EPOC, “otras” y cáncer aerodigestivo (representando el 34%, 17%, 16%, 16% 11% y el 6% respectivamente para el año 2003 y el 35%, 19%, 15%, 15% 10% y el 6% para el año 2007). Con respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, se aprecia una mayor carga en hombres en los 2 periodos, si bien esta brecha se va cerrando y la diferencia es menor en 2007 (en 2003 la carga de los hombres es el 77% del total y en 2007 es el 70%). La carga no fatal (años de vida perdidos) representa un 68% en 2003 y la proporción con respecto a la carga “no fatal” permanece similar en 2007 (años de vida por discapacidad).

Conclusiones: Los patrones de carga de enfermedad atribuible fueron similares entre los dos años estudiados, destacándose un aumento relativo en el peso de la carga atribuible en las mujeres con respecto a los hombres. La carga no fatal y fatal fue estable. El tabaco sigue representando un potencial importante para el control de la carga de enfermedad atribuible a este para: cáncer de pulmón, “otros cáncer”, enfermedades cardiovasculares y EPOC.

P-023. ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO TOTAL DE UNA POBLACIÓN SEGÚN MORBILIDAD

J.M. Inoriza Belzunce, M. Carreras Pijuán, J. Coderch de Lassaletta, J.M. Lisbona Ginesta y P. Ibern Regàs

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà; Universitat de Girona; Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Objetivos: Las necesidades de atención sanitaria de la población son atendidas generalmente en centros de primer nivel próximos a su lugar de residencia. No obstante, cuando la patología lo requiere intervienen centros de mayor nivel tecnológico o centros monográficos, cuyo impacto sobre los costes y sobre la morbilidad es desconocido. El objetivo de este trabajo es analizar el gasto sanitario total y la morbilidad de una población considerando el conjunto de información disponible en los diferentes niveles asistenciales.

Métodos: Análisis centrado en la población de la comarca del Baix Empordà (Girona), año 2006. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE) es una organización integrada de salud responsable de la atención sanitaria en la citada comarca y que gestiona un sistema de información a nivel de paciente que incluye morbilidad, consumo de recursos y actividad asistencial. La información sobre los servicios sanitarios recibidos por residentes del Baix Empordà fuera de la comarca, se ha obtenido mediante el establecimiento de convenios de colaboración con el CatSalut, el Institut Català de la Salut (ICS) y el Institut d'Assistència Sanitària de Girona (IAS). De esta forma, se ha enriquecido la base de datos de SSIBE con información clínico-administrativa (CMBD), sobre consumo farmacéutico y sobre costes del resto de niveles de atención. El análisis de la morbilidad se ha realizado mediante el agrupador Clinical Risk Groups, este sistema permite asignar a cada paciente una única categoría de riesgo, en función de los diagnósticos y procedimientos registrados durante un periodo.

Resultados: Durante el año 2006 la población del Baix Empordà realizó en total 1.389.150 contactos con el sistema de salud. De los contactos anteriores solamente el 2,2% se realizaron en dispositivos fuera de la comarca, siendo la hospitalización de agudos de alta complejidad, la hospitalización psiquiátrica y la salud mental ambulatoria los tres destinos principales. El 1% de la población que más consume concentra el 25,5% del gasto total.

Conclusiones: La agregación de la información clínico-administrativa generada desde los diferentes proveedores del sistema permite establecer perfiles de salud poblacionales y estimar los costes asisten-

ciales derivados de los mismos. La consideración de un solo nivel de servicios resulta insuficiente para comprender la interrelación entre los diferentes agentes y emplazar eficientemente los recursos financieros disponibles.

Valoración de estados de salud y calidad de vida

Moderador: Eduardo Sánchez Iriso

P-024. ESTIMACIÓN DE LAS UTILIDADES DEL EQ-5D A PARTIR DE LAS RESPUESTAS DEL SF-12: UN NUEVO ENFOQUE QUE INCLUYE LA INCERTIDUMBRE DE LOS PARÁMETROS DEL MODELO (COMANDO STATA)

J.M. Ramos-Goñi y O. Rivero-Arias

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; Health Economics Research Centre.

Objetivos: Muchas de las innovaciones metodológicas no se usan por la comunidad científica debido a la falta de software que facilite su uso. El objetivo de este trabajo es desarrollar un comando para el paquete estadístico STATA que facilite el uso de estimaciones de utilidades del EQ-5D a partir de los datos del cuestionario genérico SF-12. Los métodos para estimar este algoritmo también se han incluido como comunicación en estas jornadas.

Métodos: Se desarrolló un comando y su interfaz gráfica para ser incorporado como complemento del paquete STATA. El comando llamado “sf2eq” convierte las respuestas de los cuestionarios SF12 versión 1 y versión 2 en las utilidades del EQ-5D para que éstas puedan ser usadas posteriormente en evaluaciones económicas. Se han introducido varias opciones del comando, como la posibilidad de seleccionar el país para el que deseamos las utilidades estando disponibles 8 países. También se pueden seleccionar el número de simulaciones de Monte Carlo y el número de vectores de coeficientes para calcular tanto el valor esperado de la tarifa como sus intervalos de confianza (IC). Otra opción, especialmente útil para realizar análisis por subgrupos, nos permite almacenar o no los resultados individuales de las tarifas usadas para calcular los IC. Permite seleccionar el nivel de confianza con el que deseamos obtener los IC y la versión del SF-12 de la cuál provienen nuestros datos. Debido a que los resultados se obtienen por medio de simulaciones se permite seleccionar la semilla de éstas para poder reproducir los resultados obtenidos entre distintas simulaciones. Por último permite mostrar o no los porcentajes de asignación a cada nivel de respuesta en cada una de las 5 dimensiones del EQ-5D. Respecto al almacén de resultados en la lista de retorno de STATA (return list), algo que es de mucha utilidad para los usuarios avanzados de STATA, este comando almacena en r(mean) la media por paciente de los valores esperados de las simulaciones, en r(sd) su desviación estándar, en r(min) el mínimo, en r(max) el máximo, y en r(ub) y r(lb) los límites superior e inferior de los IC.

Resultados: Los usuarios del comando o de su interfaz gráfica sólo deben poseer los datos del SF12 de cada individuo codificados numéricamente en la forma en que se especifica en el cuestionario, entonces podrán usar el comando de la siguiente forma: sf2eq sf1-sf12, n_MC(1000) n_beta(100) country(ES) sfv(2) probability(yes) Nótese que las variables del SF12 deben ser introducidas en el mismo orden que aparecen en el cuestionario.

Conclusiones: El uso de este software hace muy sencillo el uso de este novedoso método de mapping.

P-025. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE CIUDADANOS DE LAS ISLAS CANARIAS: COMBINACIÓN DE LA ENCUESTA CANARIA DE SALUD Y 3 ESTUDIOS OBSERVACIONALES

S.M. Worbes Cerezo, J. Oliva Moreno, J. López Bastida y P. Serano Aguilar

CIBER Epidemiología y Salud Pública; Servicio de Evaluación del Servicios Canario de Salud; Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: El objetivo del estudio es describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de la población canaria usando información de la Encuesta de Salud de Canarias y tres estudios observacionales desarrollados en las Islas Canarias.

Métodos: Análisis descriptivo de una muestra de 5.549 ciudadanos canarios obtenida de la Encuesta de Salud de Canarias (ESC) de 2004 y de tres estudios observacionales sobre la enfermedad de Alzheimer, ictus y VIH. El EQ-5D fue la herramienta genérica empleada para obtener la CVRS de la población encuestada. Además de la tasa de personas que informaron de problemas moderado-graves en CVRS, se estimó la CVRS según la tarifa ET (Equivalencia Temporal) y según la escala visual analógica, tanto en las personas con enfermedades específicas como en la población general.

Resultados: El estado de salud autopercibida de los ciudadanos que sufren enfermedades crónicas de alta prevalencia, identificados por la Encuesta de Salud de Canarias y examinadas independientemente en los estudios observacionales, tales como Alzheimer, ictus y VIH, se encuentra mucho peor que población general. Depresión/ansiedad y dolor/malestar se identifican como las dimensiones del EQ-5D con mayor prevalencia de problemas en la mayoría de los casos. De las enfermedades estudiadas en la Encuesta de Salud, la enfermedad de Alzheimer e ictus son las enfermedades que presentan mayores pérdidas en CVRS.

Conclusiones: La CVRS debería de integrarse dentro del abanico de información relativa a la esperanza de vida, incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas que se tiene en cuenta para el desarrollo de políticas de salud y para la planificación de las actividades de salud. La combinación de información de la CVRS de encuestas de salud poblacionales con datos de estudios observacionales amplía las fuentes de información relevante para la priorización de escenarios de salud y para evaluar el impacto de las políticas de salud.

P-026. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PERSONAS DIABÉTICAS: ¿ES REALMENTE PEOR?

A. Hidalgo, J. Oliva y A. Fernández-Bolaños

Universidad de Castilla-La Mancha; Departamento de Análisis Económico.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas que padecen Diabetes Mellitus (DM) y analizar las diferencias existentes entre la calidad de vida de personas con DM y personas sin esta enfermedad.

Métodos: Los datos empleados en el análisis pertenecen a 15.926 personas que participaron en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), realizada durante el año 2006. En el análisis se plantean varios modelos estadísticos multivariantes centrados en el estudio de la CVRS, medida mediante el EQ-5D, controlando por factores como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios, renta, hábitos de vida de las personas encuestadas y variables que identifican a enfermedades diagnosticadas y problemas de salud. Adicionalmente, se analiza de manera independiente la probabilidad de que una persona que padece DM reporte padecer un problema en cada una de las 5 dimensiones de las cuales consta el EQ-5D.

Resultados: Los resultados encontrados señalan que existe una asociación significativa y de orden negativo, pero moderada, entre padecer DM y la CVRS. Sin embargo, cuando se realiza un análisis por subgrupos, se observa que las personas diabéticas que no han padecido enfermedad vascular ni tienen factores de riesgo vascular no presentan una peor CVRS en comparación con el resto de la población no diabética, una vez controlados el resto de factores. Por el contrario, al comparar la pérdida de CVRS de una persona diabética con factores de riesgo vascular añadidos con una persona no diabética con factores de riesgo vascular, la pérdida de calidad de vida es significativamente mayor en el caso de las personas que padecen diabetes. Asimismo, la pérdida de CVRS es claramente mayor en el caso de las personas diabéticas que han sido diagnosticadas de una enfermedad vascular. Los resultados del análisis de las diferentes dimensiones del EQ-5D señalan que las personas con DM y factores de riesgo vascular o enfermedad vascular diagnosticada presentan mayores problemas en varias dimensiones del EQ-5D que las personas con DM y sin factores de riesgo o enfermedad vascular, o que las personas no diabéticas.

Conclusiones: La CVRS de una persona diabética no tiene por qué ser necesariamente inferior a la de una persona no diabética. Un buen control de los factores de riesgo vascular, incluyendo además del control glucémico, el control de la tensión, el colesterol y la obesidad, son factores clave asociados a una mejor calidad de vida. Por el contrario, un mayor riesgo vascular o la presencia de una enfermedad vascular se asocian con importantes pérdidas de calidad de vida en personas diabéticas.

P-027. EVALUACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE CUIDADOS DE SALUD: LA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA QUE SE RELACIONA CON LA SALUD

A. Almeida y C. Pontinha

Universidade da Beira Interior; Hospital Sousa Martins.

Objetivos: Teniendo en cuenta todo el efecto secundario de la enfermedad (cáncer), de sus tratamientos; conscientes de toda la carga emocional que implica al paciente y a su familia, pensamos que estudiar el tema de la calidad de Vida (QV) en esta área, es esencial y suficientemente pertinentes. La evaluación de la QV tiene ganado espacio en el tratamiento de los pacientes oncológicos, porque también tiene consecuencias al nivel estético y funcional de las personas.

Métodos: Para esto fue realizado un estudio transversal, descriptivo y exploratorio, con una muestra no probabilística, de conveniencia, con 50 personas ingresadas en el Instituto Portugués de Oncológica de Porto, entre mayo y septiembre de 2008. En la recoja de los datos, se ha utilizado un cuestionario. La 1.ª parte de caracterización de la muestra y la 2.ª con dos cuestionarios de sobre la calidad de la vida evalúa (QLQ-30) y otro sobre la opinión de los cuidados prestados (IN-PATSAT32).

Resultados: El análisis de las relaciones estadísticas ha permitido identificar las variables que presentan relaciones más significativas. Las variables socio demográficas: sexo y edad; origen y formación. En las variables clínicas: diagnóstico y tratamiento quirúrgico, radioterapia y quimioterapia. Las variables socio demográfico y clínicas cruzadas: sexo y diagnóstico, tratamiento y radioterapia hormonal; edad y diagnóstico; formación y tratamiento radioterápico y tratamiento hormonal; la situación de trabajo y el tipo de enfermedad que piensa tener y el tratamiento quirúrgico. Las variables socio demográficas y QV: la situación de trabajo y la dificultad en dar un pequeño paseo a pie fuera de casa y la necesidad en estar en la cama o en una silla todo el día; formación e irritabilidad y fatiga; situación familiar y diarrea. Las va-

riables socio demográficas y la opinión sobre los cuidados de salud recibidos: edad y frecuencias de las visitas médicas y comodidad y ayuda dadas por los enfermeros; situación familiar y facilidad en localizar los diversos servicios.

Conclusiones: Los resultados demuestran que la calidad de la vida de los pacientes oncológicos, el funcionamiento social representa las variables con los índices peores de calidad de la vida (score=35,66). Relativamente a la escala de los síntomas verificamos que las variables: fatiga, dolor, pérdida del apetito, insomnio y la situación financiera son las que presentan mayor peso en la reducción de la calidad de la vida del enfermo oncológico. También verificamos que los pacientes tienen una opinión más favorable con los cuidados de los enfermeros cuando comparados con los dos médicos.

P-028. CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE CENTROS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE CATALUÑA Y LAS ISLAS BALEARES

P. Giraldo, E. Almazán, I. Sanz, M. Coll y M.J. Moreno

Instituto de Trabajo y Servicios Sociales.

Objetivos: Conocer la percepción de la calidad de vida en el trabajo de los trabajadores de centros de atención socio sanitaria de la Comunidad Autónoma de Cataluña e Islas Baleares. Identificar la situación real y las actividades que se producen en el entorno de trabajo de los trabajadores de centros de atención sociosanitaria y la percepción de los trabajadores en relación a sus condiciones de trabajo.

Métodos: Estudio transversal de 5 centros de días y 6 residencias asistidas entre los años 2006 y 2008. Se confeccionó una encuesta de calidad de vida ad hoc autoadministrado para los trabajadores con una antigüedad en la organización igual o superior a 2 meses. Se evaluaron como indicadores de calidad el índice general de calidad de vida en el trabajo, las condiciones de trabajo, participación, integración, autonomía y orgullo de pertenencia a su lugar de trabajo. Se calcularon porcentajes para las variables dicotómicas. Como aproximación a la calidad general se calcularon los índices a partir de la media de las respuestas afirmativas de los ítems que los conforman.

Resultados: De los 143 trabajadores participaron en el estudio 115 (tasa de respuesta del trienio de 80,12%). El 76,59% de los trabajadores consideró estimulante el ambiente de trabajo y el 97,98% siente que su trabajo sirve para ayudar a la gente y es útil para la sociedad. El 80,06% de los trabajadores percibe que participa en las decisiones respecto de las tareas que realiza y el 93,93% conoce los objetivos del centro. Además, el 84,10% afirmaba que puede expresar libremente sus opiniones en el entorno de trabajo y el 61,27% declaró que no cambiaría de trabajo si pudiera progresar profesionalmente. En cuanto a las condiciones de trabajo, el 49,42% de los trabajadores se sienten agotados, el 30,35% considera que trabaja en condiciones peligrosas para su salud y el 52,89% considera que tiene un trabajo estresante. El índice promedio de calidad general de vida en el trabajo durante el período estudiado es de 6,35 puntos, siendo el 2008 el año que presenta mayor índice (6,65 puntos). También se observa una tendencia ascendente en la percepción de orgullo del trabajo que se realiza de 8,05 en el 2006 hasta 9,66 en el 2008.

Conclusiones: En nuestro estudio se ha observado una alta satisfacción por parte de los trabajadores en cuanto al trabajo que realizan. Estos indicadores son de vital importancia para la gestión de personas. Sin embargo, la alta percepción del estrés y agotamiento en las condiciones de trabajo suponen requisitos importantes de mejora, no sólo para la satisfacción de los trabajadores, sino además por el riesgo que comporta en la salud laboral.

Logística y gestión de centros sanitarios

Moderador: Jorge García-Petit

P-029. NUEVAS TENDENCIAS EN LA CAPTACIÓN DE INGRESOS A TERCEROS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

J.M. Carrasco Lozano, M.D. Salgado Martín, M.R. Fernández Gallardo, T. Lara Fraile, M.C. Oliver Rodríguez, et al

Hospital Costa del Sol; Hospital de Alta Resolución de Benalmádena.

Objetivos: Averiguar el potencial de captación de ingresos a terceros en los servicios públicos sanitarios, de tal forma que permitan obtener recursos adicionales para poder ayudar a la gestión diaria de los centros, redistribuir mejor los fondos entre países y centros y determinar y correcto sistema de financiación. Mejorar la eficiencia de la facturación a terceros para obtener una compensación económica mucho más ajustada al coste del servicio y no permitir disfuncionalidades de carácter burocrático que le cuesten dinero a los hospitales.

Métodos: La explotación masiva de las armas que dan las nuevas tecnologías respecto a la facturación, la potenciación de la facturación "sombra" y la mejor dedicación de recursos a mejorar el proceso de facturar servicios, así como un uso más lógico y racional de los recursos, junto con las armas legales que permitan obtener fondos adicionales. La interpretación de las distintas sentencias judiciales contra la dualidad seguros privados-cobertura pública, combatir contra la poca claridad de la distribución de recursos de los fondos obtenidos de la Asistencia a ciudadanos UE.

Resultados: La exigencia de cobro a terceros obligados al pago en dualidad de cobertura pública/privada, y el mejor índice de facturación objeto de un más minucioso análisis de atención a la historia clínica, han permitido un incremento de los ingresos en un 90% respecto al ejercicio anterior, asunto altamente significativo en centros con alta carga de pacientes de tránsito tanto nacionales como ciudadanos UE.

Conclusiones: Existe un alto margen de potencialidad de obtención de ingresos, que actualmente están incrementando el valor añadido tanto de las entidades europeas gestoras de seguros con los ciudadanos UE como con los países financiadores de origen de estos, bien por la tardanza burocrática, bien por dejación de los centros públicos. Se puede obtener un incremento sustancial de esos ingresos, así como urge una política común de implantación de medios electrónicos y unificación de tarjetas sanitarias nacionales y europeas para delimitar bien la distribución de los recursos, y hacer transparente la gestión.

P-030. ANÁLISIS DE COSTES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

I. de Castro Escura, J. Díez Grijalvo, A. Misiego Peral, F.J. García Latorre, R. Hernández Díaz, et al

Gerencia de Salud.

Objetivos: Calcular el coste por estancia en cada una de las modalidades de internamiento, Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Santo Cristo de los Milagros" de Huesca.

Métodos: El "sistema de coste total", denominado también full costing, ha sido el método por el que se ha optado para el análisis del coste por estancia en este centro de rehabilitación psicosocial. Este sis-

tema considera la totalidad de los importes con la finalidad de que ningún coste en el que incurra la organización quede sin asignar, independientemente de su naturaleza, esto es, ya sea directo o indirecto, gracias a un reparto y subreparto en cascada. Para llevar a cabo dichos repartos es necesaria la división de la estructura hospitalaria en Grupos Funcionales Homogéneos (GFHs) y para la distribución de los costes de cada centro de coste se han utilizado criterios de imputación. Para la mayoría de dichos repartos existe consenso sobre qué criterio de imputación debe ser utilizado.

Resultados: El análisis de los costes se ha realizado para el año 2008 y los resultados obtenidos han sido: 1. Unidad de Media Estancia: 158,99 € por estancia. Personal: 60,97%; Limpieza: 6,93%; Cocina: 6,69%. 2. Unidad de Larga Estancia: 124,09 € por estancia. Personal: 53,9%; Limpieza: 8,85%; Cocina: 8,57%.

Conclusiones: En la Unidad de Media Estancia tiene un mayor peso el coste de personal debido a la mayor intensidad de cuidados que reciben los pacientes ingresados en esta unidad, mientras que en la Unidad de Larga Estancia los servicios contratados tienen una importancia mayor que en la UME. Este estudio es una aproximación al coste por estancia en los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Para comparar los resultados obtenidos con tarifas externas es necesario tener en cuenta la calidad de la asistencia prestada y la tipología de pacientes ingresados en uno y otros centros.

P-031. ANÁLISIS DE COSTES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

I. de Castro Escura, J. Díez Grijalvo, A. Misiego Peral, F.J. García Latorre, J.I. Castaño Lasaosa, et al

Gerencia de Salud.

Objetivos: Calcular el coste por estancia en cada una de las modalidades de internamiento, Unidad de Media Estancia y Unidad de Larga Estancia, en el Centro de Rehabilitación Psicosocial "Nuestra Señora del Pilar" de Zaragoza.

Métodos: El "sistema de coste total", denominado también full costing, ha sido el método por el que se ha optado para el análisis del coste por estancia en este centro de rehabilitación psicosocial. Este sistema considera la totalidad de los importes con la finalidad de que ningún coste en el que incurra la organización quede sin asignar, independientemente de su naturaleza, esto es, ya sea directo o indirecto, gracias a un reparto y subreparto en cascada. Para llevar a cabo dichos repartos es necesaria la división de la estructura hospitalaria en Grupos Funcionales Homogéneos (GFHs) y para la distribución de los costes de cada centro de coste se han utilizado criterios de imputación. Para la mayoría de dichos repartos existe consenso sobre qué criterio de imputación debe ser utilizado. Sin embargo, ante la ausencia de información sobre determinados costes, se han elaborado otros criterios de reparto basados en el funcionamiento propio del centro.

Resultados: El análisis de los costes se ha realizado para el año 2008 Y resultados obtenidos son: 1. Unidad de Media Estancia: 108,34 € por estancia. Personal: 53,66%; Cocina: 8,4%; Consejería: 5,76% 2. Unidad de Larga Estancia: 132,7 € por estancia. Personal: 38,98%; Contratos Servicios: 16,77%; Material Sanitario: 7,08%.

Conclusiones: En la Unidad de Media Estancia tiene un mayor peso el coste de personal debido a la mayor intensidad de cuidados que reciben los pacientes ingresados en esta unidad, mientras que en la Unidad de Larga Estancia los servicios contratados tienen una importancia mayor que en la UME. Este estudio es una aproximación al coste por estancia en los Centros de Rehabilitación Psicosocial. Para comparar los resultados obtenidos con tarifas externas es necesario tener en cuenta la calidad de la asistencia prestada y la tipología de pacientes ingresados en uno y otros centros.

P-032. LOS COSTES DE LAS PLAZAS RESIDENCIALES

S.P. Pedrol Peris y C.L. Loran Constans

Unió Catalana d'Hospitals.

Objetivos: El sistema de concertación de plazas residenciales en Catalunya está marcado por unas tarifas públicas concretadas por el Institut Català de Serveis Socials. Al mismo tiempo, el momento actual de las entidades residenciales está marcado por la Ley de la Dependencia, el envejecimiento de la población y la competencia entre los operadores a la hora de optar a la concertación de plazas. Con todo, se precisa necesario conocer los costes de las plazas residenciales con el fin de analizar la sostenibilidad del sector en este momento de cambio. En este informe se realiza un análisis de los costes de las residencias con el fin de encontrar unos valores medios de la estancia residencial de grados I, II y III.

Métodos: Los datos utilizados en este informe provienen directamente de diferentes centros residenciales en manos de entidades asociadas a La Unió. Con todo, la muestra es de aproximadamente 40 centros residenciales. Para elaborar el esquema de costes residenciales, se han separado en tres grupos principales: los costes del personal de atención directa, los del personal de atención indirecta y los otros costes (no personal). A la vez se han establecido partidas generalistas para cada uno de estos tipos de costes. Los costes se han establecido mediante las medias aritméticas de cada uno de los centros de la muestra, asumiendo una serie de hipótesis para intentar reducir la heterogeneidad de las entidades y elaborando diferentes escenarios.

Resultados: Los costes de una plaza residencial anuales son 17.700 para una estancia de grado I, 19.501 para una estancia de grado II y 21.500 para una estancia de grado III. Estos valores equivalen a unos costes por estancia de 43,86, 48,31 y 53,25 respectivamente.

Conclusiones: Estos costes totales están formados por los costes de personal directo, que representan entre el 38% y el 50% de los totales, según el grado de dependencia, los costes del personal indirecto, que representan entre el 20% y el 24% y los "otros costes" que representan entre el 31% y el 38%.

P-033. LA MEJORA CONTINUA Y REINGENIERÍA DE PROCESOS APLICADA EN LA LOGÍSTICA DE ALMACENES

P.A. Cabello Granada

Hospital de Paraplégicos de Toledo (SESCAM).

Objetivos: Los almacenes de los centros hospitalarios son el centro de recepción y aprovisionamiento para el suministro de productos a las unidades clínicas, de investigación y soporte que desarrollan su actividad en dicho centro. Ello conlleva una alta actividad y tasa de manipulación de mercancías, así como el desarrollar de una logística adecuada para impedir las rupturas de suministro. Pero los stocks conllevan elevados coste de almacenamiento e incluso en determinados ocasiones por variaciones en la demanda asistencial, motiva que se prolonguen por tiempo indefinido generando otros nuevos. Esto nos ha llevado a plantearnos el objetivo de tratar de reducir el coste de almacenamiento en la valoración de las existencias, tanto en el almacén general como en los periféricos. Todo ello aplicando métodos de mejora continua y reingeniería de procesos para la optimización de los mismos.

Métodos: Se ha aplicado la mejora continua y reingeniería de proceso, partiendo de la gestión por procesos. El proceso de trabajo seguido se resume en: Primero hemos realizado un estudio de la situación del almacén con el fin de identificar exactamente la ubicación y volumen de los productos en el almacén, para posteriormente proceder a la reubicarlos nuevamente en base a criterios reparto en la preparación de la mercancía y la paletización de la misma. En segundo lugar, hemos redefinido los procesos logísticos de recepción, almacenaje y salidas de mercancía, así como el de preparación de reparto de mercancía por el personal del centro. En tercer lugar hemos realizado un estudio detallado de los stocks del

almacén, con el fin de rebajar los periodos de stock a los tiempos que hemos fijado previamente como "nuevo periodo de seguridad".

Resultados: Hemos conseguido con la redefinición de los procesos y el nuevo diseño de los circuitos, una reducción del tiempo de preparación de pedidos superior al 24%. Así mismo se está llevando a cabo una reducción de los stocks en media de 1 mes para los productos almacenados. Esta reducción ha sido paulatina y continúa dando sus frutos, ya que no se lanzan pedidos en la programación de compras hasta que no se encuentren las existencias de los artículos en los límites de compra de la nueva situación. Pero en el primer año y medio se alcanzó una reducción superior al 38%.

Conclusiones: Por todo ello podemos considerar que hemos conseguido el objetivo inicial de la reducción de los costes de almacenamiento, por la reducción de las existencias. Independientemente del objetivo inicial se han conseguido los objetivos secundarios como es el de un uso óptimo de los tiempos del personal de almacén y la mejora de los procesos del mismo.

P-034. CAUSAS DE LAS RECLAMACIONES PATRIMONIALES

M.J. García Sánchez, J.E. Pereñíguez Barranco, M.D. Pérez Cárceles, M.P. Beltrán Zúñiga y M.J. García Sánchez

Consejería Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; Universidad de Murcia; Universidad de Valencia.

Objetivos: El Código de Ética Médica de la Asociación Médica Americana establece que en las situaciones en las que un enfermo sufre complicaciones por un error médico en la asistencia, el médico está éticamente obligado a informarle de todos los hechos necesarios para comprender lo que ha ocurrido. En todas las series estudiadas el porcentaje de estimación en el informe de inspección, no supera el 20%. Si concluimos que un 80% podría no tener razón, entendemos que para interponer una reclamación patrimonial, con la complejidad que conlleva, sólo es entendible bajo la perspectiva de que los pacientes y/o familiares, no consideran haber sido tratados dignamente. Analizar los motivos de las reclamaciones patrimoniales y averiguar en cuantas desprende que existe una falta de respeto a los derechos de los pacientes, y las variables que puedan influir en dicha actuación.

Métodos: Hemos analizado los datos demográficos y de reclamación circunstancias de lugar, motivo, cuantía de la petición y resultado del informe de inspección de un total 61 reclamaciones patrimoniales. Aplicamos el programa estadístico SPSS.

Resultados: El 51,6% de las reclamaciones la presentaron mujeres, el 53,2% familiares, la edad mayoritaria de los afectados fue de 60-70 años. El 41% de los centros reclamados fueron hospitales de más de 1.000 camas. En el 26% de los casos se reclamó por error en el diagnóstico y en el 63% un error de tratamiento. El informe de inspección fue no favorable en el 75% y la cantidad media reclamada de 240.000 €. En el 48,4% de las reclamaciones existía algún motivo relacionado con la falta de respeto del derecho de los pacientes. El 83% de las reclamaciones que manifiestan falta de información y el 50% de trato falto de dignidad se producía en hospitales de más de 1000 camas. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la inclusión en los motivos de reclamación de incumplimiento de algún derecho y el tamaño del hospital.

Conclusiones: Los Hospitales de mayor tamaño, suelen ser de referencia y/o de 3º nivel. Las patologías que tratan son más complejas, existen mayor anonimato de los profesionales implicados (menos relación médico-paciente), y mayor expectativa de los pacientes. Por otro lado, están más enfocados al tratamiento de la fase aguda y disminuye en intensidad, interés y dedicación una vez superada esta, unido a que el hospital (o centro de salud) de referencia del paciente, hace tiempo que se inhibió del seguimiento del paciente en aras del hospital de referencia. En la formulación de reclamaciones interviene fundamentalmente la disconformidad con el resultado de la actuación médica pero son también determinantes la información y la percepción de trato recibido.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 23 de junio de 2010. 15:00 a 15:30 h

Aula 1.1 + Aula 1.2 + Aula 1.3

Satisfacción, calidad y preferencias de los pacientes

Moderador: Luis Lizán

P-035. PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR POR LOS ANTICOAGULANTES ORALES PARA LA PROFILAXIS DEL ICTUS: RESULTADOS PRELIMINARES

N. González Rojas, L. Lizán y S. Paz

Boehringer Ingelheim España, SA; Outcomes'10.

Objetivos: El desarrollo de nuevos anticoagulantes orales (ACO) como los inhibidores directos de la trombina, que no precisan monitorización ni ajustes de dosis, pueden mejorar significativamente el manejo de la anticoagulación oral en la prevención del ictus por fibrilación auricular (FA), permitiendo estrategias terapéuticas más sencillas para los pacientes. Nos proponemos: 1. analizar las preferencias de los pacientes por los ACO para la profilaxis del ictus; 2. conocer los atributos de los ACO a los que se otorga mayor importancia y valor de utilidad.

Métodos: Estudio epidemiológico, de preferencias, en pacientes con FA de origen no valvular en tratamiento con ACO. Técnica de análisis conjunto para la estimación de preferencias: 1. definición de los atributos de los ACO mediante revisión de la literatura y grupos focales con expertos clínicos y pacientes; 2. definición de escenarios (matriz ortogonal, SPSS conjoint v16.0); 3. entrevistas presenciales, estructuradas con pacientes.

Resultados: De los 50 pacientes entrevistados (análisis intermedio de resultados), 64% fueron hombres. La media de edad fue 66,16 años (DE: 10,53). La mayoría eran casados (70%), con estudios de nivel primario (54%), jubilados o pensionistas (50%) y percibían una renta neta de 751,5 euros al mes (mediana) (DE: 681,57). Todos los pacientes recibían tratamiento con AVK (mediana del tiempo en tratamiento: 12,86 meses; rango: 1,56-146,75 meses). Un 30% había sufrido al menos una complicación hemorrágica menor que no requirió hospitalización en los 12 meses previos mientras que no se documentaron eventos tromboembólicos. La dosis fija e igual todos los días (0,890), la eficacia (0,590) y la seguridad (0,515) del fármaco tuvieron el mayor valor de utilidad mientras que no necesitar vigilar la dieta (0,475) y no precisar la monitorización periódica de la coagulación (0,195) fueron los atributos con menor valor de preferencia. La mayor importancia media fue atribuida a la eficacia (26,77), la dosis fija (26,45) y la seguridad (20,71) de la medicación. No hubo segmentos de población diferenciados por grupos de pacientes diferentes entre sí en cuanto a sus preferencias (método de segmentación Post Hoc con preferencias).

Conclusiones: Los atributos más preferidos fueron la dosis fija del fármaco, su eficacia y seguridad. Menos relevantes fue la necesidad de vigilar la dieta o de controlar periódicamente la coagulación. Estos resultados han de favorecer la reflexión sobre el uso de ACO más afines a las preferencias de los pacientes.

P-036. SERVICIO DE INFORMACIÓN A FAMILIARES Y USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ALMANSA

J. Ríos Laorden, M.C. Gómez Cuerda, F. Bernad Guerrero, M.J. Gómez-Mansilla Guerra, R.P. López Picazo, et al

Hospital General de Almansa; SESCAM.

Objetivos: Mejorar la calidad de la información a los familiares de los pacientes que están siendo atendidos en el Servicio de Urgencias,

Cuidados Críticos y Bloque Obstétrico y Quirúrgico. Impulsar la calidad percibida y la excelencia en el servicio a los ciudadanos, fortaleciendo la imagen institucional de nuestro hospital. Humanizar la asistencia a pacientes y familiares.

Métodos: Los Informadores son profesionales, seleccionados y formados específicamente, con las competencias necesarias. Dependen orgánicamente de la Oficina de Calidad y Atención al Usuario, coordinados funcionalmente por la Supervisora de Calidad. Su trabajo, además de tener que ver con la información, explora la trazabilidad del proceso de atención del paciente dentro del centro hospitalario. Facilitan información para conocer qué ocurre con él cuando un familiar no se encuentra a su lado, informa cuando no se ve, intentando disminuir las incertidumbres generadas en la espera. Su actuación viene definida a través de una vía clínica no asistencial.

Resultados: Se han realizado 7.357 actuaciones, media de 2,6 contactos sobre cada actuación. Durante el proceso de información, se establecen los medios para garantizar la confidencialidad. Se establecen básicamente cuatro circuitos de trabajo. El perfil de persona con la que el informador se pone en contacto, es: Hijos (23%), Esposos (14%), Amigos (12%). La distribución horaria cuando se realiza la primera intervención se comporta con dos picos de demanda fuerte (14:00 horas y 22:00). La edad media de los usuarios atendidos es de 64 años. El tiempo medio empleado para el seguimiento desde la primera intervención hasta el final del episodio está en 5 horas y 42 minutos. Un 7% de familiares y usuarios ha mantenido información y seguimiento a través de teléfono. Valoración global un 55% se han mostrado satisfechos. Sobre ¿cuál ha sido el trato recibido?, se valora con un 8,90. Sobre ¿la información recibida ha sido?, se valora con un 8,40. Sobre ¿el modo en que se mantuvo informado ha sido?, se valora con un 8,20. Sobre ¿el modo en que el personal prestó atención a sus consultas ha sido?, se valora con un 8,20.

Conclusiones: El informador es el enlace entre el paciente y sus familiares, facilita la información y colabora con los sanitarios responsables de la atención del paciente, en aspectos relacionados con la información y continuidad de la asistencia durante su permanencia en el servicio de urgencias. El número de reclamaciones en el Servicio de Urgencias ha descendido en un 12,75%. Todos los profesionales del Hospital General de Almansa conocen el Servicio de Información. Se ponen en práctica las sugerencias recibidas a través de las encuestas de satisfacción.

P-037. CALIDAD PERCIBIDA: INSTRUMENTO PARA EL CAMBIO. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ARGENTINA

J. Ríos, M.C. Guzmán, L. Campuzano y M.C. Bustamante

Escuela de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La evaluación de la calidad de la atención y satisfacción del paciente son fundamentales para valorar y mejorar las prestaciones. La entrevista realizada luego del proceso de atención, es de vital importancia para una gestión basada en el usuario. El objetivo de este trabajo es valorar a través de una encuesta el grado de satisfacción del usuario/paciente de un centro de atención primaria de Argentina.

Métodos: Se realizó una encuesta que consta de 17 preguntas, las cuales son: a) de satisfacción, b) de expectativa y c) de informe, en Centro de Atención Primaria de ciudad de Quilmes del Gran Buenos Aires con un área de cobertura de 5.000 ciudadanos, en el periodo del 2 al 20 de noviembre de 2009.

Resultados: Se entrevistó a 370 personas, mayores de 16 años, seleccionadas al azar: 280 correspondieron a la consulta pediátrica (75,7%) y 90 a la consulta clínica (24,3%) Género: 80% mujeres y 20% hombres. Edad: el rango mayor en mujeres fue de 16 a 29 años (43%) y hombres mayores de 65 años (40%). El 83% afirmó estar conforme con los turnos para la visita y no tuvo espera en la misma. El 91% dice que el médico fue amable, se sintió escuchado por él y le dedicó el tiempo necesario. Un 87% dice que le resuelve los problemas de salud y un 79,4% que le expli-

có lo que quería saber. Con respecto al personal de enfermería el 26% lo consideró muy bueno, 43% bueno y 8,2% malo. Con respecto al personal administrativo el 28,3% muy bueno, 52,6% bueno y 2,4% malo. En caso de urgencia 53,3% acude al Centro y el 34,1% al hospital cercano. El 97,8% afirma que su Centro está limpio con respecto a la valoración global el 90,7% se considera satisfecho y el 9,3% no.

Conclusiones: Los resultados de la encuesta de satisfacción de usuarios 2009 pueden considerarse en general positivos, ya que el 90,7% (336) se considera satisfecho con la atención recibida, en contraposición con un 9,3% (34) que no lo está. A pesar que a un 16,2% le resulta difícil obtener los turnos de visita, la valoración profesional es buena. A partir de la misma se consideraran estrategias para mejorar la calidad de atención llegando a la excelencia y obtener un conocimiento mayor de la percepción y valoración de las expectativas usuarios. Además poder trasladar estos conocimientos para ser utilizados como herramienta de gestión interna del Centro. Movilizar la organización a partir de los resultados obtenidos y seguir identificando los problemas y puntos débiles del sistema de APS, susceptibles de resolver con la adopción de las medidas apropiadas.

P-038. RETOS PARA EL SISTEMA SANITARIO EN EL USO DE INTERNET POR PARTE DE LAS PERSONAS MAYORES

C. Bermúdez-Tamayo, J. Jiménez-Pernett, J.F. García-Gutiérrez, A. Caro y L. García-Mochón

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP (Ciber de Epidemiología y Salud Pública).

Objetivos: Explorar en profundidad barreras y facilitadores, preferencias y necesidades de los mayores con respecto al uso de Internet para temas sanitarios (como fuente de información, interacción y asistencia sanitaria).

Métodos: Estudio cualitativo. Sujetos: personas mayores. Criterios de segmentación: Usuarios s/n, nivel socio-económico. Composición interna: sexo. Exclusión: condiciones físicas, psíquicas, sensoriales limitadas para conversación o insuficiente manejo idioma. Se realizaron 2 grupos por segmento, según saturación, 3 provincias, 76 participantes. Dimensiones: 1. Utilidad del uso de Internet, 2. Motivaciones para el aprendizaje y uso, 3. Experiencias de aprendizaje, 4. barreras, limitaciones y efectos negativos del uso y manejo, 5. Fuentes de información, 6. inconvenientes, ventajas de Internet frente a otras. Análisis: la información fue grabada y transcrita, análisis de contenido.

Resultados: 1. Usuarios y no usuarios conocen las utilidades. Usos: búsqueda de información sobre cualquier tema, completar la información médica y hablar con la familia. 2. Es un medio para distraerse y aprender cosas nuevas, quieren ser partícipes de los avances. 3. La experiencia se ha iniciado por varios canales: cursos, familia o autoaprendizaje. Lo más importante es estar motivado, pero cuesta trabajo consolidar el aprendizaje. Otra dificultad es el bajo nivel educativo. 4. La falta de motivación es una barrera para el uso, la desconfianza y el miedo de lo desconocido. Demandan la formación específica. Encuentran falta de apoyo de su familia. Achan la disminución de la visión al uso, dolores por un uso del ratón, cervicales por la posición y la muñeca. Es más fácil leer del papel que en la pantalla, que cansa la vista. El manejo del ratón y el teclado es difícil. Presentan problemas de memoria. Alto coste de un ordenador e Internet y algunos demandan subvenciones y gratuidad de la conexión. 5. Su médico de cabecera es la fuente principal, programas de TV, farmacia, revistas. 6. Las relaciones a través de Internet son más frías y alertan sobre la importancia de comprobar la proveniencia de la información y dudan de su fiabilidad. Ventajas: rapidez en obtener la información y posibilidad para completar información médica, información diversa y extensa.

Conclusiones: El estudio proporciona información para el apoyo a las políticas que persigan el uso efectivo de Internet en el ámbito sanitario por parte de los mayores. El desarrollo de dichas políticas, debería

tener en cuenta las necesidades y opiniones de estas personas. A pesar del bajo uso de Internet en los mayores en España, Internet ofrece grandes posibilidades para el sistema sanitario en diversos ámbitos.

P-039. LA CALIDAD ES EFICIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Belkebir, J.M. Vergara Ugarriza, P. Oliván Ota, C. Celaya Lecea, J.R. García Mata, et al

Sector Zaragoza II (Atención Primaria y Hospital Universitario Miguel Servet).

Objetivos: La Comisión de Tecnología y Adecuación de Recursos (CTAR) del Sector Zaragoza II: Atención Primaria y Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) desarrolla una línea de trabajo sobre la monitorización de indicadores para evaluar la eficiencia tanto de atención hospitalaria como de atención primaria. El objetivo del presente trabajo es valorar las diferencias en la eficiencia de los distintos Equipos de Atención Primaria (EAP) del Sector II de Zaragoza así como los factores que las explican.

Métodos: Se estudiaron 18 Equipos de Atención Primaria (EAP) de los 21 existentes en el Sector. En los citados EAP se han atendido más de 260.000 pacientes al año y tienen un gasto global que supera los 160 millones de euros al año. Se procede al análisis descriptivo de las variaciones interanuales de los centros estudiados durante los años 2007-2008 atendiendo a las siguientes variables: consumo en euros por centro (desglosados en personal, gasto corriente y farmacia), población asignada y usuarios de cada centro por tramos de edad, Índice Sintético de Calidad de Prescripción (ISCP) y porcentaje de derivaciones. La relación entre el gasto en euros y las variables de estudio se estableció mediante el coeficiente de Pearson y se utilizó un modelo de regresión lineal.

Resultados: El gasto total se incrementó un 7,3% en 2008 respecto al año anterior y se atendieron un 7,4% más de pacientes. Por capítulos, el que más se incrementó fue personal (12,6%) seguido por el gasto corriente (8,5%) y por farmacia (5,3%). El gasto medio por paciente pasa de 385,9 € en 2007 a 385,6 € en 2008 (-0,8%). Farmacia se lleva la mayor parte: 69,0% frente al 70,3% el 2007 (-1,3%), siendo de entre todos los capítulos, el que más variabilidad presenta. La edad media de la población atendida fue de 45,45 años frente a 45,39 años el año anterior (+0,1%) y explica hasta un 72% de la variabilidad intercentros en gasto por paciente. Cuando ajustamos por edad, las desviaciones de los centros se relacionan significativamente con la calidad de prescripción medida por el ISCP ($r = -0,71$, $p < 0,05$).

Conclusiones: Las variables ISCP y edad explican hasta el 90% de la variabilidad del gasto por paciente. El Índice Sintético de Calidad de Prescripción está estrechamente relacionado con la eficiencia, a la vez que se muestra altamente fiable y sensible a la hora de detectar cambios en el consumo de recursos de los Centros de Salud.

Estudios de utilización de medicamentos

Moderador: Gabriel Sanfélix

P-040. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE OSTEOPOROSIS EN LA REGIÓN DE MURCIA EN 2009

R. Herrero-Delgado, C. Buenestado-Castillo, J. Giménez-Arnau y J.F. Sánchez-Ruiz

D.G. Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud; Fundación para Formación e Investigación Sanitarias Región de Murcia; Subdirección General de Tecnologías de Información, Servicio Murciano de Salud.

Objetivos: Análisis de situación de la dimensión de la osteoporosis y el patrón de utilización de fármacos indicados para esta patología en

la Región de Murcia (RM) en 2009, valorando la repercusión económica de su prescripción.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza el registro diagnóstico y la prescripción de fármacos para el osteoporosis en RM en 2009. La población de estudio fueron usuarios con tarjeta de identificación sanitaria (TIS) hasta enero 2009, datos extraídos de la BD poblacional Civitas. Los pacientes se consideraron los que recibieron diagnóstico de osteoporosis (CIAP2: L95), información extraída de las HC registradas por la Oficina Médica Informatizada AP (OMI-AP). Como fuente de información se usó AdN (Análisis de Negocio), aplicativo del Servicio Murciano de Salud para gestión farmacéutica. Los medicamentos seleccionados fueron aquellos prescritos en AP cuyo principio activo y presentación tienen indicación 1ª en tratamiento de osteoporosis.

Resultados: Los pacientes diagnosticados de osteoporosis fueron 34.290, 2,43% del total de TIS, siendo el 94,8% mujeres. La distribución de la prevalencia de osteoporosis va desde el 1,07% en el Área I hasta 3,75% en Área VI. El total de envases asciende a 364.435, correspondiente a 20,06 DHD con gasto de 13.720.474 €, del que 88,70% corresponde a pensionistas. Por principios activos se observa la variabilidad en el consumo, con los siguientes porcentajes de participación en los DHD total y gasto anual: risedrónico (31%, 4.013.369 €), ibandrónico (19%, 2.033.125 €), alendrónico (16%, 1.243.876 €), alendrónico-colecalciferol (13%, 1.258.177 €), raloxifeno (10%, 1.105.251 €), ranelato estroncio (6%, 1.069.034 €), calcitonina (4%, 1.159.984 €), teriparatida (1%, 1.149.637 €), quedando PTH, elcatonina y etidrónico con mínimo consumo y un gasto de 655.815 €, 3.231 € y 774 € respectivamente. Respecto al 2008 se experimentó un ascenso del consumo, con incremento de 14% en envases y 21% en gasto.

Conclusiones: Existe gran dispersión geográfica en las tasas de diagnóstico entre Áreas de Salud, con diferencias de hasta 2,68%, con importante desviación respecto a la media (2,43%). Los bifosfonatos suponen 64,8% de los DHD de antiosteoporóticos consumidos y un 54% del gasto derivado, lo cual refleja un seguimiento a las recomendaciones de las guías farmacoterapéuticas. Donde el risedrónico es el fármaco de primera elección, alcanzando el 31% del total del consumo, con gasto superior a 4.000.000 €. El fomento de medidas preventivas, protocolos de diagnóstico precoz y aquellas intervenciones que eviten el infradiagnóstico de pacientes osteoporóticos y permitan su correcto tratamiento farmacológico, son necesarias y justificadas, siendo acciones coste-eficaces.

P-041. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS EN ESPAÑA

L. Gutiérrez, A. Sicras, R. Navarro, F. Sorio y M. Intorcica
Badalona Serveis Assistencials, SL; Amgen.

Objetivos: La osteoporosis posmenopáusica (OPM) es una enfermedad que afecta a mujeres posmenopáusicas, caracterizada por una reducción de la resistencia ósea. Varios tratamientos farmacológicos han demostrado prevenir o tratar la OPM y reducir el riesgo de fracturas, como los bisfosfonatos orales (Bfo), ranelato de estroncio (RE) y raloxifeno (RLX). Sin embargo, muchas pacientes abandonan el tratamiento durante el primer año, lo cual puede comprometer la efectividad de los fármacos (Imaz 2009). El presente estudio tiene como objetivo estimar la persistencia de los tratamientos para la OPM en condiciones reales en España.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado a partir de registros de pacientes de seis centros de Atención Primaria de Cataluña. Se incluyeron mujeres ≥ 50 años con OPM que iniciaron tratamiento con Bfo, RE o RLX entre 01/01/2004 y 30/06/2008. Se excluyeron las pacientes con antecedentes de cáncer, otras enfermedades metabólicas óseas, hospitalizadas durante > 30 días, o con seguimiento menor

al año. Principales medidas: edad, morbilidad, persistencia (dispensación: recetas CatSalut) a 1, 2 y 3 años. Las pacientes que estuvieron más de 1 mes sin acceso a la medicación se catalogaron como "no persistentes". En un primer análisis se consideró como discontinuación el cambio a otro tratamiento para la OPM, y en un segundo, se consideró la persistencia global a los tratamientos para la OPM. Análisis estadístico: supervivencia Kaplan-Meier (comparaciones: Log-Rank Mantel-Cox), $p < 0,05$.

Resultados: En la cohorte 1 (1 año de seguimiento) se incluyeron 3.049 pacientes (edad media: $68,3 \pm 9,7$ años) y la persistencia fue del 30% (intervalos de confianza del 95% [IC]: 27,5-32,5%). En la cohorte 2 (2 años) se incluyeron 2.698 pacientes ($68,9 \pm 9,3$ años) y la tasa de persistencia a 1 y 2 años fue de 34,8% (IC: 32,6-36,2) y 16,4% (IC: 13,6-19,2%) respectivamente. En la cohorte 3 (3 años) se incluyeron 2.163 pacientes ($68,4 \pm 9,5$ años) y la tasa de persistencia a 1, 2 y 3 años fue de 35,9% (IC: 33,9-37,9%), 20,0% (IC: 18,3-21,7%) y 9,0% (IC: 5,9-12,1%) respectivamente. Por tipo de fármaco-frecuencia de administración, no se observaron diferencias importantes en la persistencia. Los resultados fueron similares en el primer y segundo análisis (con y sin considerar el cambio a otro tratamiento para la OPM como discontinuación del tratamiento).

Conclusiones: Al igual que en otros estudios con metodología similar, se observa que la persistencia del tratamiento de la OPM es baja, tanto considerando como sin considerar cambios entre tratamientos. Las pacientes deben recibir la terapia más adecuada desde el primer momento para evitar la discontinuación y la consecuente falta de protección frente a fracturas.

P-042. PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE 2007-2009

R. Herrero-Delgado, J. Marín-López y A. López-Santiago

D.G. Asistencia Sanitaria-Servicio Murciano de Salud; D.G. Planificación y Ordenación Sanitarias, Consejería de Sanidad de Murcia.

Objetivos: El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta a un 15% de la población de la Región de Murcia (RM), alcanzando los 50.000 pacientes con trastorno depresivo en 2009. El objetivo del estudio es analizar la evolución en la prescripción y gasto de los antidepresivos en la RM en el período 2007-2009, justificando la implantación de los planes de mejora en el ámbito de Salud Mental.

Métodos: Es un estudio observacional retrospectivo que analiza la prescripción y el gasto por antidepresivos entre el año 2007-2009 en las Áreas de Salud de la RM. Los pacientes diagnosticados se consideraron los que recibieron hasta enero 2010 diagnóstico de trastorno depresivo en AP (CIAP2 = P986), información extraída de historias clínicas registradas por OMI-AP. Los datos sobre la prescripción y gasto fueron extraídos del aplicativo del Servicio Murciano de Salud (SMS) para la gestión farmacéutica, obteniendo los indicadores de prescripción en AP de cada uno de los principios activos grupo subterapéutico de antidepresivos (ATC:N06A) en los años 2007/08/09, desglosados por las 9 Áreas de Salud.

Resultados: En el intervalo entre los años 2007/09 el consumo de fármacos se ha incrementado pasando de 765.597 envases y 49,28 DHD en 2007 a 896.100 envases y 56,26 DHD en 2009. Los 3 principios activos más prescritos (54,83% del total de DDD) han sido sertralina (SER), paroxetina (PAR) y desde 2008 es el escitalopram (ESC) el líder del grupo. Por consiguiente, el gasto también ha ascendido (5,7%), alcanzando en el último año los 21,5 millones €, viéndose igualmente elevado el gasto medio por receta pasando de 14,54 € en 2007 a 24 € en 2009. En 2009 los antidepresivos de 1ª línea, SER, PAR y fluoxetina (FLU) supusieron un 42% del consumo y 20,92% del gasto total de los antidepresivos, despuntando ESC con un consumo individual del 22% y un gasto del 25% del total de los antidepresivos. La distribución geográfica de los

consumos en 2009 presenta una desviación, destacando una de las Áreas de Salud con un 38,64% por encima y otra con un 41% por debajo de los valores medios (56,26 DHD).

Conclusiones: Entre 2007/09 existe un incremento del 14,16% en el consumo global de antidepresivos y del 5,70% del gasto farmacéutico, destacando la tendencia del perfil de prescripción desviándose de los fármacos de 1ª línea a favor del ESC, con un aumento de su consumo del 53,75%, que acompañado de otros parámetros conlleva a un ascenso en el precio medio por receta del 65%. La reciente implantación en el SMS de la "Guía de trastornos depresivos" y el plan formativo dirigido a profesionales tienen el objetivo de realizar diagnóstico precoz y coordinar niveles asistenciales, mejorando la atención clínica y permitiendo racionalización de los tratamientos.

P-043. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS Y ANSIOLÍTICOS EN ARAGÓN EN 2008

N. Gayán, M.J. Rabanaque y C. Feja

Universidad de Zaragoza, Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública.

Objetivos: Conocer la prevalencia de consumo de antidepresivos y ansiolíticos en Aragón en 2008 y analizar la posible variabilidad geográfica en su utilización.

Métodos: Estudio ecológico transversal basado en las recetas de fármacos antidepresivos y ansiolíticos facturadas por el Servicio Aragonés de Salud en 2008. Variables del estudio: demográficas (sexo y edad del paciente); relativas al tratamiento (principio activo, subgrupo ATC, nº de envases y nº de DDD prescritas); geográficas y asistenciales (Sector Sanitario, tipo de zona de salud -urbana, rural o Zaragoza capital-, nivel asistencial). Análisis de los datos: Tasas de prevalencia globales y específicas por sexo, grupos de edad y sectores sanitarios, expresadas en forma de tasas brutas, ajustadas por edad por el método directo a la población estándar europea, y por el método indirecto tomando como estándar la prevalencia en el conjunto de Aragón. En el análisis de la variabilidad en la utilización se ha calculado el coeficiente de variación (CV), para subgrupos terapéuticos y para principios activos, en relación con: sector sanitario; medio urbano o rural; nivel asistencial en que se produce la primera prescripción después de 6 meses sin tratamiento.

Resultados: El número de pacientes en Aragón en tratamiento con fármacos antidepresivos y/o ansiolíticos en 2008 es 238.160, de ellos 159.972 mujeres y 78.188 hombres. La prevalencia de consumo para Aragón fue de 17.752,51 por 100.000 hab; en hombres de: 11.754,71 y en mujeres de 23.650,71. La prevalencia ajustada por el método directo en Aragón es 14.306,40 por 100.000 habitantes, siendo 9.932,11 en hombres y 18.568,69 en mujeres, lo que muestra una prevalencia significativamente mayor en mujeres. Tras ajustar los resultados por sectores, la prevalencia más alta se da en los 3 Sectores Sanitarios de Zaragoza (15.855,25; 14.314,60 y 14.881,98 por 100.000 hab) y la prevalencia más baja en los dos sectores de la provincia de Teruel (11.770,72 y 13.223,30). Realizado el ajuste de tasas por el método indirecto se mantienen las diferencias entre los 3 sectores de Zaragoza, donde los casos observados superan a los esperados de forma estadísticamente significativa, y los sectores de Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz, cuyos casos observados son inferiores a los esperados. En el análisis de la variabilidad el CV entre los 8 sectores sanitarios de Aragón es 0,087, siendo superior para los hombres (0,102) que para las mujeres (0,074).

Conclusiones: Se observa una importante variabilidad en la utilización de antidepresivos y ansiolíticos en Aragón entre hombres y mujeres y entre sectores sanitarios. Serían necesarios más estudios para conocer los factores que influyen en la variabilidad observada y analizar la adecuación de las prescripciones.

P-044. PERFIL DE PRESCRIPCIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS

L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache y M.A. Celigueta Crespo

Dirección de Farmacia; Departamento de Sanidad y Consumo; Gobierno Vasco.

Objetivos: Determinar el perfil de consumo en mayores de 65 años frente a la población total a lo largo de 2008.

Métodos: Se han extraído datos del Sistema de Información de Farmacia de consumo en pacientes mayores de 65 años. Se ha hecho un ránking por grupo ATC por envases y se han valorado los 5 grupos más consumidos.

Resultados: Los grupos más prescritos entre la población mayor de 65 años en 2008 son: en primer lugar inhibidores de la bomba de protones (IBPs) que supone en esta población aproximadamente el 37% del total, seguido de inhibidores de la HMG CoA reductasa (39%), en tercer lugar los inhibidores de la agregación plaquetaria (47%), luego se encuentran las anilidas (34%) y en quinto lugar los derivados de la benzodiacepina (29%).

Conclusiones: El consumo de medicamentos en mayores de 65 años es más elevado que en el resto de pacientes. Se debería hacer hincapié en la necesidad de estudios prescripción-indicación para promover un uso adecuado de los mismos.

P-045. INTERVENCIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN DE PRODUCTOS DIETÉTICOS: BUSCANDO EFICIENCIA

M.T. López Sánchez, A. Aguiló Llobera, M.A. Boronat Moreiro, M. Zaforteza Dezcallar y E.J. Castaño Riera

Servicio de Salud de las Illes Balears; Consejería de Salud y Consumo Illes Balears.

Objetivos: Evaluar la intervención sobre el consumo de la nutrición enteral domiciliaria (NED) –dietas completas– prescrita en el Servicio de Salud de las Illes Balears para adecuar su utilización a la cartera de servicios valorando su repercusión en el consumo y gasto de estos productos.

Métodos: En los últimos años el incremento del consumo de productos dietéticos ha sido objeto de análisis por parte del servicio de farmacia del Servicio de Salud y consecuencia de ello en septiembre de 2008 se decidió revisar el procedimiento de gestión del visado de la nutrición enteral domiciliaria (NED). La estrategia de la intervención ha sido: revisión del protocolo de autorización del visado de la NED adecuándose a lo estipulado en el R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, sobre cartera de servicios; implantación del sistema de visado electrónico centralizado en el Servicio de Farmacia de ibsalut; notificación a los médicos de AP sobre la necesidad de inicio de la NED en el ámbito hospitalario y sólo para las patologías y situaciones clínicas incluidas en cartera de servicios; motivación de las denegaciones a través de nota personalizada al médico prescriptor y/o ampliación de información para reevaluar la solicitud del visado, monitorizar los tratamientos vigentes para evitar la cronificación.

Resultados: Se han revisado todas las propuestas de inicio de tratamiento y renovación de las NED solicitadas al servicio de farmacia del ibsalut. Los resultados de consumo, entre los años 2006 a 2008, fueron respectivamente de 22.737, 25.600, 29.331 envases, comportando un coste de 2,5, 2,9 y 3,6 mill € respectivamente, y tras la intervención, en el año 2009 los resultados han sido de 26.459 envases y 3,4 mill €. Esto ha supuesto punto de inflexión en la tendencia al alza de consumo de productos dietoterápicos con un descenso del 10% en envases y un 6% en gasto. En el análisis detallado de la evolución del consumo de enva-

ses por tramos de edad se aprecia que el decremento más significativo se produce en los pacientes mayores de 65 años (-18,3%), siendo del -2,8% en el tramo de los 14 a 64 años. Por el contrario, se observa un aumento del 14,4% en los pacientes de 0 a 14 años aunque cabe subrayar que este grupo de edad es minoritario con respecto al total de pacientes.

Conclusiones: La revisión del protocolo en la autorización de la NED, la utilización del visado electrónico centralizado y las acciones realizadas de forma personalizada sobre los médicos responsables de la prescripción de los productos dietéticos, han promovido el cumplimiento de la normativa vigente, garantizando una actuación homogénea ante los pacientes, traduciéndose en una contención del consumo y gasto de esta prestación.

P-046. UTILIZACIÓN DE ANTIULCEROSOS EN ARAGÓN 2004-2008

A.C. Bandrés, J. Díez, J.M. Abad y M.J. Rabanaque

Servicio Aragonés de Salud; Medicina Interna, Hospital Royo Villanova; Departamento de Salud y Consumo; Facultad de Medicina.

Objetivos: El uso de antiulcerosos es tema de debate en España ya que observan tasas de utilización mayores a las de otros países y se apunta a un uso inadecuado. Este consumo no está exento de riesgos, tal como demuestran recientes publicaciones que los relacionan con la aparición de neumonía o fracturas de cadera. Por ello es necesario que se haga un uso adecuado indicándolos sólo en los casos en los que esté justificado. El objetivo de este estudio es evaluar el consumo de estos fármacos en Aragón en el periodo 2004-2008.

Métodos: Se ha calculado el consumo en dosis por mil habitantes y día (DHD) y el coste tratamiento día (CTD) de los principales fármacos antiulcerosos: inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antagonistas de los receptores H₂ de la histamina (antiH₂).

Resultados: En este periodo el consumo de antiulcerosos ha aumentado un 60% (67,55 DHD en 2004 y 107,79 DHD en 2008). Los más utilizados en 2004 son los IBP (92,04% del consumo en DDD), frente a los anti H₂ (7,76%). Omeprazol (DHD 47,7), lansoprazol (DHD 5,99), pantoprazol (DHD 5,61) y ranitidina (DHD 3,59) son los principios activos más usados en 2004. En 2008 omeprazol, lansoprazol y pantoprazol son también los fármacos más consumidos y experimentan incrementos respecto a 2004 superiores a un 50%, situándose las DHD en 77,12, 8,96 y 8,93 respectivamente. Destaca un incremento de un 779% en la prescripción de esomeprazol que pasa de 0,83 DHD en 2004 a 7,27 DHD en 2008 y que lo sitúa como el cuarto fármaco más consumido. La prescripción de antiH₂ desciende en más de un 40% y supone en 2008 sólo un 2,3% de la prescripción. El importe en 2004 alcanza los 19.015.552 euros (5,50% del importe total en fármacos). En 2008, el importe es 24.317.112 euros (5,63% del total del importe). El CTD total desciende en un 24,75% (de 0,63 euros a 0,48 euros). El mayor descenso corresponde a omeprazol que pasa de 0,32 euros a 0,18 euros. El mayor CTD en 2008 corresponde a esomeprazol con 1,58 euros.

Conclusiones: Existe un importante incremento en la utilización de antiulcerosos y se observa una del perfil de uso, concentrándose el consumo en los IBP. Hay una penetración considerable del último IBP comercializado, esomeprazol, que posee el mayor CTD. A pesar de ello, el CTD total ha disminuido debido a las bajadas de precio que se producen con las actualizaciones periódicas de los precios de referencia Aunque por el diseño de este estudio no se pueden precisar las indicaciones para las que se han empleado y por tanto no se pueden detectar causas de uso irracional, parece poco plausible que haya razones para que el consumo en nuestro entorno sea superior al de países con características sanitarias similares al nuestro y ello indica una posible sobreutilización.

P-047. AJUSTE DE RIESGOS CON DATOS DE PRESCRIPCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.J. Muñoz González, M. García Goñi,
A. Alberquilla Menéndez-Asenjo y M.T. Alonso Salazar

Gerencia Área 11 Atención Primaria Servicio Madrileño de Salud;
Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos: El importante volumen de actividad en las consultas de atención primaria (AP) y las dificultades para que cada uno de esos actos esté correctamente codificado son barreras para la utilización de los ajustes de riesgo en AP. Para superar estos inconvenientes se han propuesto algunos sistemas que se basan en la información incorporada en las prescripciones. En este trabajo se analizan los resultados de la metodología basada en los RxGroups (RxG) con datos concurrentes considerando el nivel de agregación de los médicos de AP en un área de salud.

Métodos: Se analizan los datos de la prescripción en el año 2007 disponibles en la historia clínica electrónica correspondiente a un área de salud que atiende a una población cercana a los 900.000 habitantes. Mediante la aplicación RxG se obtuvieron los índices de riesgo relativo (IRR) y de eficiencia (IE) asignados a cada uno de los 610 prescriptores según se considere exclusivamente los datos demográficos (DEM) o incorporando también la información de los datos de prescripción (RxG). También se analiza los perfiles de la casuística basados en las categorías agregadas ARxG y la capacidad explicativa enfrentando las correlaciones entre gasto previsto y predicho por el modelo para cada uno de los profesionales.

Resultados: Sobre la población asignada, acudieron a consulta 690.084 personas, de las cuales 593.596 recibieron alguna prescripción. Los IRR oscilaron entre (0,28 y 1,5) y entre (0,11 y 1,71) en los modelos DEM y RxG, respectivamente, lo que apunta a una gran variabilidad en la morbilidad atendida. Mayor es la variabilidad en los IE (0,01-2,51 y 0,07-2,27, DEM y RxG, respectivamente) lo que sugiere que la variabilidad en la práctica amplifica la variabilidad de la morbilidad. Dentro de un mismo centro de salud existe una gran diferencia entre profesionales en IRR e IE así como en las distribuciones de las categorías ARxG. La correlación entre gasto real y gasto estimado fue de $R^2 = 0,733$ en el modelo DEM y de $R^2 = 0,810$ en el modelo RxG.

Conclusiones: Los datos de prescripción pueden ser una fuente de información válida para comenzar a incorporar el ajuste de riesgos en AP. La utilidad de esta metodología permite identificar el perfil de profesionales que muestran una mayor eficiencia en el gasto, siempre considerando las medias y una vez se ha controlado por las variables explicativas de edad, género y morbilidad.

Análisis del impacto presupuestario y en consumo de recursos de las innovaciones terapéuticas

Moderadora: Ana Tur

P-048. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA UTILIZACIÓN DE SOMATROPINA (GENOTONORM®) EN PACIENTES CON DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO (DHC) DURANTE LA ETAPA DE TRANSICIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA A LA ADULTA

M.A. Donoso, S. Díaz, I. Oyagüez y M.A. Casado

Servicio de Pediatría. Hospital del Henares; Investigación de resultados en salud, Pfizer; Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia.

Objetivos: La interrupción del tratamiento con hormona de crecimiento en pacientes con DHC al finalizar el crecimiento, conlleva altera-

ciones de la composición corporal y aumento del riesgo cardiovascular en la edad adulta, por ello, se debe enfatizar la importancia del tratamiento con hormona de crecimiento en los casos de DHC persistente. El objetivo de este análisis es estimar el impacto presupuestario de la utilización de somatotropina (Genotonorm®) en el tratamiento del DHC durante el periodo de transición entre la edad pediátrica y la adulta.

Métodos: Se diseñó un modelo de impacto presupuestario desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español, con un horizonte de 5 años. El cálculo de los pacientes susceptibles de recibir el tratamiento se estimó a partir de la población española con datos sobre prevalencia de la enfermedad localizados en la literatura (0,02%). En los estudios disponibles se estima que un 60% de los casos de DHC son de carácter persistente, y éstos serían los pacientes candidatos a continuar con el tratamiento a partir de los 18 años. En base a la opinión de expertos clínicos el modelo asume que un 20% de los pacientes candidatos rechazaría continuar con el tratamiento y un 8% de los que acepten abandonará anualmente la terapia. Los costes analizados fueron: costes farmacológicos, costes del diagnóstico (visitas médicas y tests de laboratorio requeridos) y costes del seguimiento incluyendo las visitas necesarias para el ajuste de dosis. El modelo considera además un coste de diagnóstico de pacientes no tratados finalmente (por no presentar déficit persistente de hormona de crecimiento o por rechazar el tratamiento).

Resultados: Los pacientes en tratamiento serían 49, 93, 132, 186 y 199 respectivamente para cada año (2010 a 2014). El impacto presupuestario total de la utilización de Genotonorm® durante el periodo de transición, incluyendo pacientes tratados y no tratados sería de 367.691 € (año 1), 655.430 € (año 2), 1.044.874 € (año 3), 1.334.059 € (año 4) y 1.594.670 € (año 5). El coste medio anual por paciente sería de 7.506 €, 7.059 €, 7.903 €, 7.960 € y 7.995 € en los años 1 a 5 respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento de pacientes en transición en España supondría un impacto económico promedio de 7.684 €/paciente al año. Esta cifra parece aceptable para el Sistema Nacional de Salud, considerando los beneficios futuros sobre el desarrollo somático y la calidad de vida que aporta al paciente el tratamiento con hormona de crecimiento durante la fase de transición.

P-049. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE PRASUGREL EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

M. Costi, T. Huete y T. Dilla

Lilly S.A.

Objetivos: Prasugrel, administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico, está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada. Los resultados del ensayo clínico comparativo de fase III TRITON TIMI-38 demostraron una eficacia superior de prasugrel frente a clopidogrel, el tratamiento estándar en la actualidad. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto presupuestario de la introducción de prasugrel (Efient®) en sustitución de clopidogrel (Plavix®/Iscover®) desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.

Métodos: La elaboración del modelo de impacto presupuestario se ha basado en los datos procedentes del ensayo clínico que compara prasugrel con clopidogrel. Se han considerado los costes de la medicación y los costes derivados del manejo clínico de los eventos cuyas tasas muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambas ramas de tratamiento [infarto agudo de miocardio (IAM), revascularización urgente del vaso tratado (RUVT) y sangrado mayor y/o menor según criterios TIMI].

Resultados: Asumiendo una cohorte hipotética de 1.000 pacientes tratados con prasugrel o clopidogrel, el coste anual para el SNS de los pacientes que reciben prasugrel es de 1.221.627 € (527.904 € son debi-

dos a la medicación*, y 340.390 €, 191.025 €, y 162.308 € son derivados del manejo clínico de los pacientes con IAM, RUVT y sangrado mayor y/o menor respectivamente), mientras que con clopidogrel es de 1.334.216 € (485.171 € son debidos a la medicación, y 442.973 €, 282.718 €, y 123.354 € son derivados del manejo clínico de los pacientes con IAM, RUVT y sangrado mayor y/o menor respectivamente). Por cada 1.000 pacientes tratados con prasugrel en lugar de clopidogrel se ahorran 112.589 €. *La presentación de 10 mg dispone de resolución de precio y financiación por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Para el cálculo de este coste se ha asumido el precio de la presentación de 5 mg, actualmente pendiente de resolución.

Conclusiones: A pesar del mayor coste de medicación y del manejo clínico de los sangrados asociados al tratamiento con prasugrel, su utilización conlleva una disminución de costes procedentes de la reducción en el número de IAM no mortales, y de los procedimientos de RUVT evitados, en comparación con clopidogrel, lo que se traduce en un ahorro para el SNS.

P-050. IMPACTO ECONÓMICO DE LOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

M. Amat Díaz, E. Romá Sánchez, J. García Pellicer, A. Pelufo Pellicer y J.L. Poveda Andrés

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Estimar el impacto económico que suponen los medicamentos huérfanos (MH) en el gasto farmacéutico de un hospital de referencia y describir la evolución del consumo de los mismos en los 5 últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo de la evolución del consumo de MH en un hospital general de 1.292 camas. El análisis se estimó para el período comprendido entre los años 2005 a 2009. En la Guía Farmacoterapéutica se identificaron como MH 35 principios activos dirigidos en su mayoría al abordaje de pacientes con cáncer y metabopatías. No se incluyeron los factores de coagulación en el estudio. La aplicación informática empleada como herramienta para la obtención de datos fue el sistema de gestión Farmasyst®. Los datos anuales se presentaron a precio medio de factura para los años de estudio, a partir de los cuales se estimaron los incrementos interanuales expresados en porcentaje.

Resultados: El coste anual derivado de la utilización en nuestro hospital de MH fue de 1.529.017 € (2005), 1.759.803 € (2006), 3.056.956 € (2007), 5.685.211 € (2008) y 7.970.260 € (2009) cifras que en porcentaje justificaron, respectivamente, el 2,49%, 2,71%, 4,07%, 6,78% y el 8,55% del consumo total en medicamentos en los años analizados. En 2009, los 20 principios activos responsables del 95% del coste total en medicamentos, incluían 2 MH: idursulfasa e imiglucerasa, con un coste de 3.151.512 € (3,40%) y de 1.276.968 € (1,38%), respectivamente.

Conclusiones: El análisis de los resultados revela el alto impacto económico que generan los MH en el gasto sanitario y muestra una clara tendencia incremental del mismo en los años analizados. Este alto coste que suponen un pequeño número de medicamentos plantea la necesidad de dirigir políticas sanitarias y farmacéuticas para abordar el desafío presupuestario atribuible a este grupo de fármacos.

P-051. IMPACTO SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO DE DABIGATRAN EN FIBRILACIÓN AURICULAR

B. Calabozo, E. Fernández-Fontecha, S. García-Ortiz y J. Ceruelo-Bermejo

Dirección Técnica de Farmacia, GRS de Castilla y León; Servicio de Hematología, Hospital Universitario Río Hortega.

Objetivos: Los resultados obtenidos en el estudio RE-LY sugieren que muchos pacientes con fibrilación auricular (FA) actualmente tratados con acenocumarol (ACE) podrían ser transferidos a dabigatran

(DAB). El objetivo de este trabajo es analizar el impacto económico en la factura farmacéutica que supondría la utilización de DAB en FA en Castilla y León (CyL), una vez que se autorice la nueva indicación.

Métodos: Estimación del impacto económico de DAB para el año 2011 en el Área Oeste de Valladolid. A partir de los datos de un estudio observacional de pacientes diagnosticados con FA, se realizan diferentes estimaciones de consumo. Ante la imposibilidad de cuantificar las circunstancias que motivarán el cambio de ACE a DAB se ha considerando un rango de migración amplio, entre el 10% y el 60%. El impacto económico se ha calculado a partir del consumo de ACE y del consumo previsto para DAB, aplicando el correspondiente incremento. Se ha realizado la extrapolación de este impacto al ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Sacyl. El coste de ACE y DAB se ha calculado en base al PVP de sus especialidades farmacéuticas, siendo 0,145 €/DDD para ACE y 5,27 €/día de tratamiento para DAB (110 mg/12 h). Fuentes de datos: registros del laboratorio de hematología del Hospital Río Hortega y Sistema de Información de consumo farmacéutico de CyL (Concylia).

Resultados: En el año 2009 un 67% de los pacientes tratados con ACE estaban diagnosticados de FA (2.131/3.181). La media de edad de estos pacientes fue de 76 años. El consumo de ACE en pacientes con FA ascendió a 257.368 DDD, que correspondieron a 2,9 DHD y supuso un importe de 37.318 €. La utilización total de ACE en CyL de 2007 a 2009 ha pasado de 5,18 a 5,31 DHD, siendo el incremento medio anual del 1,25%. En 2011 en el Área Oeste de Valladolid el impacto económico en la factura farmacéutica, resultante de transferir entre un 10 y un 60% de los tratamientos con ACE a DAB, sería de 454.652 a 2.525.147 € respectivamente. En la estimación de dicho impacto se ha aplicado un incremento por año del 1,25%. El impacto para el conjunto de la Gerencia Regional de Salud sería de 6.561.071 a 36.440.323 € (entre un 0,8 y un 4,4% del total de la factura farmacéutica estimada para el 2011).

Conclusiones: 1. El cambio de algunos pacientes con FA tratados con ACE a DAB tendrá un elevado impacto en la factura farmacéutica. Será necesario revisar el precio de DAB para que el impacto económico previsto sea sostenible por el Sistema de Salud. 2. Los Sistemas de Salud deben desarrollar protocolos de actuación y sistemas de seguimiento que garanticen la calidad en la asistencia y la utilización racional de los recursos.

P-052. LAS COMBINACIONES FIJAS EN HIPERTENSIÓN: ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL DE LA COMERCIALIZACIÓN DE LA COMBINACIÓN FIJA DE OLMESARTÁN/AMLODIPINO

M. de Salas-Cansado, M.B. Ferro-Rey, A. Roca-Cusachs, A. Sicras-Mainar y J. Rejas

Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Trial Form Support España; Dirección de Planificación, Badalona Serveis Assistencials SA; Departamento de Investigación de Resultados.

Objetivos: Realizar un Análisis de Impacto Presupuestario (AIP) de la introducción en la prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) de la combinación fija (CF) de olmesartan y amlodipino (20/5, 40/5 y 40/10 mg) en la indicación aprobada.

Métodos: El AIP se ha realizado desde la perspectiva del SNS para un periodo de 3 años (2010-2012). Se ha diseñado un modelo de decisión tipo árbol construido a partir de datos epidemiológicos y literatura científica estimando la población hipertensa susceptible de tratamiento con la CF. Se han imputando unos costes anuales considerando el coste a PVP-IVA de las todas las presentaciones de la CF, el número de pacientes a tratar con cada una de ellas, el cumplimiento, el porcentaje financiado por la administración para este tratamiento y sustrayendo el coste de la medicación antihipertensiva previa de cada paciente.

Resultados: Antes de la introducción de la CF, la estimación del gasto farmacéutico a nivel nacional de la población hipertensa en tratamiento con olmesartan y amlodipino en combinación libre (CL) era de 25,2M € (1er año), 26,4M € el 2º y 27,6M € el 3º, totalizando 79,2M €. Según el modelo, la población susceptible de ser tratada con la CF es de 71.283 pacientes (1er año), con una tasa de crecimiento cercana al 4,8% en los sucesivos años, lo que supone un coste anual de 21,2M € (2010), 21,8M € (2011) y 22,4M € (2012), totalizando 65,4M €. El AIP por tanto muestra un ahorro de 13,8M € en 3 años para el SNS, siendo unos resultados robustos confirmados por los análisis de sensibilidad univariantes de tipo umbral.

Conclusiones: El AIP de la CF de olmesartan/amlodipino muestra que su uso en la indicación aprobada podría generar unos ahorros netos para el SNS en el periodo 2010-2012 de 13,8M €.

P-053. EFECTO DE PREGABALINA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y LOS COSTES ASOCIADOS DE PACIENTES CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEVEROS REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO USUAL EN CONDICIONES DE PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL

J. Rejas, J.L. Carrasco, E. Álvarez, J.M. Olivares, M. Pérez, et al

Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Pfizer España; Servicio de Psiquiatría, Hospital Meixoeiro, Complejo Hospitalario Universitario; Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos; Departamento Médico.

Objetivos: Analizar el efecto de Pregabalina (PGB) sobre la utilización de recursos sanitarios y sus costes en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizado (TAG) y síntomas depresivos severos refractarios al tratamiento usual en condiciones de práctica médica habitual

Métodos: Análisis post-hoc de un estudio prospectivo y observacional realizado en centros de salud mental que valoraba el efecto clínico de la flexibilización de los criterios diagnósticos del TAG. Este análisis se realizó en una sub-muestra de pacientes de ambos sexos, > 18 años, con TAG según DSM-IV, no expuestos previamente a PGB, refractarios a, al menos, un tratamiento previo con benzodiazepinas y/o antidepresivos a dosis terapéuticas y durante un mínimo de 3 meses, y que presentaban simultáneamente síntomas severos de ansiedad (HAM-A > 24) y depresivos severos (MADRS > 35), en los que se añadió PGB durante 6 meses. Se analizó la variación en la utilización de recursos sanitarios en los 6 meses previos al estudio y durante los 6 meses del mismo y se determinó el cambio observado en el coste total sanitario.

Resultados: Se incluyeron 159 pacientes [69,2% mujeres, 45,9 (12,6) años] expuestos previamente a benzodiazepinas (92%) y anti-depresivos (90%), número medio de fármacos 2,7 (1,3), que recibieron una dosis media de PGB de 223,1 (126,3) mg/día. La reducción de los síntomas depresivos y de ansiedad observados se acompañó de una disminución significativa del número de visitas médicas, -21,2 (IC95%: -26,3 a -16,1, $p < 0,001$), y hospitalizaciones, -0,5 (-0,9 a -0,2, $p = 0,005$). La reducción de estos costes fueron, respectivamente, -1.022 € (-1.376 a -669, $p < 0,001$) y -144 € (-245 a -44, $p = 0,005$), y compensó el incremento de coste farmacológico debido al tratamiento con PGB; 353 € (292 a 415), $p < 0,001$, mostrando una reducción significativa de los costes sanitarios totales de -619 € (-1.040 a -197), $p = 0,004$.

Conclusiones: El tratamiento con pregabalina en condiciones de práctica médica habitual en pacientes con síntomas severos de ansiedad y depresivos severos refractarios a la terapia usual disminuye las visitas médicas y hospitalizaciones de los pacientes y se acompaña de una reducción significativa de los costes sanitarios.

P-054. RECURSOS UTILIZADOS Y TIEMPO EMPLEADO EN ESPAÑA LIGADO A LA NUEVA PRESENTACIÓN DE DOCETAXEL

M.J. Agustín, M.N. Sánchez-Fresneda, A. Magaña y L. Betegón

Servicio de Farmacia Hospital Universitario Miguel Servet; Servicio de Farmacia, HGU Gregorio Marañón; Departamento Economía de la Salud, sanofi-aventis.

Objetivos: Las nuevas presentaciones de fármacos pueden contribuir a mejorar el uso de recursos en hospitales. El objetivo del estudio es evaluar el uso de recursos (tiempo de preparación y materiales) relacionado con la presentación actual de docetaxel en 2 viales (TXT-2) y la nueva presentación en un único vial (TXT-1).

Métodos: No existen diferencias en seguridad y eficacia en ambas presentaciones, por tanto se ha realizado un análisis de minimización de costes, desde la perspectiva hospitalaria española, teniendo en cuenta el tiempo de preparación y uso de materiales asociados (jeringuillas y agujas) considerados en el estudio RELIUS.

Resultados: El empleo de TXT-1 requiere 558 segundos menos en cada preparación, además de un menor uso de consumibles. Estos factores, suponen un ahorro total por preparación en España de 3,47 euros (3,46 euros por ahorro de tiempo y 0,0088 euros por ahorro de consumibles). Este ahorro total por preparación a nivel global (Francia, Alemania, España, RU y EEUU) es de 2,66 euros. El ahorro al utilizar TXT-1, en el consumo medio de un hospital español durante un año, se estima en 5.967,25 euros.

Conclusiones: El empleo de TXT-1 tiene un proceso de preparación más rápido que el de TXT-2, que se traduce en un ahorro en costes de preparación, facilitando un mejor uso de recursos sanitarios.

Análisis coste-efectividad de medicamentos

Moderador: Ferran Catalá-López

P-055. ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE 2 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO ANTIFÚNGICO EMPÍRICO EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL PERSISTENTE

A. Martín-Peña, M.V. Gil Navarro, M. Aguilar-Guisado, I. Espigado, E. Cordero, M. Noguer, et al

Red de Investigación en Patología Infecciosa (REIPI); Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad del tratamiento antifúngico empírico (TAE) en la neutropenia febril persistente (NFP) en pacientes seleccionados por criterios de riesgo de infección fúngica invasora según Cisneros et al frente al tratamiento antifúngico empírico a todos los pacientes siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA).

Métodos: Se elabora un árbol de decisión de Markov con dos ramas diferenciadas. En la rama 1 se analiza el coste/efectividad de las recomendaciones de la IDSA, utilizando como datos de efectividad y de reacciones adversas los descritos en estudios previos. En la rama 2, se analiza el coste/efectividad de la segunda estrategia utilizando los datos del estudio piloto realizado en nuestro centro por Aguilar-Guisado et al. Para las reacciones adversas y costes derivados de las mismas se han utilizado los mismos datos que en la rama anterior. La perspectiva del análisis económico ha sido la del hospital. El horizonte temporal para los TAE han sido la media en duración en días de estos antifúngicos descritos en estudios previos. Costes considerados: a) coste trata-

miento completo de cada antifúngico (precio de adquisición del hospital); b) costes del tratamiento de cada reacción adversa.

Resultados: En la rama 1, todos los pacientes recibieron tratamiento, la probabilidad de indicación de cada TAE fue: 0,107 para anfotericina B deoxicolato, 0,178 para anfotericina B liposomal y 0,714 para caspofungina. La efectividad y el coste medio/tratamiento de cada TAE fue: 0,053 y 816,21 € en el caso de la anfotericina deoxicolato; 0,089 y 2.369,81 € en anfotericina liposomal; 0,241 y 4.013,06 € para caspofungina. En la rama 2, se incluyeron 66 pacientes de los cuales sólo se indicó TAE en 26 (39,4%), en el resto de los pacientes se resolvió el episodio de NFP sin necesidad de TAE. La efectividad y coste medio de tratamiento de cada TAE fue: 0,102 y 1.367,26 € para anfotericina B deoxicolato; 0,089 y 82,32 € para anfotericina B liposomal; 0,0153 y 123,01 € para caspofungina; 0,03 y 220,33 € para voriconazol; 0,045 y 314,12 € para fluconazol; un paciente fue tratado con itraconazol siendo este tratamiento no efectivo y con un coste de 56,85 €. El coste-efectividad medio de la rama 1 fue de 58.628,36 € y en la rama 2 de 36.702,88 €.

Conclusiones: En los pacientes con NFP, la estrategia de selección del TAE por criterios clínicos de riesgo es más coste efectiva que las recomendaciones de la IDSA, porque mantiene la efectividad, evita el tratamiento antifúngico innecesario, reduce las reacciones adversas y ahorra los costes directos del tratamiento

P-056. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON PREGABALINA FRENTE AL TRATAMIENTO HABITUAL EN PACIENTES REFRACTARIOS CON DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. de Salas-Cansado, C. Pérez, M.T. Saldaña, A. Navarro y J. Rejas

Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Trial Form Support España; Centro de Salud de Atención Primaria Puerta del Ángel; Unidad del Dolor, Hospital de La Princesa.

Objetivos: Realizar un análisis coste-efectividad (ACE) del tratamiento con Pregabalina (PGB) versus tratamiento habitual (TH) en pacientes con dolor neuropático periférico (DNP) refractarios en condiciones de práctica médica habitual en Atención Primaria (AP).

Métodos: El ACE se basó en un estudio epidemiológico, observacional y prospectivo de 12 semanas, para conocer el coste de la enfermedad. Se seleccionaron pacientes tratados con TH o PGB, en proporción 1:1, no expuestos previamente a PGB y emparejados por edad, sexo, intensidad de dolor, número de comorbilidades y refractarios al tratamiento previo (VAS-McGill ≥ 40), al menos un fármaco, durante los últimos 3 meses. La terapia con PGB podía ser en monoterapia o añadida al tratamiento previo. La TH podía incluir analgésicos, antiepilépticos diferentes a PGB o alguna combinación. Se recogió la utilización de recursos sanitarios y no sanitarios y sus costes asociados. La efectividad se expresa en años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs). El ACE refleja la perspectiva social y la del Sistema Nacional de Salud, en el año 2006 y se expresa como cociente coste efectividad incremental (CCEI) por AVAC ganado. Para construir el IC95% y la curva de aceptabilidad para el valor umbral de 30.000 €/AVAC se aplicaron técnicas bootstrapping (10.000 re-muestrados).

Resultados: El ACE se realizó a partir de la información recogida en 160 parejas (edad media: 60,0 años, 57% mujeres). Comparado con TH, PGB fue asociado con una significativa ganancia de AVACs después de 12 semanas de tratamiento; 0,0374 \pm 0,0367 vs. 0,0224 \pm 0,0313 ($p < 0,001$) y una diferencia no significativa de costes totales 1.302 \pm 1.335 € vs 1.387 \pm 1.489 € ($p = 0,587$), ni costes sanitarios, 529 \pm 438 € vs 560 \pm 672 € ($p = 0,628$), a pesar de que los costes farmacológicos fueron mayores: 251 \pm 125 € vs 104 \pm 121 € ($p < 0,001$). El CCEI remuestreado fue dominante para los costes totales (IC95%: dominante; 17.268 €), y sanitarios (dominante; 6.508 €), mientras que para los costes farmacológicos fue 10.672 €/AVAC ganado (dominante;

19.858 €). El 99% de los remuestrados estaban por debajo de los 30.000 € en todos los costes.

Conclusiones: PGB podría ser coste-efectiva en la práctica médica habitual en comparación con la terapia habitual sin PGB en pacientes con DNP refractarios atendidos en AP.

P-057. SATISFACCIÓN CON EL USO DE LA PLUMA PRECARGADA DE FOLITROPINA ALFA (GONAL-F®) PARA LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

C. Polanco, J. Ruíz Balda, M. Carrera, J.L. Caballero, O. Espallardo, et al
Merck Serono; Hospital Universitario 12 de Octubre; Clínica FIV Center.

Objetivos: Elaboración y validación del "Cuestionario para evaluar la satisfacción con la pluma precargada de folitropina alfa" (Gonal-F®) por vía subcutánea para la estimulación ovárica en pacientes españolas en tratamiento con técnicas de reproducción asistida (TRA).

Métodos: Cuestionario inicial de 14 ítems tras 4 etapas (identificación de conceptos y generación de ítems, revisión de ítems por un experto en infertilidad femenina, entrevistas con pacientes, y elaboración de la versión final del cuestionario) en el que intervinieron expertos en la realización de cuestionarios, especialistas en infertilidad y usuarias del dispositivo. Validación del cuestionario mediante un estudio posautorización (EPA), epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico de ámbito nacional, con muestreo no aleatorio (consecutivo) de pacientes. Tras evaluar la adecuación muestral de los ítems (medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Barlett), sucesivos e independientes análisis de Rasch (estadísticos *infit* y *outfit*) redujeron el número de preguntas hasta llegar al cuestionario definitivo. Se evaluaron las propiedades psicométricas del mismo: factibilidad (omisión de respuesta y tiempo de cumplimentación), variabilidad ("efecto suelo" y "efecto techo"), validez transversal (análisis factorial y test estadísticos no paramétricos) y fiabilidad (consistencia interna mediante el estadístico α de Cronbach).

Resultados: Cuestionario inicial (14 ítems y 6 preguntas adicionales) completado por el 91,1% de las participantes ($n = 107$) en un tiempo medio (DE) de 5,04 (3,3) minutos. Correlación significativa de la puntuación en las dos dimensiones del cuestionario con la satisfacción global con el tratamiento, así como con las variables número de tratamientos previos, tiempo transcurrido desde el último tratamiento y minutos que necesitaban las pacientes para preparar la pluma. Los análisis de Rasch conformaron los 9 ítems de la versión definitiva del cuestionario. Este proceso se vio refrendado por los parámetros de adecuación muestral (KMO = 0,72, prueba de esfericidad de Barlett estadísticamente significativa) y fiabilidad (α de Cronbach = 0,78).

Conclusiones: El "Cuestionario para evaluar la satisfacción con la pluma precargada de folitropina alfa" (Gonal-F®) es una herramienta factible, válida, y fiable para evaluar la satisfacción con el tratamiento en usuarias de la pluma precargada con folitropina alfa (Gonal-F®).

P-058. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON PREGABALINA FRENTE AL TRATAMIENTO HABITUAL EN PACIENTES REFRACTARIOS CON NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. de Salas-Cansado, C. Pérez, A. Navarro, M.T. Saldaña y J. Rejas

Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Trial Form Support España; Centro de Salud de Atención Primaria Raíces; Unidad del Dolor, Hospital de La Princesa.

Objetivos: Realizar un análisis coste-efectividad (ACE) del tratamiento con Pregabalina (PGB) versus tratamiento habitual (TH) en pa-

cientes con Neuropatía Diabética Dolorosa (NDD) refractarios en condiciones de práctica médica habitual en Atención Primaria (AP).

Métodos: El ACE se basó en un estudio epidemiológico, observacional y prospectivo de 12 semanas, para conocer el coste de la enfermedad. Se seleccionaron pacientes tratados con TH o PGB, no expuestos previamente a PGB y emparejados por edad, sexo, intensidad de dolor, número de comorbilidades y refractarios al tratamiento previo (VAS-McGill ≥ 40), al menos un fármaco, durante los últimos 3 meses. La terapia con PGB podía ser en monoterapia o añadida al tratamiento previo. La TH podía incluir analgésicos, antiepilépticos diferentes a PGB o alguna combinación. Se recogió la utilización de recursos sanitarios y no sanitarios y sus costes asociados. La efectividad se expresa en años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs). El ACE se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, en el año 2006 y se expresa como cociente coste efectividad incremental (CCEI) por AVAC ganado. Para construir el IC95% y la curva de aceptabilidad para el valor umbral de 30.000 €/AVAC se aplicaron técnicas bootstrapping (10.000 re-muestreros).

Resultados: El ACE incluyó 189 pacientes; 112 en el grupo PGB y 77 en TH (edad media: 61,5 años, 59% mujeres). Comparado con TH, PGB fue asociado con una significativa ganancia de AVACs después de 12 semanas de tratamiento; $0,0406 \pm 0,0343$ vs $0,0278 \pm 0,0351$ ($p = 0,006$), y una diferencia significativa en costes farmacológicos 262 ± 131 € vs. $€66 \pm 65$ ($p < 0,001$) que no llegó a ser significativa en costes sanitarios totales: 628 ± 590 € vs 463 ± 416 € ($p = 0,118$). El CCEI remuestreado fue 12.150 € (IC95%: dominante; 96.286 €) para los costes sanitarios totales y de 9.749 € (dominante; 103.676 €) para los farmacológicos. El 85% de los remuestreos estaban por debajo del umbral de €30.000 en ambos casos.

Conclusiones: Esta evaluación sugiere que PGB podría ser coste-efectiva en la práctica médica habitual en comparación con TH en pacientes con NDD refractarios atendidos en atención primaria.

P-059. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE SAXAGLIPTINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESPAÑA

A. Ramírez de Arellano, M. Brosa, J. Franch, D. Mauricio, C. Álvarez, et al

HEOR Bristol-Myers Squibb; Oblikue SL; Red GEDAPS. EAP Raval Sud; Hospital Universitario Arnau de Vilanova; Departamento de Farmacoeconomía, AstraZeneca; Departamento Científico, BMS.

Objetivos: Saxagliptina está indicada como terapia añadida en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 (T2D) para mejorar el control glucémico en combinación con metformina, sulfonilureas (SU) o glitazonas (TZD) cuando estos fármacos junto con dieta y ejercicio no consiguen el control glucémico. El objetivo es evaluar la relación coste-efectividad de saxagliptina en combinación con metformina en comparación con SU más metformina o TZD más metformina.

Métodos: Se emplea el Modelo Cardiff el cual está basado en la evidencia empírica del estudio británico UKPDS, y simula vías de tratamiento desde el inicio del mismo hasta la muerte del paciente. Los tratamientos empleados se basan en las guías de práctica clínica de España. Los datos de eficacia y seguridad se obtienen de la comparación indirecta de saxagliptina frente a SUs y TZDs y cuyo punto de referencia es la similitud en eficacia y seguridad de saxagliptina y sitagliptina demostrada en un reciente estudio de no inferioridad de 18 semanas (datos comparativos más actualizados se emplearán en modelos posteriores). Los ensayos clínicos disponibles entre sitagliptina frente a SUs y sitagliptina frente a TZDs representan las fuentes de datos para asignar resultados de eficacia y seguridad en nuestro modelo. El análisis incluye costes del sistema sanitario español de complicaciones micro y macro vasculares, y efectos adversos tales como la

hipoglucemia. Los decrementos en utilidad se explican por: isquemia cardiaca, infarto de miocardio, fallo cardiaco congestivo, derrame cerebral, ceguera, trasplante y variaciones de peso. Los resultados en salud se miden en AVACs, asumiendo que este indicador se ve afectado por complicaciones micro y macro vasculares, ocurrencia de hipoglucemias y cambios en peso. La perspectiva es la del sistema sanitario español.

Resultados: El modelo indica que saxagliptina exhibe una adecuada relación coste-efectividad en comparación con SUs y TZDs. El análisis de sensibilidad muestra que el factor de mayor influencia es el efecto del tratamiento en el peso, el cual es un factor de riesgo de complicaciones y supone un considerable impacto en la calidad de vida de los pacientes. En contraste con las SUs e insulina un número de estudios han demostrado que los inhibidores de DPP-4, incluyendo saxagliptina, tienen un impacto neutral en el peso.

Conclusiones: El análisis coste-utilidad muestra que saxagliptina es una terapia coste-efectiva en comparación con SUs y TZDs.

P-060. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL NUEVO TRATAMIENTO PARA LA INFERTILIDAD (FSHR 150 UI + LHR 75 UI) EN ESPAÑA

A. Palumbo, J. Hernández, O. Espallardo, C. Polanco y C. Crespo

Centro de Asistencia a la Reproducción Humana de Canarias; Merck Serono; Oblikue Consulting.

Objetivos: De los 30.000 ciclos de técnicas de reproducción asistida (TRA) que se administran anualmente en España, sólo un 25% se realiza en el sistema sanitario público. Aumentos en el número de ovocitos maduros permitiría elevar las probabilidades de un tratamiento exitoso. El objetivo es analizar la relación coste-efectividad de la forma recombinante humana de la hormona luteinizante (LHR) con respecto a su forma urinaria (hMG) en una clínica de fertilidad en España.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con 1.405 ciclos (junio 2003-octubre 2009). Pacientes tratadas con hormona foliculoestimulante humana recombinante (FSHR) combinada con LHR ($n = 547$; FSHR 150 UI + LHR 75 UI) o hMG ($n = 858$). Un modelo de decisión representó cada estadio clínico relevante a partir de las variables de efectividad: ovocitos en metafase II, ovocitos recuperados, ovocitos transferidos, embriones evolutivos, embarazo clínico, embarazo biológico, embarazo evolutivo, nacimiento y tasa de abortos. Se parte de la perspectiva del financiador en el sector sanitario privado e incluye un análisis de sensibilidad probabilístico.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $35,8 \pm 5,37$ y $36,5 \pm 4,55$ años en los grupos LHR y hMG. La cifra media de embriones en metafase II era significativamente superior en el grupo LHR ($5,98 \pm 3,89$ vs $4,65 \pm 3,52$, $p < 0,01$). El promedio de embriones transferidos fue similar en los grupos LHR y hMG ($2,22 \pm 0,89$ vs $2,12 \pm 0,96$, $p = 0,278$). Las tasas de embarazos clínicos y evolutivos por ciclo fueron significativamente superiores en el grupo LHR que en el hMG (36,3% y 26,1%, $p < 0,01$). La tasa de abortos resultó similar en ambos grupos. El coste medio farmacológico y los costes directos en el grupo LHR fueron similares a los del grupo hMG (1.685 € vs 1.709 €, $p = 0,144$; 6.961 € vs 6.820 €, $p = 0,083$). La eficiencia del tratamiento con FSHR + LHR excede la de la combinación con hMG. El coste por nacimiento es de 21.288 € en el grupo LHR (26.132 € en el grupo hMG). El ratio coste-efectividad incremental es de 2.135 € por nacimiento adicional, si bien cuando sólo se contabilizan los costes farmacológicos FSHR + LHR resulta una estrategia dominante.

Conclusiones: La combinación FSHR + LHR permite aumentos de las tasas de embarazos clínicos y evolutivos con unos costes sanitarios similares o inferiores a FSHR + hMG, lo que sugiere que los protocolos con combinaciones fijas de FSHR 150 UI + LHR 75 UI podrían resultar una estrategia coste-efectiva o dominante en las TRA.

Análisis coste-efectividad en salud mental

Moderador: Francisco Escribano

P-061. COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS ANTIPSICÓTICOS OLANZAPINA Y RISPERIDONA DISPENSADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, EN LA CIUDAD DE NATAL, RÍO GRANDE DO NORTE, BRASIL

K.M. Chaves, A.A. Araújo, G.C. Guerra, M.M. Pinto y L.A. Soares

UFRN; Hospital João Machado; Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas/UFRN; UFPE; Departamento de Biofísica e Farmacologia.

Objetivos: Evaluación del coste-efectividad de los antipsicóticos de coste elevado: olanzapina y risperidona dispensados en un Hospital Psiquiátrico, en la ciudad del Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Métodos: Se estudiaron los datos referentes al coste unitario de cada pastilla de olanzapina de 10 mg y risperidona de 2 mg. La muestra fue de 287 pacientes que hicieron uso de los antipsicóticos estudiados en los años 2007 y 2008. En relación a la efectividad se consideraron las siguientes variables: número de reingreso hospitalario, adhesión al tratamiento, asociación de medicamentos y efectos adversos.

Resultados: Los resultados mostraron que la prevalencia de reingreso hospitalario en los individuos que consumieron olanzapina fue 55,3% mientras los que hicieron uso de la risperidona presentaron una prevalencia de 45,8%. Sin embargo, para los que hicieron uso de la risperidona fueron reingresados 5,6 veces en comparación con 4,5 veces de la olanzapina ($p = 0,58$). En relación a la adhesión se verificó que 21,7% de los individuos que usaban risperidona no tuvieron adherencia a la terapia comparado con el 18,8% de la olanzapina ($p = 0,65$), siendo 1,2 veces la posibilidad de los individuos que consumen risperidona no se adhieran a la terapia. En relación al uso de medicamento asociado se observó que: 58,19% de los individuos que usan olanzapina y 57,4% que usan risperidona asocian a otros fármacos ($p = 0,5$). La presencia de efectos adversos estaban presentes en 64,5% de los pacientes que consumieron risperidona y 78,2% con la olanzapina, siendo posible una presentación 2 veces mayor para los que consumen olanzapina ($p = 0,02$).

Conclusiones: En el presente estudio se verificó una ventaja de la risperidona comparada con olanzapina en relación a los costes reducidos, donde las variables adhesión al tratamiento, número de reingresos hospitalarios y efectos adversos como ansiedad y efectos extrapiramidales pueden contribuir para una mejor efectividad de la olanzapina comparada con risperidona. Sin embargo, se sugieren nuevos estudios para evaluación de la superioridad de la olanzapina.

P-062. ANÁLISIS DEL COSTE DE LAS REACCIONES ADVERSAS AL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR CON ARIPIPRAZOL Y OLANZAPINA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

C. Rubio-Terrés, E. Baca Baldomero, A. Ramírez de Arellano, Y. Riesgo, J. Luque, et al

HEALTH VALUE; Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro; Bristol-Myers Squibb; Otsuka Pharmaceuticals.

Objetivos: Estimar el coste de las reacciones adversas (RA) al tratamiento del trastorno bipolar con dos antipsicóticos atípicos (AA): aripiprazol (ARI) y olanzapina (OLA).

Métodos: Se efectuó un análisis de costes, mediante un modelo de Markov, considerándose los siguientes estados: sin RA (SRA), sínto-

mas extrapiramidales (SEP), ganancia de peso (GP) y disfunción sexual (DS). Las probabilidades de transición entre los estados se calcularon a partir de dos diferentes metaanálisis de ensayos clínicos y de un estudio retrospectivo español. Los costes de cada estado de salud, se obtuvieron de un estudio español publicado. Se utilizaron los costes mínimos de adquisición por mg de la dosis media diaria, para cada AA, considerado como un criterio relevante de eficiencia por los Servicios de Farmacia Hospitalaria. El horizonte temporal aplicado en el análisis fue de 12 meses. Se hicieron análisis probabilísticos para todas las variables del análisis, mediante simulaciones de Monte Carlo. Todos los costes se actualizaron a euros (€) de 2009, conforme al índice de precios sanitarios.

Resultados: En comparación con OLA, el tratamiento con ARI generaría unos ahorros anuales medios por paciente de $-688,70 \pm 21,69$ € (IC95% $-614,52$; $-729,18$ €). En el caso más desfavorable para ARI, asumiendo que ARI tuviera unas tasas de disfunción sexual similares a las de QUE (la menor tasa de los AA) los ahorros anuales medios por paciente ascenderían a $-270,94 \pm 17,11$ € (IC95% $-237,20$; $-303,48$ €).

Conclusiones: Los resultados de este análisis muestran que los pacientes tratados con aripiprazol tienen menos reacciones adversas, en comparación con olanzapina. Esta diferencia puede generar ahorros significativos para el Sistema Nacional de Salud en el tratamiento del trastorno bipolar. La estabilidad de los resultados fue evaluada mediante análisis de sensibilidad probabilísticos.

P-063. ANÁLISIS DE COSTES Y CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CON ARIPIPRAZOL EN ESPAÑA: PROYECCIÓN DE SUS EFECTOS SOBRE LA DIABETES Y LA ENFERMEDAD CORONARIA (ESTUDIO STAR)

A. Ramírez de Arellano, C. Rubio-Terrés, E. Baca, Y. Riesgo, J. Luque, et al

HEOR Bristol-Myers Squibb; Health Value; Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro; Departamento Científico, Bristol-Myers Squibb; Otsuka Pharmaceuticals.

Objetivos: Los pacientes con esquizofrenia padecen elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, en parte debidas al aumento del riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. El estudio STAR mostró un menor riesgo de efectos adversos metabólicos con aripiprazol que con el tratamiento antipsicótico estándar (olanzapina, quetiapina o risperidona). Se estimaron los costes y las consecuencias sanitarias de ambos tratamientos a largo plazo.

Métodos: De acuerdo con los resultados del estudio STAR, se hizo una proyección para un periodo de 10 años de los riesgos de diabetes y enfermedad coronaria, mediante los modelos de Stern y Framingham, respectivamente, en los pacientes tratados con aripiprazol o el tratamiento estándar. La prevalencia y los costes (directos e indirectos) de la diabetes y de la enfermedad coronaria (actualizados al año 2009) se obtuvieron de fuentes españolas.

Resultados: El número de casos de diabetes evitados (23,4 casos por 1.000 pacientes tratados) en pacientes tratados con aripiprazol en comparación con el tratamiento estándar, daría lugar a un ahorro de 27.798.018 € (costes directos e indirectos) en la población española durante un periodo de 10 años. Del mismo modo, con aripiprazol se evitarían 3,7 casos de enfermedad coronaria por cada 1.000 pacientes tratados, lo que generaría un ahorro de 4.173.818 € (costes directos e indirectos) en 10 años.

Conclusiones: En comparación con el tratamiento estándar, aripiprazol puede reducir los casos de diabetes y enfermedad coronaria, así como generar considerables ahorros en la población española, a consecuencia de su favorable perfil metabólico.

P-064. VISADO DE INSPECCIÓN PREVIO A LA DISPENSACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN MAYORES DE 75 AÑOS: ¿USO RACIONAL O SIMPLE CONTENCIÓN DEL GASTO?

I. Elizondo López de Landache, L. Braceras Izaguirre y M.A. Celigueta Crespo

Dirección de Farmacia; Departamento de Sanidad y Consumo; Gobierno Vasco.

Objetivos: La psicosis es una importante causa de sufrimiento para pacientes y sus cuidadores, suele ser motivo de institucionalización y se asocia a un deterioro cognitivo más rápido y acusado. Tienen indicación en el tratamiento de la esquizofrenia los antipsicóticos atípicos (olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol, amisulpride, ziprasidona). Para su dispensación en mayores de 75 años, requieren visado de inspección, y prescripción inicial por especialista en psiquiatría, neurología o médico general. El objetivo es determinar la prevalencia en mayores de 75 años con demencia de síntomas psicológicos y conductuales y valorar la pertinencia de las restricciones.

Métodos: Se determina la prevalencia mediante DHD partiendo de datos poblacionales y de consumo y se comparan con los datos reportados por la bibliografía para nuestro medio.

Resultados: Para una población de 239.621 en 2007 se consumieron 281.983 DDD. Así, la prevalencia por cada 1.000 habitantes mayores de 75 años es de 3,2, dato para el que no existe bibliografía.

Conclusiones: El visado de inspección establecido presenta justificación polémica en base a publicaciones recientes, ya que los antipsicóticos típicos presentan mayor número de efectos adversos y peor perfil terapéutico en síntomas cognitivos y depresivos. Además se asocian a mayor mortalidad global (fueron autorizados cuando las exigencias eran menores). Por otra parte, no hay estudios para mayores de 75 años y en la práctica la utilización en indicaciones no aceptadas no era superior en los atípicos. Así, aunque el objetivo del visado fuera la seguridad y uso racional puede dificultar el acceso al tratamiento a quienes lo necesitan. La administración debería impulsar estudios de seguimiento con la participación de farmacéuticos de atención primaria e implicando a médicos prescriptores. Basándose en datos de eficacia, estudios de indicación/prescripción y protocolos terapéuticos o guías facilitarían la resolución del conflicto ético entre la actitud terapéutica con el paciente y el principio de no dañar.

P-065. ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR CON ARIPIPRAZOL Y OTROS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS EN ESPAÑA

C Rubio-Terrés, E. Baca Baldomero, A. Ramírez de Arellano, Y. Riesgo, J. Luque, et al

Health Value; Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro; Bristol-Myers Squibb; Otsuka Pharmaceuticals.

Objetivos: La racionalización del gasto farmacéutico es una prioridad del Sistema Sanitario. Se ha estimado que un paciente con trastorno bipolar (TB) genera un gasto medio anual de 5.807 € en España. Se hizo un análisis farmacoeconómico para analizar la eficiencia del tratamiento del TB con los antipsicóticos atípicos (AA): aripiprazol (ARI), olanzapina (OLA), quetiapina (QUE), risperidona (RIS) y ziprasidona (ZIP).

Métodos: Se efectuó un análisis de costes, valorándose los del tratamiento con los AA y los de hospitalización asociados a cada AA. La dosis media diaria de los AA, la duración del tratamiento y la probabilidad de hospitalización con cada AA se obtuvieron de un estudio retrospectivo de costes (90 días de seguimiento) en 6.162 pacientes con TB (Jing et al, 2009). El punto de referencia fue el coste mínimo de adquisición

por mg de la dosis media diaria, para cada AA, considerado como un criterio relevante de eficiencia por los Servicios de Farmacia Hospitalaria. El coste de un día de ingreso hospitalario (347,90 €) y la duración de la hospitalización por TB (18,1 días; 14,5-21,7 días) se obtuvieron de un estudio español publicado. Todos los costes se actualizaron a euros (€) de 2009, conforme al índice de precios sanitarios.

Resultados: Al cabo de 90 días de seguimiento, las tasas de hospitalización fueron mayores con OLA (8,7%), QUE (8,5%), RIS (8,6%) y ZIP (10,2%) que con ARI (5,9%; 5,8%; 5,7%; 6,5%, respectivamente). El tratamiento del TB con ARI generó los siguientes ahorros por paciente: 149,31 € frente a OLA, 33,42 € frente a QUE, 19,45 € frente a RIS y 242,22 € frente a ZIP. Se hicieron análisis de sensibilidad para las siguientes variables: dosis mínima diaria de cada AA; dosis máxima diaria de cada AA; duración del tratamiento con los AA; y probabilidad de hospitalización con cada AA. Estos análisis confirmaron los potenciales ahorros con ARI, en comparación con los demás AA, con la única excepción de la dosis mínima de RIS, en cuyo caso el gasto adicional por paciente tratado con ARI sería de 2,89 €.

Conclusiones: De acuerdo con un criterio objetivo de racionalización del gasto, determinado por el coste mínimo de adquisición por mg, aripiprazol puede generar beneficios económicos en comparación con otros fármacos antipsicóticos, reduciendo los costes del tratamiento psiquiátrico y los costes sanitarios totales del Sistema Nacional de Salud.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 24 de junio de 2010. 14:00 a 14:30 h

Aula 1.1 + Aula 1.2 + Aula 1.3

Análisis económico en pruebas, instrumentos y criterios diagnósticos y de cribado

Moderador: Julio López Bastida

P-066. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE 3 ESTRATEGIAS DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER DE CÉRVIX: ESTUDIO CRICERVA

A. Acera Pérez, M. Trapero Bertrán, A. Rodríguez, J.M. Bonet Simó, N. Sánchez, et al

Instituto Catalán de la Salud; Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Objetivos: Objetivo principal: evaluación económica de tres tipos de intervenciones de carácter poblacional dirigidas desde Atención Primaria para mejorar la cobertura en el sistema público de salud del cribado de cáncer de cuello uterino de las mujeres entre 30 y 70 años con criterios de cribado incorrecto. Objetivos secundarios: 1. Evaluar la efectividad de tres tipos de intervenciones de carácter poblacional. 2. Conocer la cobertura y características (lugar y periodicidad) del cribado de cáncer de cuello uterino en la población de estudio. 3. Estudiar el perfil de las mujeres que se incorporan al cribado de cáncer de cuello uterino y de las que no lo hacen.

Métodos: Se realizará un análisis coste-efectividad desde la perspectiva del Sistema Público de Salud. Mujeres (20.994) con criterios de cribado incorrecto de cuatro áreas de salud básica del Vallés Occidental, Barcelona. Las pacientes serán distribuidas aleatoriamente en el grupo control y los tres grupos de intervenciones (GI1: carta de invitación para participar en el cribado; GI2: carta invitación y folleto informativo; GI3: carta invitación, folleto informativo y llamada recordatorio), y seguidas a lo largo de tres años. La medida de efectividad clínica será número de infecciones de VPH, lesiones epiteliales y cáncer

de cuello uterino. Medidas secundarias de efectividad será el número de muertes evitadas. Se llevó a cabo análisis de sensibilidad univariante y multivariante.

Resultados: Resultados esperados: Se espera que la G13 sea una estrategia más coste-efectiva que G11 y G12, generando mayores detecciones de infecciones de VPH, lesiones epiteliales y cáncer que las demás estrategias, aunque a mayor coste. Se prevé que el ratio coste-efectividad esté por debajo del umbral de los 20.000 €, y por tanto recomendar G13 como estrategia poblacional desde el punto de vista de la eficiencia.

Conclusiones: La estrategia de otorgar una carta de invitación, un folleto informativo y hacer una llamada recordatorio, aunque genera mayores costes, es la estrategia más coste-efectiva. A nivel poblacional, para el Sistema Público de Salud. Además, estas diferentes estrategias poblacionales, dirigidas desde Atención Primaria, permitirán aumentar la cobertura (41,6% actual) del cribado oportunista.

P-067. COSTES DE QUANTIFERON TB-GOLD FRENTE A TUBERCULIN SKIN TEST EN PERSONAL SANITARIO

R. Linertová, E.E. Álvarez León, L. García Pérez y P. Serrano Aguilar

Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS); Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), Servicio de Medicina Preventiva; CIBER Epidemiología y Salud Pública.

Objetivos: Los trabajadores sanitarios son una población en riesgo para desarrollar Infección Tuberculosa Latente (ITL), con riesgo de reactivación posterior. La ITL se detecta mediante el Test Cutáneo de la Tuberculina (TST). Recientemente se ha aprobado el uso de pruebas inmunológicas in vitro, como el QuantiFERON-TB Gold In Tube® (QFT-G). El objetivo de este estudio fue comparar los costes directos e indirectos de las dos estrategias de cribado de ITL en trabajadores sanitarios.

Métodos: Se realizó un estudio comparativo de costes desde la perspectiva social. Los datos sobre los resultados de las dos pruebas y la utilización de recursos fueron recogidos durante un estudio observacional realizado en una cohorte de 134 trabajadores sanitarios de un hospital público español, a los que se aplicaron consecutivamente las dos pruebas.

Resultados: Los costes de la prueba QFT-G ascienden a 42 € por determinación y los costes de TST a 39 € por determinación. Las dos pruebas difieren de forma importante en la estructura de costes. En el caso de TST, la mayoría (70%) de los costes totales proceden de costes indirectos, como el tiempo de los participantes empleado en la realización de la prueba; mientras que para el QFT-G el componente más importante de los costes lo constituye el material fungible, que comprende el 50% de los costes totales.

Conclusiones: El análisis de costes concluye que en las condiciones del sistema sanitario español, los costes directos e indirectos de la nueva prueba QFT-G son comparable con los costes de TST. Sin embargo, la estructura de costes de cada prueba varía radicalmente, y por eso los resultados podrían cambiar si se aplican en otros sistemas sanitarios con diferente relación de salarios y precios.

P-068. UNA REVISIÓN DE ESTUDIOS ECONÓMICOS SOBRE PRUEBAS GENÉTICAS EN EUROPA

F. Antoñanzas Villar, R. Lorente Antoñanzas, F. Hutter, R. Rodríguez Ibeas, M. Pinillos García, et al

Universidad de La Rioja.

Objetivos: Desde que se completó la identificación del genoma humano, se conoce un número mayor de genes responsables de diversas enfermedades, así como pruebas capaces de detectar sus alteraciones.

La utilización de estas pruebas diagnósticas desafía a los sistemas sanitarios, puesto que modifica tanto el método de diagnóstico precoz y los correspondientes tratamientos, como la gestión y el empleo de los recursos sanitarios. En este contexto, los objetivos del presente trabajo son el de identificar aquellos estudios económicos (evaluaciones económicas y análisis de costes) relacionados con pruebas genéticas y clasificarlos de acuerdo con el tipo de enfermedad, el tipo de alteración genética, el objetivo de la prueba genética (cribaje, diagnóstico, predicción de efectividad de los tratamientos), y el país o contexto del cual provienen.

Métodos: En primer lugar, se realiza una revisión de la base EURONHEED, que contiene resúmenes de estudios económicos de tecnologías sanitarias realizados en Europa, y de una búsqueda en la base PUBMED, correspondiente a artículos relacionados con pruebas genéticas en los distintos países de la UE-27. A partir de los estudios seleccionados se realiza un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: De la base PubMed, de forma preliminar, se hallaron unos 1500 estudios de los cuales se seleccionaron, unos 160 estudios sobre pruebas genéticas, que trataban de programas de cribaje y de técnicas de diagnóstico. El Reino Unido es el país que lidera en cuanto a cantidad de estudios, seguido por Alemania y Holanda. La revisión de la base EURONHEED (período 1995-2005) dio por resultado un total de 68 estudios económicos relacionados con pruebas genéticas, siendo más del 50% de cribaje. Por último, las evaluaciones de tecnologías relacionadas con enfermedades bacterianas y con neoplasias fueron las más frecuentes.

Conclusiones: Aunque todavía parece limitada la aplicación de la evaluación económica a los estudios sobre pruebas genéticas, se espera que experimente un fuerte crecimiento en los próximos años, convirtiéndose en un importante instrumento de información para el proceso de toma de decisiones en los países europeos.

P-069. ANÁLISIS DE COSTES DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA MEDIANTE MONITORIZACIÓN EN CONSULTA AMBULATORIA DE ENDOCRINOLOGÍA

A. Gutiérrez Iglesias y J.C. Bayón Yusta

Servicio de Tecnologías Sanitarias, OSTEBEA; Departamento de Sanidad y Consumo; Gobierno Vasco.

Objetivos: Analizar los costes del procedimiento en la medición de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), mediante monitorización en consulta ambulatoria de endocrinología frente a la práctica habitual (extracción venosa).

Métodos: En el ámbito de las consulta ambulatorias de endocrinología dependientes del área del Hospital de Cruces, se han seleccionado aquellos pacientes con diabetes mellitus tipo 2 durante el periodo de un año. Se han analizado tanto los costes directos como los indirectos de ambos procedimientos, ya que el estudio se realiza desde una perspectiva social. Las variables que se ha tenido en cuenta, entre otras, son: el coste de la consulta de endocrinología, de la extracción venosa, de la prueba de laboratorio, del aparato de monitorización y de la extracción capilar mediante este último sistema. Finalmente se ha llevado a cabo un análisis de sensibilidad de las variables que presentan mayor incertidumbre.

Resultados: Del total de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 vistos en el área del Hospital de Cruces (3.400), un 50% (1.700) fueron insulino dependientes, de éstos 1.450 se trataron en consultas ambulatorias, al igual que el otro 50% de no insulino dependientes (1.700). Un análisis previo dio como resultado que el número de extracciones evitadas al año fueron de entre 5.400 a 6.900. Así mismo, el precio de la prueba HbA1c en el laboratorio del Hospital de Cruces fue de 2,71 € frente a 5,7 € mediante el sistema de monitorización.

Conclusiones: Aun siendo el coste de la prueba mediante el sistema de monitorización superior a su coste en laboratorio, como consecuencia del ahorro en el número de extracciones, se podría concluir en una disminución del número de consultas y de pérdida de horas de trabajo del paciente; así como una mayor comodidad por parte de los mismos, al efectuarse una extracción capilar en vez de una extracción venosa.

P-070. CONSECUENCIAS DE LA FLEXIBILIZACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y EN SUS COSTES ASOCIADOS

J. Rejas, J.M. Olivares, E. Álvarez, J.L. Carrasco, M. Pérez, et al

Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Pfizer España; Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos; Unidad Médica, Pfizer España; Servicio de Psiquiatría, Hospital Meixoeiro.

Objetivos: Analizar las consecuencias de la flexibilización de los criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG) en la utilización de recursos sanitarios y sus costes.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado con pacientes ambulatorios en centros de salud mental seleccionados de forma aleatoria. Se incluyeron pacientes consecutivamente, de ambos sexos, > 18 años con diagnóstico de TAG según criterios DSM-IV (CD) y según nuevos criterios diagnósticos más flexibles (NC). Se consideraron como NC la ansiedad y preocupación excesiva o no excesiva durante un periodo de al menos un mes (frente a 6 meses de los CD) y dos de los síntomas del DSM-IV para el TAG, frente a, al menos 3, de CD. Se recogieron datos sociodemográficos, historia médica, utilización de recursos sanitarios y los correspondientes costes durante 6 meses previos al estudio (fase retrospectiva) y durante los 6 meses del mismo (fase prospectiva).

Resultados: Un total de 3.549 pacientes fueron reclutados (12,8% fueron excluidos por no cumplir criterios de selección); 1.815 pacientes en el grupo CD, y 1.264 pacientes en el NC. El tipo de tratamiento prescrito en el episodio índice por los psiquiatras fue similar en ambos grupos; anti-depresivos (77,0% en CD vs 75,3% en NC, ns), benzodiacepinas (71,5% vs 67,2% respectivamente, ns), y anti-epilépticos (72,1% vs 67,0% respectivamente, ns). La utilización de recursos sanitarios se redujo significativamente en ambos grupos de manera similar en el episodio índice. En los 6 meses del estudio disminuyeron el número de visitas médicas (atención primaria, urgencias, psicólogo y psiquiatras) y de hospitalizaciones. La reducción ajustada fue del -13,0% (CD) frente al -11,7% (NC); $p = 0,108$ para las visitas médicas y de -0,3% en hospitalizaciones para los dos grupos. Del mismo modo se redujeron los costes como consecuencia del tratamiento de la enfermedad durante 6 meses; 1.196 € (1.158) y 1.112 € (874), respectivamente en ambos grupos, $p = 0,304$.

Conclusiones: Para una gran mayoría de pacientes, los nuevos criterios de TAG podrían conducir a un diagnóstico precoz que no se asocia necesariamente con un aumento en la utilización de los recursos sanitarios ni con mayores costes para el Sistema Nacional de Salud.

P-071. MODELO DE COSTES DEL AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESPAÑA MEDIANTE GLUCÓMETROS

L. Febrer, L. Lizán, S. Paz y A. Brenchat

Departamento Acceso al Mercado, Bayer HealthCare; Outcomes 10.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar el ahorro económico que implica el empleo de glucómetros con autocodificación y

mayor tiempo de estabilidad de las tiras reactivas para el autocontrol de la glucosa en pacientes diabéticos tipo 2 para el sistema nacional de salud (SNS) español.

Métodos: Se desarrolló un modelo de costes basado en tres fuentes de información: 1. literatura, 2. bases de datos de costes, 3. consenso experto. Se comparó la repercusión en costes del uso de los seis glucómetros comercializados actualmente en España (Breeze 2®, Elite®, Glucocard G+®, Accu Check Aviva®, One Touch Ultra® y Optium®) en base a dos características técnicas: autocodificación y tiempo de estabilidad de las tiras reactivas. Asunciones: el adecuado autocontrol de las glucemias reduce el 0,39% la HbA1c disminuyendo el riesgo de complicaciones micro (14%) y macrovasculares (32%); el 16% de los pacientes no codifican adecuadamente sus glucómetros; el 50% sufren una complicación micro o macrovascular cuando presentan el riesgo de padecerla; el 2% de las hipoglucemias en la DM tipo 2 requiere hospitalización. Perspectiva: SNS. Se ha realizado un análisis de sensibilidad univariante para las variables más relevantes.

Resultados: Breeze 2® minimiza los costes derivados del autocontrol glucémico de la población española con DM tipo 2 (> 1,5 millones de pacientes). El ahorro de Breeze 2® vs. Elite® es de: 8.216.668 €/año (26,7%); vs. Glucocard G+®: 58.942.523 €/año (72,2%); vs One Touch Ultra®: 77.902.602 €/año (77,5%); vs Accu Check Aviva®: 49.527.557 €/año (68,6%), y vs Optium®: 31.293.026 €/año (58%). Elite® es el segundo glucómetro con el perfil más favorable. Los medidores que requieren codificación manual y disponen de tiras en envases no individuales incrementan los costes del manejo del paciente debido a los eventos clínicos acontecidos como consecuencia de errores de codificación y al número de tiras que se desechan sin usarse. El análisis de sensibilidad confirma la robustez de los resultados, mostrando ahorros en los escenarios más y menos favorable.

Conclusiones: Los glucómetros con autocodificación y tiras reactivas con más estabilidad minimizan los costes totales del manejo de los pacientes diabéticos tipo 2 para el SNS español.

P-072. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

J. López Bastida, F. Sassi, B. Bellas Beceiro y L. García Pérez

Servicio de Evaluación. Servicio Canario de la Salud; Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); London School of Economics and Political Science; Hospital Universitario de Canarias.

Objetivos: Determinar el coste-efectividad del cribado del cáncer colorrectal (CCR) en población general asintomática a partir de los 50 años con 7 estrategias diferentes: prueba de detección de sangre oculta en heces (SOH) anual y bienal con test de guayaco o inmunológico, sigmoidoscopia flexible cada 5 años, colonoscopia cada 10 años y una sola colonoscopia a los 50 años.

Métodos: Modelo de decisión con un proceso de Markov que considera 10 estados de salud: normal, adenoma de bajo riesgo, adenoma de alto riesgo, CCR temprano, CCR avanzado, muerte, vigilancia después del adenoma de bajo riesgo, vigilancia después del adenoma de alto riesgo, seguimiento CCR temprano, seguimiento CCR avanzado. Las probabilidades de transición, sensibilidad, especificidad, incidencia, prevalencia y tasas de mortalidad se calcularon a partir de la literatura. El horizonte temporal utilizado en el modelo fue toda la vida de las personas. Las utilidades se obtuvieron de la población general, de una muestra de pacientes y de la literatura. Los costes del cribado y tratamiento se obtuvieron de diferentes fuentes de información. La efectividad se midió en coste por año de vida ganado ajustado por calidad

(AVAC). Se utilizó una perspectiva de los servicios sanitarios. Se realizó un análisis de sensibilidad.

Resultados: La estrategia más coste-efectiva fue la prueba anual de detección de SOH con el test inmunológico. El coste incremental de la prueba de detección de SOH con el test inmunológico anual frente a no cribado fue 2.154 € por AVAC ganado. Sin embargo, las otras estrategias diseñadas en el análisis base están muy cercanas si las comparamos directamente a la opción de no cribado.

Conclusiones: Para el grupo de edad a partir de los 50 años, el cribado del CCR con detección de SOH mediante el test inmunológico es coste-efectivo. El cribado anual del CCR es más coste-efectivo que muchas otras intervenciones sanitarias realizadas de forma rutinaria. Si la enfermedad se detecta en una etapa temprana puede proporcionarse un tratamiento efectivo, lo cual demanda un programa de cribado nacional sistemático. Puesto que el CCR es una de las causas principales de mortalidad en España, estos resultados apoyan la utilización generalizada del cribado del CCR mediante la prueba de detección de SOH con el test inmunológico, aplicada con una periodicidad anual.

P-073. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA CITOLOGÍA DE BASE LÍQUIDA PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX

J. Espín Balbino, L. García-Mochón y A. Olry de Labry Lima

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad de la citología de base líquida para el cribado del cáncer de cérvix.

Métodos: Diseño: se realizará una simulación mediante un modelo de Markov para determinar la esperanza de vida de una cohorte de mujeres de comprendida entre 15 y 65 años de edad. Se han definido 9 estados de salud que se corresponden con la historia natural de la enfermedad: salud perfecta, VPH alto riesgo, VPH bajo riesgo, neoplasia cervical intraepitelial (CIN) 1, CNI 2 y CN3 2. Cáncer de cérvix estadio I, II, III y IV, muerte. Las probabilidades de transición entre los estados de salud se calculan a intervalos de 6 meses. Estos datos han sido recogidos de varias fuentes de la literatura, mientras que los datos de exactitud diagnóstica de ambas pruebas se han recogido de una revisión sistemática. Alternativa de comparación: citología convencional. Población: mujeres de edad comprendida entre los 15 y 65 años de edad. En mujeres sin factores de riesgo, se realiza una citología inicial que se repite entre uno y dos años; si en ambas pruebas el resultado es normal, se continúa con una citología cada tres años hasta que la mujer cumple los 65 años, momento en que podrá interrumpirse tras dos citologías con resultado normal. En los casos de mujeres con mayor índice de riesgo por tener una lesión maligna inicial o estar infectada por el virus del papiloma humano, la frecuencia de la prueba es anual. Medida de resultados en salud: coste por cáncer evitado, coste por años de vida ganados. Costes: el estudio se realizará desde el punto de vista del sistema sanitario público, por lo que se recogerán sólo los costes directos de ambas alternativas diagnósticas. Se tendrán en cuenta el coste de fungibles, coste de personal, coste de laboratorio, etc. Se utilizará una tasa de descuento del 3% tanto para los costes como para los resultados en salud. Se realizarán diversos análisis de sensibilidad utilizando los rangos descritos de costes, probabilidad de transición y exactitud diagnóstica.

Resultados: Se determinará el ratio coste-efectividad de la citología líquida para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

Conclusiones: En virtud de los resultados se podrá concluir si la implantación de la citología líquida resulta coste-efectividad.

Análisis económico en enfermedades infectocontagiosas y vacunas

Moderador: Javier Díez

P-074. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD PARA LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN ARGENTINA

T. Pippo Briant, C. Vizzotti, S. Betelu, F. Virgilio, A. Urueña, et al

Ministerio de Salud de la Nación de Argentina; Dirección de Economía de la Salud; Programa Ampliado de Inmunizaciones; Organización Panamericana de la Salud.

Objetivos: Las enfermedades causadas por el neumococo son la mayor causa de morbilidad y mortalidad en la población pediátrica del mundo. Si bien existen vacunas capaces de reducir dichos efectos, aún no han sido incorporadas al calendario nacional de vacunación en Argentina. Los beneficios de una campaña universal de vacunación no solo se limitan a la reducción de la carga de enfermedad por estas patologías sino que, al mismo tiempo, pueden generar un ahorro sustancial de costos en los sistemas de salud y en las familias como consecuencia a la prevención de las enfermedades provocadas por el neumococo.

Métodos: Se utilizó el modelo Trivac desarrollado por el programa ProVac de la Organización Panamericana de la salud. Se utilizaron fuentes secundarias de información y se conformó un grupo de expertos, representantes de instituciones de referencia del país a fin validar y consensuar los datos más representativos de la realidad local. Se evaluaron 20 cohortes de nacimientos, considerando los costos y beneficios a lo largo de la vida. El estudio contempla la incorporación de la vacuna conjugada 10-valente o la 13-valente, frente al escenario de no vacunación. Se estimaron los costos por AVAD evitado, por año de vida ganado, por muerte evitada, los costos del programa de vacunación y ahorrados del sistema de salud y familias. Se obtuvieron los casos y muertes por enfermedad asociada al neumococo, como así los casos de secuelas auditivas y neurológicas provocados por la meningitis.

Resultados: Al comparar los resultados de ambas alternativas, se observó que la vacuna 10 valente es más costo efectiva que la 13 valente con un costo por AVAD evitado de U\$S 8.973 y de U\$S 10.996 respectivamente. Con la 10 valente se evitarían un total de 1.910 muertes provocadas por las enfermedades neumocócicas mientras que con la 13 valente este número ascendería a 2.176.

Conclusiones: La introducción de la vacuna antineumocócica conjugada con amplia cobertura de serotipos locales constituye una intervención de alto impacto en la salud pública de Argentina. Si bien la vacuna 10 valente resultó ser más costo efectiva que la 13 valente, ésta tendría un mayor impacto en la reducción de los casos de las enfermedades invasivas por neumococo, secuelas y muertes. La mayor costo efectividad observada en la vacuna 10-valente se debe al impacto que tiene en la reducción de episodios de otitis, de gran incidencia en nuestro país.

P-075. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y ANÁLISIS DE COSTES DE LA GRIPE A (H1N1) 2009 EN ESPAÑA

M. Galante, O. Garín, E. Sicuri, A. García Altés, J. Alonso, et al

IMIM-Hospital del Mar; CIBERESP; CRESIB; King's College of London.

Objetivos: Analizar la utilización de servicios sanitarios y los costes generados por los pacientes hospitalizados y ambulatorios con diag-

nóstico de Gripe A (H1N1) 2009 desde la perspectiva socio-sanitaria en España desde noviembre de 2009 a marzo de 2010.

Métodos: Se trata de un estudio coordinado con un proyecto de casos y controles sobre la efectividad de las intervenciones en la prevención de la gripe pandémica (IP: A. Domínguez), que se lleva a cabo en 7 comunidades autónomas. El presente estudio incluye a pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnóstico confirmado de Gripe A. Las variables principales son las relacionadas con la utilización (de servicios sanitarios, medicamentos, pruebas diagnósticas, medidas preventivas), pérdida de productividad (días de baja laboral o ausentismo escolar) y el estado de salud (medido mediante el EQ-5D). Se realizará un análisis de coste de enfermedad desde la perspectiva socio-sanitaria, con un horizonte temporal de 3 meses y con un enfoque de la incidencia.

Resultados: El estudio todavía se halla en fase de recolección de datos. En las Jornadas se presentarán resultados preliminares con los primeros 100 pacientes. Se presentará el cálculo de utilización de servicios sanitarios y sus respectivos costes de todos los pacientes y por subgrupos de edad, grupo de riesgo, comorbilidades y gravedad de la gripe A. Posteriormente se realizará un análisis de costes de enfermedad desde la perspectiva socio-sanitaria. Se calcularán los costes incrementales de la gripe A comparando distintos subgrupos (hospitalarios con ambulatorios, costes sanitarios con sociales, costes incrementales según medidas de prevención y tratamiento). Se realizará un análisis de coste utilidad para cada una de las intervenciones farmacológicas (vacunas, fármacos antivirales) y las no farmacológicas (medidas higiénicas).

Conclusiones: Los costes observados serán probablemente más bajos que los obtenidos por modelos de simulación. Se discutirá esta hipótesis a la luz de los resultados.

P-076. IMPACTO ECONÓMICO DE LA GRIPE A EN ARGENTINA

J. Ríos, M.J. Pujol, A. González, G. Masci, E. Zalis, et al

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar los diversos aspectos que caracterizan el impacto económico de la Gripe A en Argentina durante los meses de junio a agosto de 2009.

Métodos: El estudio estuvo basado en datos de organismos de Argentina (Ministerio de Salud, Cámara de Comercio, Cámara de Exportadores, Confederación de la Mediana Empresa), como internacionales (OMS, OPS, CDC) para obtener información del impacto de los costos referentes a la gripe A en Argentina durante el periodo referido y realizar además comparaciones con otros periodos anteriores de la gripe común.

Resultados: El temor por el contagio determinó la cancelación de eventos culturales y deportivos; las medidas para frenar el avance del virus impactaron en el rubro esparcimiento, el turismo y el comercio. Según encuesta de la Cámara de Comercio, durante junio, el 80% afirmó que sus ventas disminuyeron respecto del año anterior y el 42% acusó dificultades en las cobranzas. Aun así, la coyuntura genera algunos ganadores: las compras por vía electrónica aumentaron un 30 por ciento, se vendió un 35 por ciento más de desodorantes de ambientes, un 34 por ciento más de limpiadores y la venta de alcohol se catapultó un 222 por ciento en las tres primeras semanas de junio, con respecto al mismo período del año anterior. La producción de barbijos fue insuficiente ante la sorpresiva demanda. Ausentismo laboral: un grupo significativo obtuvo licencias preventivas por presentar condiciones de mayor vulnerabilidad al virus. El nivel de ausentismo entre las PYMES promedió el 10% en lo que determinó caídas muy significativas en la producción, que fueron del 12,1% en los primeros 20 días de julio con respecto a igual período del año

anterior. La tendencia a la baja del peso argentino fue frenada por el Banco Central, que salió a vender divisas para generar liquidez y dar señales de tranquilidad. La caída promedió fue un 0,27%. Del análisis se consideró que la estimación de las pérdidas económicas estarían alrededor del 0,48% del PBI.

Conclusiones: La pandemia de gripe A/H1N1 determinó un elevado gasto de recursos económicos, incluso con tasas de contagio y de mortalidad relativamente bajas. La explicación se encuentra en que tiene un componente de coste característico de nuestro tiempo: el coste de la psicosis, causada por los medios de comunicación y transporte: la gran velocidad de transmisión de información. Será necesario, para el futuro reforzar las medidas preventivas con la finalidad de disminuir el impacto económico.

P-077. EFICIENCIA DE LA VACUNA ESTACIONAL ANTIGRIPIAL EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Márquez-Peláez y J. Ruiz-Aragón

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

Objetivos: La gripe es una infección viral común causante anualmente de numerosas hospitalizaciones y muertes en todo el mundo. La vacunación de subgrupos de población en riesgo es una de las recomendaciones básicas para su prevención. La seguridad, eficacia y efectividad de estas vacunas ha sido recogida ampliamente en la literatura científica. En los últimos años se viene planteando una posible ampliación al grupo de edad por debajo de los 65 años. Previo a ello, son necesarios estudios que aporten información sobre aspectos también de eficiencia, es decir, que relaciones costes y resultados en salud. El objetivo de este trabajo ha sido revisar la evidencia científica disponible en materia de evaluaciones económicas sobre la vacunación antigripal en adultos.

Métodos: Revisión sistemática (agosto 2009) de estudios de evaluación económica. Las bases de datos consultadas fueron Medline, Embase, Cochrane Library, CRD y Euronheed con los términos MESH "influenza vaccines", "adults", "costs and cost analysis" y "quality-adjusted life year". Los criterios de inclusión fueron estudios de coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio en poblaciones de adultos. La intervención consistió en la vacunación antigripal anual frente a la no vacunación. Los principales resultados medidos fueron los costes por año de vida ganado (AVG), coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC) y ratios coste-beneficio. La calidad de los artículos se ha medido con la lista de comprobación de estudios económicos propuesta por el grupo de trabajo CASPe.

Resultados: Se localizaron 63 referencias una vez eliminadas las duplicadas. Se excluyeron por título y abstract 43 y se analizaron a texto completo 20. Finalmente han sido incluidas en la revisión 16: cinco son estudios coste-efectividad que aportan información en coste por año de vida ganado en un amplio rango (380\$-403.000\$ por AVG,); cinco trabajos fueron clasificados como análisis coste-utilidad que presentaron valores en coste por AVAC de entre 6.670\$-503.000\$ y seis trabajos se consideraron análisis coste-beneficio. La calidad general de los estudios fue buena y en todos los casos se incluyen análisis de sensibilidad.

Conclusiones: Los resultados encontrados fueron muy heterogéneos en formas de presentar resultados, y grupos de edad considerados que dificultaron su comparación. En general no indicaban la vacuna utilizada. Los intervalos encontrados son muy amplios y variaban en función de los parámetros introducidos en los modelos (tasa mortalidad, eficacia vacunal, esperanza de vida considerada). Los estudios más recientes presentaban la vacunación como una intervención coste-efectiva en términos de los umbrales habitualmente utilizados, aunque los resultados deben tomarse con cautela.

P-078. LAS VACUNAS DECLARADAS EN EL MUTUALISMO PRIVADO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. AÑO 2009

E. Pastor Villalba, A.M. Alguacil Ramos, R. Martín Ivorra, A. Portero Alonso, J.A. Lluch Rodrigo, et al

Dirección General de Salud Pública; Centro Superior de Investigaciones en Salud Pública.

Objetivos: Algunos funcionarios civiles, militares y judiciales están acogidos a mutualismos que permiten a sus beneficiarios elegir anualmente entre varios proveedores. En Comunidad Valenciana 198.000 personas fueron beneficiarias de mutualismos privados en 2008, un 9,8% de España. Los programas de vacunaciones infantiles y del adulto constituyen una prestación universal que se puede proveer por la sanidad pública o privada. El Sistema de Información Vacunal (SIV) de la Conselleria de Sanitat permite conocer el número y perfil de los vacunados pertenecientes a los mutualismos privados. El objetivo nuestro es conocer los actos vacunales declarados en 2009 en personas pertenecientes a los mutualismos privados de ISFAS, MUFACE y MUGEJU para conocer los gastos que estas modalidades de aseguramiento generan a la Conselleria de Sanitat en el apartado de vacunaciones y así poder adecuar políticas vacunales más eficientes.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de los actos vacunales registrados en el SIV en 2009 pertenecientes a beneficiarios del mutualismo privado por sexo, centro (privado, público) donde se declaró, vacuna declarada y coste según precio de adquisición en los concursos públicos sin contar los costes de la administración de la vacuna.

Resultados: Se declararon 28.034 actos vacunales en beneficiarios de mutualismo privado, con un incremento del 11,9% con relación al 2008. Un 47% en hombres. Las personas vacunadas han sido de 15.770, con una media de 1,77 actos vacunales por persona. 11.735 eran de MUFACE y 3.440 de ISFAS privado. La edad media de los vacunados fue de 25 años y el 58,4% eran menores de 15 años. La gripe con 7.004 actos vacunales (24,98%) es la vacuna más declarada, seguida de la vacuna Td (rétanos difteria adultos) con 2.669 dosis (9,52%) y del meningococo C conjugada con un 8,96%. El coste de las vacunas declaradas según precio de concurso público para las vacunas suministrables ha sido de 482.384,68 €, con un aumento del 20,35% respecto al año anterior. El 75% corresponden a MUFACE y sólo el 5,8% a MUGEJU. Los costes de las vacunas en centros de la Conselleria de Sanitat fueron 405.236,36 € mientras en centros privados solo 77.148,32 €. Por vacuna, en centros públicos, 170.482 € para la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH), 49.616 € para la vacuna pentavalente.

Conclusiones: Se aprecia un incremento en los actos vacunales declarados y en las personas vacunadas en los tres tipos de mutualismo. Las vacunas más declaradas son la gripe y el tétanos difteria para adultos. La vacuna frente al VPH es la que genera mayor gasto entre las vacunaciones en centros públicos a gran diferencia de la siguiente.

P-079. LAS INCIDENCIAS DE ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO DE LAS VACUNAS EN LA COMUNITAT VALENCIANA: SU REPERCUSIÓN ECONÓMICA

A.M. Alguacil Ramos, A. Portero Alonso, E. Pastor Villalba, R. Martín Ivorra, J.A. Lluch Rodrigo, et al

Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat de Valencia; Centro Superior de Investigación en Salud Pública.

Objetivos: Cada año la Dirección General de Salud Pública de la Comunitat Valenciana adquiere por concurso, dos millones de dosis de vacunas, con un gasto superior a veinticinco millones de euros. Las vacunas son medicamentos termolábiles, por ello hay que garantizar los procesos que configuran la cadena de frío. En la Comunitat Valenciana, el Sistema de Información Vacunal (SIV) permite conocer la trazabilidad de las vacunas desde que se reciben del laboratorio hasta que se

administran. La notificación de las incidencias en la cadena de frío de vacunas así como la actuación ante las mismas, supone un importante coste en nuestra Comunidad tanto económico como de gestión. Objetivo: analizar las incidencias de roturas de cadena de frío y su coste económico, en la Comunitat Valenciana, durante el 2009 y su evolución con 2008.

Métodos: Análisis descriptivo comparativo de las incidencias de rotura de cadena de frío notificadas a través del Registro de Vacunas de Almacén (RVA) del SIV, durante los años 2008 y 2009.

Resultados: En la Comunitat Valenciana existen 1.505 puntos de vacunación incluidos en SIV, 75,6% públicos y 24,4% privados. Durante el año 2009, se recibieron un total de 203 Notificaciones de Incidencias de la cadena de frío, lo que supone un incremento del 12,2% con relación al año anterior. Por titularidad de los centros notificadores, el 95,6% fueron públicos (94,4% en 2008). El 62,1% de las incidencias ocurrieron en zonas urbanas (86,7% en 2008). El 61% de las incidencias serían atribuibles a errores no humanos (55% en 2008). Casi el 80% de las incidencias son por temperatura superior a 8 °C. En la Comunitat Valenciana en el año 2009, se adquirieron 2.273.481 dosis de vacunas, el número de vacunas que se afectaron en las incidencias de cadena de frío fue de 77.482 dosis, el 3,41% de las dosis adquiridas (2,69% en 2008), siendo el coste de 896.199,67 € (3,54% de adquiridas), lo que supone un descenso de 71.806,58 € respecto al 2008. Las dosis recuperadas han sido 77.486, el 92,9% de las dosis afectadas, con un ahorro de 816.599,59 €, el 91,1% del coste de las afectadas. La vacuna desechada que ha supuesto un mayor coste, es la vacuna Pentavalente con 13.735 €.

Conclusiones: El protocolo de rotura de cadena de frío y el registro de notificación de incidencias a través SIV, han demostrado ser unas medidas eficientes y han servido para aumentar la calidad de los programas de vacunación y minimizar el coste en vacunas desechadas.

P-080. EVOLUCIÓN DEL COSTE DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN EL ÁREA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO 6, COMUNIDAD VALENCIANA

N. Pérez Prior, A. Rocher Milla, E. Soler Company, S. García Muñoz e I. Seguí Gregori

Servicio de Farmacia, Hospital Arnau de Vilanova.

Objetivos: Estudiar la evolución del coste por paciente de la terapia antirretroviral desde su inicio a la actualidad y analizar el impacto que ha supuesto la sucesiva introducción de nuevas pautas terapéuticas.

Métodos: Estudio retrospectivo del coste anual por paciente de la terapia antirretroviral, dispensada a los pacientes desde la UFPE del Hospital Arnau de Vilanova entre 1993 y 2009. Este coste se correlacionará con la aparición de nuevas estrategias terapéuticas en el tratamiento de la infección del VIH a lo largo de los años del estudio.

Resultados: El coste anual por paciente en 1993 fue de 1.169 €; en 1994 se mantuvo en 1.190 €; y en 1995 se redujo a 850 €, por la elevada participación en ensayos clínicos. En 1996 se inicia la pauta combinada de dos antirretrovirales provocando un coste anual de 1.072 €; y entre 1997-1998-1999 se finaliza con la triple terapia (TARGA), que se traduce en unos costes de 2.861, 3.645 y 4.678 €, respectivamente. En 2000-2001 se mantiene el coste anual en 5.039 y 4.842 €, en cambio, a partir de 2002 se introducen las terapias de rescate (incluyendo 4-5 antirretrovirales) elevándose el coste a 6.436 €. Entre 2003-2007 el coste se estabiliza, a pesar de la aparición de las terapias de simplificación y los nuevos antirretrovirales de alto coste; 6.246, 5.851, 6.413, 6.702 y 6.697 €, respectivamente. En 2008 el coste se incrementa nuevamente a 7.654 €; continuando su ascenso en 2009 hasta 8.294 €, causado por la incorporación de los nuevos fármacos de alta barrera genética.

Conclusiones: Se observa un incremento importante del coste por paciente en la terapia antirretroviral, hasta un 85,9%, desde su inicio a la actualidad, si bien estos datos son sin anualizar. Se observa perfectamente la influencia producida por la introducción de cada una de las tendencias terapéuticas que se han ido produciendo. Con una evolución muy rápida en el tiempo.

Análisis económico de la atención a las enfermedades crónicas

Moderador: Ramón Sabes-Figuera

P-081. COSTES DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE DÍA EN ESPAÑA

C. Grávalos, V. Ramos, M.P. Goyache, M. del Oro, M. Alemany, et al
Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en nuestro país. El tratamiento del CCR avanzado se basa en la quimioterapia clásica y en los anticuerpos monoclonales: panitumumab, cetuximab y bevacizumab. La atención de los pacientes en el Hospital de Día (HD) consume una elevada cantidad de recursos materiales y humanos, aunque en España hay muy poca bibliografía publicada al respecto. Un estudio en Cataluña con datos del 2003 apuntaba a un coste de 21.356 € por paciente en un periodo de 5 años (Cots F 2006). El objetivo del presente análisis es estimar los costes globales de la atención recibida por los pacientes con CCR tratados en el HD de un Servicio de Oncología Médica de un hospital universitario de nivel terciario en el año 2007.

Métodos: Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico histológico o citológico de CCR que habían recibido una línea de tratamiento de quimioterapia durante el año 2007 en el HD. Se excluyeron los pacientes que recibieron algún ciclo de quimioterapia en régimen de hospitalización y los que recibían tratamiento de quimioradioterapia concomitante. Se analizó una línea de tratamiento por paciente: la primera recibida en 2007. Se incluyeron los siguientes recursos: consultas, vías centrales y periféricas, tiempo de enfermería, administración de los tratamientos, medicación para el CCR, factores estimulantes de colonias y agentes eritropoyéticos. Para el cálculo de costes se utilizó un sistema basado en las actividades, que se cuantificaron según importe del año 2007.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, con una mediana de edad de 67 años (rango 37-85). El 66% eran varones y el 77% presentaban una o más comorbilidades. El estadio IV fue el más frecuente (75%) y la mayoría de pacientes recibieron tratamiento con intención paliativa (64%). Un 23% participaron en un estudio clínico. La mediana de ciclos recibidos por paciente fue de 8 (rango 1-19). En promedio, por paciente se produjeron 17 consultas médicas, 5,5 asistencias de enfermería, 1 visita a urgencias y 0,2 ingresos hospitalarios, con una duración media de 13,4 días. Se colocaron vías centrales o periféricas al 46% de los pacientes. La mayoría de los tratamientos (58%) tuvieron una duración media (2-4 horas). El coste total por paciente fue de 8.272 € por línea de tratamiento, que correspondieron principalmente a quimioterapia (3.747 €; 45,3%), consultas (2.595 €; 31,4%) y terapias biológicas (1.470 €; 17,8%).

Conclusiones: Según este estudio los costes del manejo de pacientes con CCR tienen un impacto importante en el presupuesto del HD: 8.272 € por paciente por línea de tratamiento, que se reparten principalmente en tratamiento farmacológico y consultas.

P-082. USO DE RECURSOS Y COSTES RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE TERAPIAS DIRIGIDAS EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁTICO EN ESPAÑA

V. Martín-Escudero, X. García-Muro, J.M. Trigo, J. Puente, V. Calderero, et al

Roche Farma; Institut Català d'Oncologia; Hospital Universitario Virgen de la Victoria; Hospital Clínico San Carlos; Hospital Universitario Miguel Servet.

Objetivos: Estimar el impacto de la toxicidad asociada al uso de terapias dirigidas en pacientes con carcinoma de células renales metastático (CCRm) en España.

Métodos: Se diseñó un modelo de análisis de costes para comparar los costes relacionados con el manejo de acontecimientos adversos (AAs) grados 3/4 en pacientes con CCRm en base a los AAs observados en los ensayos clínicos pivotales de bevacizumab + interferón alfa-2a y sunitinib. La estimación del uso de recursos asociados al manejo de los AAs se realizó a través de un panel de consenso de expertos en Oncología. En el análisis se incluyeron los costes médicos directos (valores €2009) relacionados con visitas externas, tests diagnósticos y de laboratorio, hospitalización, cirugía y medicación de cada AA. Los datos de costes unitarios se tomaron de la base de datos de costes sanitarios e-Salud y del Catálogo de Medicamentos. Los AAs se agruparon en diferentes categorías diagnósticas: anomalías metabólicas y de laboratorio, toxicidad hematológica, anomalías gastrointestinales, síntomas generales, anomalías dermatológicas, anomalías cardíacas y circulatorias, sangrado, dolor, síndrome pseudogripal y otros AAs.

Resultados: De las anteriores categorías diagnósticas, si consideramos los AAs grado 3 de mayor coste, las hospitalizaciones representaron el principal capítulo de gastos (entre 54% y 84%) en el abordaje del incremento de creatinina, anemia, inflamación de la mucosa, escalofríos, disminución de la fracción de eyección y sangrado. Sin embargo, las visitas produjeron el mayor porcentaje de costes (entre 55% y 79%) en el manejo de rash, dolor de miembros, síndrome pseudogripal y cefalea. Los AAs de grado 4 con mayor coste en las distintas categorías diagnósticas fueron: hipofosfatemia, anemia, perforación gastrointestinal, rash y tromboembolismo venoso, representando los ingresos hospitalarios el coste principal (entre 61% y 89%).

Conclusiones: El coste del manejo de las toxicidades relacionadas con el tratamiento con terapias dirigidas para el CCRm debería tenerse en cuenta como un factor clave en el diseño de estrategias de tratamiento antineoplásico eficientes.

P-083. LA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTA LA EFICIENCIA

N. Puig, M. Lladó, G. Pera, M.C. Seco, M. Medina, et al
ICS.

Objetivos: Evaluar si la atención grupal es igual o mejor que la atención individual en el abordaje de la prevención primaria y secundaria de los pacientes con riesgo cardiovascular; en términos de cumplimiento terapéutico, grado de control metabólico, recursos utilizados –número de visitas, horas de dedicación de enfermería–, y grado de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Métodos: Diseño: estudio multicéntrico de intervención terapéutica, en dos ramas de asignación aleatoria. Grupo intervención (GI) constituido por los pacientes que recibieron atención grupal, estratificados en cinco estratos de grupos de RCV: medio, alto y muy alto con y sin diabetes. Por cada paciente del grupo estratificado se asignó un paciente al grupo control (GC) del mismo centro, edad, sexo y RCV, estos pacientes seguían siendo atendidos en la consulta individual convencional.

El ensayo se llevó a cabo durante un año. Sujetos: 2.127 pacientes incluidos en el protocolo de patologías crónicas de 17 unidades básicas asistenciales de 7 equipos del Servicio de Atención Primaria de una Región Sanitaria de Cataluña. Recogida de información de ambos grupos: a través de las historias clínicas informatizadas, sobre las características de los pacientes, del estado de salud, del control y del uso de recursos sanitarios. Se pasó una encuesta de satisfacción a los pacientes del grupo intervención después de cada taller y a las profesionales al finalizar el trabajo de campo.

Resultados: La comparación se hizo entre 528 pacientes-intervención y 824 controles. Al año de seguimiento no habían diferencias significativas, excepto en el gasto farmacéutico y en el número de medidas de las variables. Se realizaron 197 talleres, repartidos en 4 sesiones de 48,75 minutos, con una asistencia media de 10,40 pacientes. La dedicación anual de la enfermera por paciente/año fue de 39,59 minutos, ahorrando 20,41 minutos por enfermera/paciente/año. La satisfacción de los pacientes intervención fue muy alta 4,5/5. Las 17 enfermeras que dirigieron los talleres opinan que esta intervención mejora la autoestima e independencia de los pacientes y que ha de tener continuidad.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que la terapia grupal supone un ahorro de tiempo y una reducción de la carga asistencial de enfermería, que la intervención se realiza sobre el RCV total y sustituye la consulta individual; considerar un perfil de pacientes, reconocerlos y dirigirlos a intervención grupal, redundaría en un aumento de la eficiencia.

P-084. INFLUENCIA DEL MANEJO INFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CRÓNICOS SOBRE LOS REINGRESOS

L.F. Torres Pérez, S. Sánchez Gavira, G. Cope Luengo, M. Jiménez Garrido, J.F. Cabello Domínguez, et al

Hospital Virgen de la Victoria.

Objetivos: Conocer la influencia a medio plazo del cumplimiento terapéutico en los pacientes crónicos sobre los reingresos hospitalarios. El abordaje pretende ir más allá de ingesta medicamentosa –adherencia– y acercarse a una perspectiva integral del proceso crónico –manejo del régimen terapéutico–, en sintonía con las directrices de la OMS, mediante el uso de herramientas específicas que se pretenden validar.

Métodos: El estudio tuvo lugar en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, donde se realizó la captación en el servicio de Urgencias. Se crearon dos cohortes de pacientes con procesos crónicos de gran prevalencia: hipertensión, diabetes (ambos tipos), EPOC e insuficiencia cardiaca, que cumplieran los criterios de inclusión. Las cohortes se diferenciaban en función del grado de cumplimiento terapéutico (según el test de Batalla). El total de pacientes incluidos fue de 307. Se realizó un seguimiento telefónico semestral donde (18 meses), junto con parámetros sociosanitarios y de calidad de vida, se diseñó una herramienta clinimétrica basada en la clasificación de resultados enfermeros, NOC 1813: conocimiento régimen terapéutico. Con esta se pretenden explorar dimensiones relacionadas con los patrones de seguimiento y adaptación del paciente a su proceso, así como de integración de la educación sanitaria recibida.

Resultados: Utilizando el test de Batalla como patrón oro, el análisis de la curva ROC –considerando el punto de corte en 18– señala una sensibilidad de la herramienta NOC es del 78% y su especificidad del 81%. Con estos parámetros el RR de reingreso en los pacientes que no siguen el tratamiento –manejo inefectivo del régimen terapéutico– es de 1,78 con IC95% (1,04-3,03).

Conclusiones: El manejo inefectivo de régimen terapéutico está asociado a un incremento en el uso de los recursos sanitarios en los pacientes crónicos. La herramienta clinimétrica propuesta puede ayudar a identificar con mayor precisión este fenómeno.

P-085. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS HÁBITOS DE VIDA DE LOS COSTARRICENSES: ¿VARÍAN ESTOS FACTORES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS?

K.H. Hernández-Villafuerte

Centro Centroamericano de Población; Universidad de Costa Rica.

Objetivos: El objetivo es identificar para Costa Rica cuales factores sociales y personales influyen en la decisión de practicar hábitos saludables, y si estos son diferentes en el caso de pacientes diagnosticados. Lo anterior con el fin de brindar a las autoridades de salud una base para implementar programas efectivos tanto para pacientes como para no pacientes, y así mejorar la calidad de vida de ambos grupos.

Métodos: Se utilizan los datos de la Primera Encuesta Nacional en Salud para Costa Rica (ENSA). La submuestra seleccionada para el estudio es de 4.385 adultos. Se divide en dos, los que no padecen y los que han sido diagnosticados con Hipertensión Arterial, Diabetes tipos I y II y/o enfermedades relacionadas al corazón. Se incluyen cuatro diferentes hábitos de vida que influyen en el estado de salud del paciente: la actividad física, duerme más de 8 horas, duerme menos de 7 y el peso en comparación a los demás. La metodología utilizada corresponde al modelo Logit binario.

Resultados: La educación afecta en diferente medida a los pacientes y a los sanos, y resulta ser significativa en tres de los cuatro casos estudiados. La posibilidad de hablar de los problemas, influye positivamente en los hábitos de sueño de ambos grupos, pero negativamente en la práctica de actividad física del grupo que no padece ninguna enfermedad. Para las personas sanas las variables personales resultan ser altamente significativas en la decisión de practicar deporte, no así para el grupo de las personas con alguno de los padecimientos. El número de miembros en la familia, influye el comportamiento de las personas sanas en los cuatro hábitos de vida analizados, pero varía solo los hábitos de sueño de los pacientes. En cuanto a al peso, para el grupo de las personas sanos, los divorciados o separados presentan menor propensión a declarar que su peso es superior a los de su edad en comparación a los casados o en unión libre.

Conclusiones: De acuerdo al análisis realizado existen diferencias significativas en los factores que fomentan hábitos saludables entre los pacientes de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiacas y el resto de los costarricense. Sin embargo, se evidencia la presencia de elementos comunes entre los grupos: 1. el sexo no tiene influencia significativa, 2. estar satisfecho con las amistades afecta positivamente el hábito de practicar deporte.

Utilización y demanda de servicios sanitarios

Moderador: Francisco Suárez

P-086. ATLAS DE HOSPITALIZACIONES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS EN COSTA RICA

M. Morera Salas y A. Aparicio Llanos

Caja Costarricense de Seguro Social; Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Las Hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) suponen que la morbilidad hospitalaria por determinadas patologías es un indicador indirecto de bajo acceso, subutilización o baja calidad de la Atención Primaria. El objetivo de esta investigación es medir la variabilidad espacial y mostrar agrupaciones

de áreas de salud con probabilidad de presentar hospitalizaciones superiores al nivel nacional.

Métodos: Las hospitalizaciones se obtienen del Conjunto Mínimo de Datos del Egreso Hospitalario del Seguro Público de Salud Costarricense y las proyecciones de población se basan en el Censo Costa Rica 2000. Se estudian los 13 grupos de causas de ACSC, según la lista de adaptada para España. La unidad geográfica de análisis son las 103 áreas de atención primaria y el periodo de estudio es 2006-2008. Para identificar zonas con riesgo elevado de hospitalizaciones por ACSC se ajustó un modelo jerárquico espacial propuesto por Besag, York y Mollie. El proceso inferencial se realizó con estadística bayesiana, utilizando el método de Gibbs Sampling basado en técnicas de Monte Carlo con Cadenas de Markov. El análisis de variabilidad se realiza para los 13 grupos de enfermedades, separados por sexo. Los indicadores utilizados son el rango interpercentil (P95 /P5), coeficiente de variación, componente sistemático de variación, gráfico dot plot y gráfico burbujas por región de salud.

Resultados: El 6% de las hospitalizaciones en el período 2006-2008 corresponden a ACSC, de las cuales el 77% se concentran en los grupos de enfermedad isquémica del corazón, hipertensión y neumonía. El análisis de variabilidad muestra diferencias de más de cuatro veces en las tasas de hospitalización entre áreas de salud, en la mayoría de grupos de causas y en ambos sexos. Con el análisis espacial se determinó que 26% de las áreas de salud registran sobrehospitalización respecto al promedio nacional. Este patrón de exceso de riesgo se ubica en el Pacífico Central y la región Sur del país y se repite en la mayoría de grupos de enfermedades y en ambos sexos. También se identificó un patrón de bajas hospitalizaciones evitables en el centro del país y Zona Norte.

Conclusiones: La alta variabilidad territorial de las tasas de hospitalizaciones por ACSC brinda suficiente solidez a este indicador para identificar áreas objeto de mejora. Con lo cual, una reducción en estas causas de hospitalización podría representar una mejora de la calidad de los servicios de salud y una disminución en los costos personales y del sistema de salud.

P-087. LA ATENCIÓN A LA FRACTURA DE CADERA EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

I.J. Thuissard Vasallo y L. Simón Méndez

Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria; Instituto de Salud Carlos III.

Objetivos: Conocer la calidad y costes asociados a la hospitalización por fractura de cadera. Adicionalmente se describe su evolución y el proceso de atención en el periodo 1997-2007.

Métodos: Con base en el CMBD estatal, se analizan las variables de paciente, episodio y clínicas, así como de costes. Los datos de población son obtenidos de las proyecciones de población del INE. Se obtienen indicadores de perfil de práctica clínica, variabilidad y seguridad del paciente (AHRQ, HCQJ-OCDE, Indicadores clave SNS).

Resultados: El número absoluto y tasa de pacientes que padecieron fractura de cadera ha ido aumentando de forma considerable desde 1997, hasta alcanzar los 46.350 pacientes en 2007. El perfil de paciente atendido en 2007 es de una persona de 80,21 años de media (2 más que en 1997), donde 3 de cada 4 son mujeres. En 2007, la mayoría de pacientes son dados de alta a su domicilio (84%) tras haber sido operados (91%), siendo la mortalidad intrahospitalaria del 5,84%. La tasa de mortalidad se situó en el 5,41. La estancia media disminuyó a pesar del aumento de casos quirúrgicos (16,05 días para 1997 frente a 13,55 en 2007). Lo mismo ocurre con la estancia media preoperatoria en el periodo de 2001 a 2007 en dos días (6,4 en 2001 y 4,3 para 2007), donde un 40% de los casos se operan en las primeras 48 horas. El porcentaje de complicaciones relacionadas con la atención médica (CRAM) ha ido en disminución, del 7,22 de 2001 a 6,31 para 2007, siendo inferior al del paciente medio hospitalario (7,45 en 2007). Respecto a la tasa de infec-

ción nosocomial ha ido en aumento, de 1.66 para 2001, a 1.73 para 2007. Los costes asociados a la fractura de cadera alcanzaron los 353,4 millones de euros en 2007, más del doble de los registrados para 1997. Se observó un incremento del coste medio por paciente, en el periodo comprendido entre 1997 y 2007, asociado a la mayor proporción de pacientes intervenidos. Se demostró una relación creciente entre el coste medio y el ratio quirúrgico-médico, en el que se apreció una gran variabilidad entre las distintas comunidades autónomas. El coste medio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente fue, para 2007, tres veces superior al coste de aquellos que tuvieron un tratamiento médico.

Conclusiones: El volumen y frecuentación de hospitalizaciones por fractura de cadera ha ido en aumento en los últimos años. La estancia media, mortalidad y costes, presentan notables diferencias según el tratamiento quirúrgico (la mayoría) o médico. Se constata una mejora en la tasa de CRAM. Tanto en el perfil de atención como en los costes medios, hay mucha variabilidad cuando se desciende a un análisis por comunidades autónomas o por tipos de hospital.

P-088. UTILIZACIÓN PÚBLICO FRENTE A PRIVADO DE ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA (AU) EN LAS ILLES BALEARS 2007-2009

M. Comendeiro, E.J. Castaño, J.M. Fuster, M.T. López, R. Alís, et al

Consejería Salud y Consumo Illes Balears.

Objetivos: Describir la evolución de la pauta de consumo de AU de las mujeres de las Illes Balears tras la introducción de la dispensación gratuita por parte de la Comunidad Autónoma (desde 02/10/2008) y la dispensación en farmacias sin receta (desde 28/09/2009).

Métodos: Análisis de la serie temporal disponible, de 36 meses (enero'07-enero'10), de distribución de los fármacos Norlevo® y Postinor® tanto en las oficinas de farmacia como en centros de salud. Se evalúa el impacto que sobre la decisión de consumo adoptan las mujeres tras la incorporación de las medidas "gratuidad" y "dispensación sin receta en farmacias". Para homogeneizar se emplean los cuatrimestres oct-ene de la serie, comparando medias de consumo y tasas de utilización.

Resultados: La serie muestra un comportamiento estacional asociado a los meses estivales, de mayor actividad productiva y afluencia de personas en las islas. En este periodo la tasa de utilización sobre la población diana (mujeres de 15 a 44 años) pasa de 6,2 (ene'07) a 6,7 por mil (ene'10). Se observan cambios significativos en la toma de decisiones de consumo de AU de las mujeres en la comunidad autónoma, condicionadas por la introducción de reformas normativas de política sanitaria. Inicialmente hasta el mes sep'08, el consumo requería de prescripción médica previa y se realizaba principalmente a través de las oficinas de farmacia ("consumo privado"). Tras la entrada en vigor del Decreto 96/2008 que proporciona el acceso gratuito a esta prestación, aumenta el consumo total anual en un 12,6%, desplazándose la decisión de consumo hacia la red asistencial pública, incrementándose ésta en un 1.045% y disminuyendo el consumo privado anual en un 9,8%. En el mes sep'09, aun siguiendo la normativa autonómica en vigor, se introduce a nivel estatal la dispensación libre sin receta en las farmacias lo que origina otro aumento del consumo global anual en un 22,6% invirtiéndose la decisión de consumo de nuevo hacia las oficinas de farmacia. Al introducirse ambas medidas en los meses de septiembre utilizamos el cuatrimestre (oct-ene) de los 3 años disponibles como subperiodos homogéneos para comparar. Las medias de consumo global, en tratamientos, de estos es de: '07: 1.171 (98,1% consumo privado), '08: 1.375 (61,3% consumo público) y '09: 2.043 (74,1% consumo privado).

Conclusiones: Las modificaciones del perfil de utilización público vs privado responden a la disposición a pagar por parte de las mujeres que utilizan este servicio. El coste del medicamento en la farmacia es de 18 € y eso es lo que están dispuestas a pagar las mujeres a cambio de facilidad en el acceso y no necesidad de dar explicaciones. Por con-

tra se ha perdido una importante información de salud pública respecto al perfil de las usuarias.

P-089. ENFERMEDADES Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS DE LOS POBRES EN COSTA RICA

J.R. Vargas y P. Slon

Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Determinar cuáles son las enfermedades más frecuentes en la población costarricense en condición de pobreza, los factores que explican su incidencia y conocer la frecuencia de uso de los servicios sanitarios por parte de este grupo de la población y de cuáles factores depende su uso.

Métodos: Los datos empleados son de la Encuesta Nacional de Salud realizada en Costa Rica del año 2006. Los métodos empleados son análisis de las frecuencias de las enfermedades en la población en condición de pobreza y en el uso de los servicios. Para establecer la probabilidad de que un individuo en condición de pobreza se enferme y que un individuo en condición de pobreza utilice servicios sanitarios, se aplicó el método de regresión logística.

Resultados: Las enfermedades más frecuentes que sufre la población en condición de pobreza son la hipertensión arterial, que representó un 13,11% de dicha población, enfermedades del metabolismo y endocrino un 9,73%, alergias 7,97%, enfermedades de los ojos y diarrea entre otras. La especialidad médica más visitada por los pacientes fue la medicina general la cual fue hecha principalmente en centros de atención primaria. Para los modelos logit aplicados en el caso de las enfermedades de los pobres, las variables que implican una mayor probabilidad de enfermedad son que aquellos individuos que residen fuera de la región central, en zona rural, con mayor edad, que no están asegurados, sin agua potable, con una dieta incompleta y residen en vivienda en mal estado tiene mayor probabilidad de enfermar. Según el modelo de uso de los servicios sanitarios, aquellos que residen en zona rural, en la región central, que tienen seguro social, mayor nivel educativo, mejor percepción de la calidad del servicio, mayor conocimiento de los programas, perciben que el centro de atención está cerca de su hogar y su vivienda está en buen estado tienen mayor probabilidad de usar los servicios sanitarios.

Conclusiones: Al igual que en estudios realizados en otros países, enfermedades como la diarrea son las que más afectan a los hogares en condición de pobreza, sin embargo enfermedades como la hipertensión arterial son una preocupación importante en este sector de la población. La atención primaria en la especialidad de medicina general es la más usada. Las malas condiciones de la vivienda y ambientales afectan la probabilidad de enfermedad para los hogares pobres y la cercanía del centro de atención, la percepción de la calidad del servicio y el conocimiento de los programas es fundamental para el uso del servicio.

P-090. ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN DE LAS TASAS DE HOSPITALIZACIÓN DE FINANCIACIÓN PÚBLICA POR ÁREA BÁSICA DE SALUD EN CATALUNYA 2008

M. Pastor, A. Mompert, E. Vela, M. Clèries, X. Salvador, et al

Departament de Salut; CatSalut (SCS).

Objetivos: Las tasas de hospitalización presentan destacadas variaciones geográficas, sobre todo a nivel territorial detallado, especialmente las vinculadas a financiación pública. El estudio pretende evaluar el impacto de diferentes factores asociados a las variaciones, a efectos de considerar su incorporación en el análisis y la evaluación de la equidad de acceso.

Métodos: Las fuentes primarias de información son el Registro central de personas aseguradas de Catalunya para los datos de población y el registro del Conjunto mínimo básico de datos de la hospitalización de agudos, para los datos de actividad hospitalaria. Se calculan las tasas brutas de hospitalización para cada Área básica de salud (ABS). Para eliminar el efecto de las diferentes estructuras etarias, se calculan las tasas estandarizadas. Para valorar el impacto de los diferentes niveles socioeconómicos, se utiliza una variable obtenida del análisis factorial de la información asistencial vinculada al nivel socioeconómico (AES 2009). El estudio de los residuales de la regresión entre la tasa estandarizada y la variable socioeconómica identifica algunos territorios con un gradiente vinculado a la distancia al centro hospitalario básico. Para evaluar el posible efecto de inducción de la demanda, se estima la correlación entre el gradiente y los indicadores de hospitalización evitable, inadecuada y discrecional.

Resultados: La estandarización, a diferencia de lo que sería esperable, presentan una variabilidad similar a las tasas brutas (coeficientes de variación del 19,0% y 18,8%, respectivamente). Las tasas estandarizadas están altamente correlacionadas, en sentido inverso, con el indicador socioeconómico (R^2 ajustada de 0,393). El residual de la anterior regresión en las ABS donde se ubica un hospital es en promedio de +2,0 mientras que el de las otras ABS es de -0,4. El análisis de varianza no es significativo ($p = 0,247$), por la existencia de dos perfiles de utilización diferentes. Los Gobiernos territoriales de salud con un gradiente en los residuos vinculado a la proximidad relativa al hospital, se caracterizan por separado de aquellos que no lo presentan. Se observa en los primeros tasas de hospitalización más altas en patologías de hospitalización evitable (EPOC, ICC, infección urinaria) o en intervenciones con alta variabilidad vinculable a la compra adicional para controlar listas de espera (en particular, cataratas).

Conclusiones: El análisis de la variación pone de manifiesto la importancia de considerar sistemáticamente la estructura etaria, el nivel socioeconómico y las distorsiones vinculadas a inadecuaciones y discrecionalidad, a efectos de la planificación y la compra de servicios.

P-091. A REGIONAL ANALYSIS ON THE ACTIVITY OF TRANSPLANTATIONS IN ITALY: ISSUES RELATED TO DEMAND AND SUPPLY

A. Donia Sofio and L. Gitto

University of Roma Tor Vergata; University of Catania.

Objectives: The purpose of the paper is that of analyzing demand and supply of transplantations in Italy, looking at mobility of patients across Regions. Different flows of patients can be distinguished: outflows patients are those who decide to migrate to another Region; inflows patients per Region are, instead, those patients who arrive in a given Region for undergoing a transplantation; resident patients are those who choose to remain in their Region, and to undergo there the surgery. By knowing the extent of inflow-outflow decision and the factors that may affect it, it might be possible to organize the activity of transplantation in a more effective way.

Methods: A descriptive statistical analysis has been carried out for demand and supply of transplantations in Italian Regions, according to type of organ transplanted. The analysis of the factors determining the outflow decision has been performed by applying OLS. Data employed refer to waiting lists, number of donors, number of transplantation centers; for heart and liver transplantation it has been considered a complexity index as well. Data analyzed are of 2006.

Results: Transplantation activity is mainly concentrated in Northern Italian Regions. Lombardy and Emilia-Romagna (Northern Italy) presents the highest inflow, while the greatest number of outflows come from Campania (Southern Italy). Number of donors and number of transplantation centers have a positive impact in determining an increase in outflow decision. A positive coefficient, even if not significant,

is associated to patients' survival after complex interventions. However, the number of patients enrolled in a waiting list depends on the criteria established for each organ. For example, patients needing kidney transplantation can enroll themselves in more than one waiting list and in more than one Region.

Conclusions: The impact of some factors, mainly related to demand for transplantations, should be better investigated. Moreover, in order to boost donations, a more detailed information related to risks and benefits of transplantations should be provided and, in order to facilitate patients' choice for transplantation center, the Information Transplantation System should be improved, especially in assessing the activity of each center.

P-092. HOSPITALIZACIONES POR HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ESPAÑA

X. Badia, A. Ramírez de Arellano, C. Álvarez, M.A. Sánchez-Zamorano, B. de Rivas, et al

HEOR, IMS Health; HEOR, Bristol-Myers Squibb; Departamento de Farmacoeconomía, AstraZeneca; Departamento Científico, Bristol-Myers Squibb; Departamento Médico, AstraZeneca.

Objetivos: Estimar el número anual de hospitalizaciones por hipoglucemia grave en pacientes con diabetes mellitus (DM) en España y evaluar las diferencias entre las Comunidades Autónomas (CCAA).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de la información contenida en la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Esta base de datos representa el 73% del total de hospitalizaciones anuales de agudos del Sistema Nacional de Salud. En este estudio se han contabilizado todos los episodios de hospitalización durante el año 2007 en los que el diagnóstico principal o secundario de los pacientes con diabetes fuera hipoglucemia. En aquellos hospitales en los que no se dispone del CMBD, el número de episodios de hipoglucemia fue extrapolado a partir del número de episodios de los hospitales de similares características de la misma CCAA. Los episodios de hipoglucemia grave fueron definidos como un episodio de hipoglucemia que requirió hospitalización.

Resultados: El total de hospitalizaciones en el SNS por hipoglucemia grave como diagnóstico principal en pacientes diabéticos en 2007 se estimó en 9.399 episodios, de los cuales 8.242 episodios fueron en pacientes con DM tipo 2 (88% del total) y 1.157 episodios para DM tipo 1 (12% del total). Las hospitalizaciones por hipoglucemia grave como diagnóstico principal en pacientes con DM2 representaron el 24,4% del total de hospitalizaciones en pacientes diabéticos en España. La incidencia de episodios hospitalarios de hipoglucemia en pacientes con DM2 (diagnóstico principal) en España fue estimada en 1,82 episodios por 10.000 habitantes. El total episodios en los cuales la hipoglucemia grave se encontraba como diagnóstico secundario se estimó en 17.302 episodios, de los cuales 16.649 episodios fueron en pacientes con DM2 (96,2%) y en 653 episodios en pacientes con DM1 (3,8%). Cataluña fue la CCAA con el mayor número de episodios con 1.477 episodios de hipoglucemia como diagnóstico principal (17,9% del total) y 3.836 episodios en los cuales la hipoglucemia se encontraba como diagnóstico secundario (23% del total). La CCAA con la mayor incidencia de episodios de hospitalización por hipoglucemia como diagnóstico principal por habitante fue Castilla y León con 3,37 episodios por 10.000 habitantes y la CCAA con la menor incidencia fue Canarias con 1,10 episodios por 10.000 habitantes.

Conclusiones: Las hospitalizaciones por hipoglucemia grave como diagnóstico principal representaron casi el 25% del total de hospitalizaciones en pacientes diabéticos tipo 2 también como diagnóstico principal en España. Existen grandes diferencias en la incidencia de hipoglucemias graves entre las CCAA. Sería interesante disponer de estudios que evaluaran las consecuencias económicas de la hipoglucemia grave en España con el fin de determinar su verdadero impacto sobre los pacientes y la sociedad.

P-093. LOS PACIENTES NO RESIDENTES. CINCO AÑOS DE REGISTRO EXHAUSTIVO DEL SIP

P. León Ródenas

Servicio de Aseguramiento Sanitario; DGOEIS, Conselleria de Sanidad.

Objetivos: En la actualidad, no disponemos de unos estándares comunes, que ayuden a definir a la población no empadronada. Nos proponemos obtener, modelizando la información contenida en los diferentes Sistemas de Información, la definición de una serie de conceptos que ayuden a identificar y acotar las diferentes poblaciones.

Métodos: a) Detección y definición de los ciudadanos no empadronados En la Comunidad Valenciana (CV), mediante el Sistema de Información Poblacional (SIP) hemos establecido un modelo de registro bajo el principio exhaustivo de "alta previa a la prestación". Aproximación a residencia efectiva en la CV. Al registrar tanto los ciudadanos empadronados como los no empadronados. b) Modelización Proponemos una modelización de las poblaciones definidas de interés. Con las CCAA, tenemos 17 Sistemas de Información (SI) diferentes. El proyecto Análisis Poblacional Segmentado Integrado (APSI), tratar la información recogida en SIP estableciendo categorías de interés analítico con las que elaborar subpoblaciones, asegurando la estandarización de toda la información. Dimensión 1. Financiación Cobertura En la CV, el empadronamiento y modalidades de aseguramiento, determinan el tipo de cobertura, y financiación de sus prestaciones a los departamentos. El derecho a la tarjeta sanitaria SIP, asignación de médico y prestación farmacéutica. También la población asignada a cápita del conjunto de ciudadanos registrados en SIP. Dimensión 2. Situación de Residencia Los ciudadanos presentan patrones de estancia y residencia en la CV variables. Mediante esta dimensión, podemos identificar: Residente habitual, Persona con estancia en la CV, Turista Habitual y Turista Esporádico.

Resultados: Pirámides de población: destacamos los diferentes perfiles demográficos que encontramos entre los ciudadanos no empadronados. Al segmentar la población por estos criterios, perfilamos poblaciones radicalmente diferentes. Régimen de estancia: disponemos en SIP de un indicador (tasa de renovación de los no empadronados) que es capaz de medir y cuantificar el régimen de estancia discontinuo o prolongado en el tiempo de los ciudadanos no empadronados. Tasa de renovación no empadronados: los ciudadanos no empadronados de media se recuperan unas 2 veces por persona en el sistema, denominada tasa de renovación, medimos ritmo de estancia en nuestro territorio. Gasto en Farmacia: tal como demuestran nuestros Sistemas de Información corporativos, los ciudadanos no empadronados, consumen una parte importante de los recursos en materia de farmacia.

Conclusiones: La definición del conjunto de ciudadanos no empadronados puede resultar ambigua. Tenemos que poder generar información de mayor calidad que sea gestionable y compartida por otros SI, modelizando su comportamiento.

Instrumentos de gestión clínica y sanitaria

Moderador: Francisco Moranta

P-094. EL DIAGRAMA DE BARBER Y JOHNSON COMO HERRAMIENTA

R. González Oliva y A. Piñol Piñol

Fundación Hospital de l'Esperit Sant.

Objetivos: La Fundación Hospital del Espíritu Santo es un hospital comarcal que en el año 2007 se trasladó a un nuevo centro en la misma

ubicación con una dotación de camas hospitalarias superior. A partir de esta fecha y hasta el año 2009 se observa un incremento de la estancia media que viene determinado por un cambio en el case mix hospitalario. Ante esta nueva situación se plantea verificar que la utilización del recurso cama sea la más eficiente posible y planificar su estrategia en el corto plazo (años 2010, 2011 y 2012).

Métodos: Comparación de la estancia media de nuestro centro con los mejores hospitales de nuestro nivel (comarcales) con una dotación de camas similar (177). Se utiliza un benchmark de 36 hospitales nacionales (*) para obtener el estándar de eficiencia en la estancia media basado en el mismo case mix. Se opta por la presentación de los indicadores clásicos: estancia media, intervalo de sustitución, índice de rotación y porcentaje de ocupación en un diagrama de Barber y Johnson en el periodo 2007 (traslado del centro), 2008 y 2009 (periodo de incremento de la estancia media) y 2010, 2011 y 2012 (proyección). *Solución de benchmarking de IASIST para hospitales de agudos.

Resultados: Los datos necesarios para la construcción del diagrama no implican ningún esfuerzo adicional de recogida de información y los indicadores para la gestión quedan representados de una forma clara y sintética mediante el diagrama citado. El benchmarking nos indica que la estancia media eficiente en nuestro centro ha de ser de 4,53 días. Mediante el diagrama simulamos un descenso progresivo de la estancia en los próximos tres años y la variación que deben experimentar el resto de indicadores para poder asumirla.

Conclusiones: Conocer los puntos fuertes y los débiles de nuestro hospital respecto a lo observado en hospitales similares permite determinar el nivel de eficiencia y delimitar el objetivo futuro. El diagrama de Barber y Johnson es fácilmente comprensible para todas las personas y permite visualizar el área de actividad adecuada. El plan estratégico debe incidir en la disminución de la estancia media del servicio de medicina interna que es el que más se desvía respecto a la estancia media esperada.

P-095. USANDO LOS DXCG PARA EVALUAR ALTERNATIVAS DE FONDOS DE AJUSTE DE RIESGOS EN CHILE

C. Cid Pedraza

Superintendencia de Salud de Chile; AES de Chile.

Objetivos: Evaluar el uso de los diagnósticos en el ajuste de riesgo entre isapres para mejorar la capacidad predictiva, aumentar el impacto que tiene en la contención de la selección de riesgos. A su vez, simular otros escenarios que van más allá de la normativa vigente, que son desde el punto de vista regulatorio, recomendables.

Métodos: Se utiliza una muestra de atenciones hospitalarias y algunas ambulatorias de 2007. Para evaluar la conveniencia de un modelo se analizan 4 aspectos: – La comparación con el benchmark en cuanto a distribuciones relativas de ACCs y ADCGs, – los scores de riesgo de las isapres, – la varianza de los gastos y la capacidad de predicción del modelo al hacer la regresión, y – la simulación de compensaciones entre isapres que ocurrirán en cada caso. Calibramos tres modelos: – Modelo 1: considera la morbilidad de todos los egresos hospitalarios; – Modelo 2: considera la morbilidad del AUGÉ en hospitales y en tres problemas crónicos ambulatorios y – Modelo 3: considera la morbilidad del AUGÉ en hospitales, atendidas por AUGÉ o no, y los tres problemas crónicos. Posteriormente, estos tres modelos se cruzan con tres tamaños posibles de Plan: – Un Plan de costo equivalente a las AUGÉ. – Un Plan de costo equivalente a las AUGÉ 56 más los problemas que son AUGÉ, pero que no son atendidos como tales, y – Un Plan más amplio equivalente al 7% de cotización obligatoria.

Resultados: El Modelo 1 es el mejor de los tres evaluados. Cuando simulamos usando la prima comunitaria vigente para el AUGÉ, el modelo 1 aumenta en más del doble las compensaciones entre las Isapres, pese a que el costo total en juego son los mismos que los actuales. Cuando incorporamos aquello que es AUGÉ pero se atiende como plan complementario, los efectos monetarios de las compensaciones se multiplican. Cuando el Fondo se compone de un plan equivalente al 7%, en el Modelo 1 las compensaciones suman más de US\$60 millones, 21 veces el máximo de distribución correspondía cuando el Fondo es sólo GES. Al recalibrar el modelo, independizándolo de los parámetros de US y trabajando las estimaciones de riesgo con los parámetros creados con los datos de las isapres en la regresión, las simulaciones cambian notablemente. No obstante, la recalibración puede estar sesgada por un problema de niveles de precios de los distintos proveedores que usan las distintas isapres.

Conclusiones: Para mejorar el Fondo entre isapres se recomienda utilizar un modelo que considere la máxima morbilidad posible en isapres, además de los gastos reales observados, para un ajuste de riesgos más certero que permita efectivamente contener la selección de riesgos. A futuro, habrá que abordar los problemas de sesgo en la recalibración.

P-096. COMPORTAMIENTO DE LOS GRD DE LA CARDIOPATÍA CORONARIA EN ESPAÑA, EN RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO DE LOS PACIENTES Y EL TIPO DE INGRESO (URGENTE O PROGRAMADO)

E. Moreno Millán, J.M. García Torrecillas, F. Prieto Valderrey, M. Cid Cumplido y J. Villegas del Ojo

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara, Puertollano; Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivos: Principal: evaluar el comportamiento de los pacientes asignados con GRD relacionados con la cardiopatía isquémica aguda (CIA) (121 a 125) en España durante 2007. Secundarios: a) Comprobar las posibles diferencias entre dichos pacientes según el ingreso sea urgente (IU) o programado (IP). b) Evaluar el esfuerzo diagnóstico terapéutico en relación con la edad.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, no concurrente, sobre todos los episodios de dichos GRD en pacientes mayores de 45 años de toda España, según el CMBD de 2007. Se analizaron variables demográficas, clínicas (número de diagnósticos secundarios al alta [NDSA], de procedimientos [NP]) y de gestión mediante estudio descriptivo y de frecuencias, comparativo con ANOVA, t de Student y χ^2 de Pearson, así como regresión logística binaria para comprobar la asociación de algunas variables con el IU. Se asumió significación para $p < 0,05$ y se utilizó un paquete SPSS para Windows v.15.0.

Resultados: Se realizaron 59.017 ingresos, de ellos 72,18% IU. Edad media $70,84 \pm 11,82$ en IU vs $66,18 \pm 9,79$ años en IP ($p = 0,000$), estancia $8,50 \pm 7,15$ en IU vs $3,18 \pm 4,37$ días en IP ($p = 0,000$), NDSA $6,63 \pm 2,88$ en IU vs $4,57 \pm 2,60$ en IP, NP $3,34 \pm 2,42$ en IU vs $2,81 \pm 1,52$ en IP ($p = 0,005$). IU en varones 72,3% vs 67,9% mujeres ($p = 0,01$). Se asociaron a IU la edad (OR 1,05), varón (OR 1,34), estancia (OR 1,4), NDSA (OR 1,12), NP (OR 0,98) todos con $p = 0,000$, y reingreso (OR 0,89) con $p = 0,04$. Se observa disminución de la carga de NP con la edad (45-64: 3,74, 65-79: 3,48, > 80: 2,62).

Conclusiones: Casi el 73% de los episodios de CIA se hacen con IU, siendo más frecuentes los varones, con mayor edad, generando más estancias y reingresos, con más comorbilidad, precisando mayor esfuerzo diagnóstico-terapéutico que los IP. Se observa una disminución de este esfuerzo en relación con la edad, debiendo ser subsidiarios de estudios analíticos futuros.

P-097. ¿SON ÚTILES LOS TQES COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA?

F.J. García Sánchez, S. Lorenzo Martínez, J.A. Ortigueira Espinosa, P. Prieto Alaguero y R. Oveja Fernández

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: Conocer la repercusión, en la actividad quirúrgica extraordinaria, de la implantación de un sistema de medida basado en Tiempos Quirúrgicos Estándar (TQEs) que normaliza los procedimientos, y remunera la actividad de forma estándar.

Métodos: Ámbito: hospital de 448 camas de la Comunidad de Madrid. Periodo de estudio: enero-noviembre 2008-2009. Se diseñó e implantó un circuito para la recogida de información mediante un programa informático creado al efecto. El sistema permite conocer de forma ágil y precisa la actividad realizada en TQEs, su ajuste a la programación previa presentada por cada una de las Unidades, la actividad quirúrgica suspendida, la influencia en el coste de la actividad extraordinaria y la información para el abono de esta actividad.

Resultados: El número de quirófanos utilizados, en jornada extraordinaria, entre enero y noviembre de 2009 ha sido de 587, mientras que en el mismo periodo de 2008 fue de 621. El número de intervenciones realizadas en el año 2009 ha sido de 2004, por 1958 en 2008. Con estos datos se ha comprobado que con la implantación de este sistema, en la actividad quirúrgica extraordinaria, a pesar de haber disminuido el número de quirófanos disminuido en un 5,5%, la programación de intervenciones se incrementó en un 1,3% y la actividad realizada creció hasta el 2,4%. Por otra parte, el coste de esta actividad ha disminuido en un 2,7%, unos 28.000 euros, en estos once meses. La suspensión de intervenciones, si bien cuantitativamente no es muy llamativa, 65 intervenciones en 2008 y 45 en 2009, porcentualmente el descenso si es significativa al alcanzar un 30,8%, con respecto al año 2008.

Conclusiones: La incorporación de los TQEs, como sistema de medida, es una herramienta útil que ha permitido, por un lado, conocer, mediante el programa creado en la Unidad de Análisis de Información, que hacemos, cuando lo hacemos, quien lo hace, cuanto nos cuesta y, por otro lado, trasladar a la Dirección la información necesaria para su análisis y abono. Por otra parte, con su utilización se ha observado una mejora sensible de los resultados de la actividad quirúrgica, en jornada extraordinaria, dentro del hospital, con una disminución de los quirófanos utilizados y un incremento de la actividad permitiendo, además, un ajuste económico.

P-098. VALIDACIÓN DE PRIMARY CARE TOOL ASSESSMENT EN URUGUAY (PCAT.UY)

M. Buglioli, M. Pizzanelli, J. Ponzo, M. Cassinelli y A. Toledo

Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Objetivos: El modelo de atención basado en Primer Nivel, con enfoque integral, familiar y comunitario, es pilar del Sistema Nacional Integrado de Salud instalado en Uruguay desde 2006. Actualmente existen algunas herramientas que aportan información sobre el primer nivel de atención, pero se consideran insuficientes para una evaluación integral del mismo. El PCAT es un instrumento desarrollado en EEUU por el equipo de Bárbara Starfield, adaptado luego al español y al portugués. En varios países se trabaja actualmente en la validación y aplicación de las diferentes versiones de la herramienta (corta, larga, proveedores, usuarios). El objetivo de este trabajo es adaptar y validar el PCAT equipo de salud, para su aplicación en Uruguay.

Métodos: Se trabajó a partir de los documentos originales en inglés con las siguientes etapas: revisión y selección primaria de preguntas para Uruguay por el equipo investigador; panel de expertos; traducción directa; revisión para la adaptación cultural; traducción inversa;

comunicación preliminar; comparación de las versiones y definición de versión final; prueba piloto PCAT.UY para equipos de salud; ajuste post prueba piloto; comunicación.

Resultados: A marzo 2010 se han ejecutado las etapas previstas hasta la comunicación preliminar, con fecha prevista de implementación de la prueba piloto abril-mayo. El capítulo de abordaje comunitario será reformulado casi completamente para mejor adaptación cultural.

Conclusiones: Parece factible que PCAT.UY se constituya como herramienta de monitoreo del nuevo SNIS. Permitirá la evaluación comparativa a nivel regional (MERCOSUR) dado que se están desarrollando etapas similares en Brasil, y analizando su aplicación en una provincia Argentina. Se prevé la realización de un seminario con el equipo de investigación creador de la herramienta, para garantizar la rigurosidad del proceso de validación llevado a cabo en Uruguay (septiembre 2010).

P-099. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

C. Herrera Espiñeira, J.L. Navarro Espigares, A. García Priego, M.M. Rodríguez del Águila y A.L. Pérez Abela

Servicio Andaluz de Salud; Universidad de Granada.

Objetivos: Determinar el impacto presupuestario hospitalario de un programa de atención telefónica para los pacientes de cirugía traumática durante el mes siguiente al alta hospitalaria.

Métodos: Estudio experimental en 604 pacientes, que constituyeron el grupo experimental y de control, intervenidos en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada en el año 2006. El grupo experimental tuvo a su disposición atención telefónica sanitaria durante el mes siguiente al alta. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas a ambos grupos y al final del periodo se registró si habían acudido a urgencias, al médico de familia o reingresado, también la comprensión de las indicaciones al alta y el resultado de un test de ansiedad. Para evaluar el impacto presupuestario se enfrentaron los costes de las dos principales consecuencias derivadas del programa: el aumento de la actividad directamente relacionada con el programa (las consultas telefónicas), y la disminución de la actividad en otras áreas. El cálculo de los costes se realizó a partir de la contabilidad analítica del HUVN siguiendo la metodología COAN-HyD común para todos los centros asistenciales del Servicio andaluz de Salud. Se utilizaron los del año 2008 por considerarlos más próximo a la realidad. Los datos de actividad quirúrgica hospitalaria se recogieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del HUVN para el año 2006, año en el que se reclutaron los pacientes. Posteriormente, se diseñaron dos escenarios adicionales, uno a nivel regional y otro nacional para la extrapolación de los resultados obtenidos a nivel hospitalario. Se realizó análisis de datos descriptivo y regresión logística multivariante con el programa SPSS 13.0.

Resultados: Los 302 pacientes incluidos en el grupo experimental generaron 73 consultas telefónicas (4.149,32 euros). Al mismo tiempo, este grupo generó 25 visitas de urgencias menos que el grupo control (-3.649,25 euros). La diferencia resultante, de 500 euros, equivale a un coste promedio de 1,65 euros por cada uno de los 302 pacientes incluidos en el programa. No hubo diferencias significativas en reingresos ni visitas al médico de familia entre el grupo experimental y de control. La implantación del programa tendría un impacto presupuestario de 2.063,24 €, 38.556,23 €, y 273.209,86 € en el HUVN, Servicio Andaluz de Salud, y Sistema Nacional de Salud respectivamente.

Conclusiones: El programa se ha mostrado eficaz para disminuir las visitas a urgencias, detección y resolución de problemas, a un coste reducido.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 24 de junio de 2010. 15:00 a 15:30 h

Aula 1.1 + Aula 1.2 + Aula 1.3

Instrumentos de gestión clínica y sanitaria

Moderadora: M.^a Begoña Abadía

P-100. EFICIENCIA ASISTENCIAL EN LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

L. Escriche, T. Casasin, E. Izquierdo, D. Blanco, M. Noguera, et al
Hospital de Viladecans.

Objetivos: La integración de información del historial clínico del paciente de atención primaria y hospitalaria optimiza los recursos y reduce las exploraciones y contactos paciente-hospital en los procedimientos quirúrgicos.

Métodos: Se compara una cohorte de pacientes prequirúrgicos antes después de la implantación del sistema informático SAP asistencial y de la creación de una consulta virtual de anestesia. Se contabiliza para ambos periodos, el número de pruebas prequirúrgicas realizadas, contactos paciente-hospital-atención primaria y se calculan los costes asociados.

Resultados: La integración de sistemas informáticos a nivel asistencial ha reducido el número de actos asistenciales innecesarios, evitando duplicidades de pruebas y visitas. Esta reducción de actos asistenciales consigue un mayor bienestar del paciente en cuanto minimiza el tiempo invertido por parte del usuario en la realización de pruebas y visitas y permite al profesional atender a nuevos pacientes. Esta reducción de actos asistenciales ha comportado un ahorro cuantificable en el gasto hospitalario. La visita virtual anestésica desarrollada en el hospital de Viladecans aprovecha la información asistencial compartida con la atención primaria y optimiza la atención preoperatoria.

Conclusiones: El grupo de pacientes gestionados en la consulta virtual de anestesia en el hospital tras la implantación de sistemas integrados de información, reduce los contactos paciente-sistema de salud y ahorra un elevado número de recursos innecesarios practicados en los procesos preoperatorios convencionales, evitar duplicar actos asistenciales y beneficia al sistema sanitario por reducir el gasto hospitalario.

P-101. LA COMPLEJIDAD EN EL ANÁLISIS DE EFICIENCIA MEDIANTE ENVOLVENTE DE DATOS DE LOS SERVICIOS DE TRAUMATOLOGÍA

J.J. Muñoz González, E. Bonilla Martos y M.S. Ochandorena Juanena
Gerencia Área 11 Atención Primaria; Dirección General Gestión Económica, Consejería de Sanidad de Madrid.

Objetivos: El análisis de la eficiencia está muy condicionado por las variables que se incluyen en el modelo y esa es una de las principales limitaciones para su incorporación como herramienta de gestión. Nos propusimos estudiar cómo se modificaban los resultados del análisis de la eficiencia de los servicios hospitalarios de traumatología (TRA) mediante envolvente de datos (DEA) al incorporar información sobre la complejidad de la casuística atendida y la actividad formativa realizada.

Métodos: Se analizaron los datos obtenidos de la contabilidad analítica correspondientes a los servicios de TRA de 14 hospitales de la Comunidad de Madrid en el año 2008. Como variables de output se

consideraron en el modelo básico (MB) las altas, las consultas primeras y las consultas sucesivas; en el modelo ajustado (MA) las altas fueron ponderadas por su peso medio, en función de los grupos relacionados por diagnóstico, GRD. Estos dos modelos se enriquecieron incorporando el número de plazas acreditadas para la docencia MIR como una variable de output más; en un caso con las altas ajustadas (MAD) y en otro caso con las altas sin ajustar (MBD). En todos los modelos analizados se consideró como variable de input el coste total de los servicios. Se obtuvieron los índices de eficiencia global, técnica y de escala (EG, ET, EE) mediante el método DEA con rendimientos constantes y variables a escala y orientación output.

Resultados: Hemos observado una baja eficiencia global media en el modelo MA (65,57%), que aumenta al incorporar la información sobre la complejidad atendida (MB: 77,67%). La EG media también es mayor al añadir la variable de docencia (80,76 y 80,67%, en MAD y MBD, respectivamente). En todos los modelos se apreciaron eficiencias técnicas medias muy elevadas (MB: 91,97%; MA: 92,79%; MBD: 93,80%; MAD: 94,70%), sin embargo, la EE es bastante menor (MB: 71,77%; MA: 83,73%; MBD: 86,13%; MAD: 84,99%).

Conclusiones: Se puede concluir que los servicios de TRA de los hospitales analizados mediante DEA presentan similares índices de eficiencia de gestión, y que las diferencias en la eficiencia global traducen problemas de escala que se corrigen, al menos parcialmente, al incorporar la complejidad y/o añadir la actividad docente, ya que suelen ser los hospitales más grandes los que manejan una casuística más compleja y los que ofertan mayor actividad docente.

P-102. MODELO DE MARKOV APLICADO A LOS USUARIOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN UNA POBLACIÓN DE UNA ASEGURADORA

C. Rodríguez, L. Ruiz, M. Cho y J. Coba

Colsubsidio; Servicio Occidental de Salud; OMS.

Objetivos: Estimar las razones incrementales de costo-utilidad (RICU) de los tratamientos utilizados para el manejo de la fibrilación auricular.

Métodos: Diseño: modelo económico sanitario (MES) de costo-utilidad tipo modelo de Markov, estructurado sobre un análisis de decisiones (árbol de decisiones). Los datos de efectividad se obtuvieron de una revisión sistemática de la literatura. Los datos de costos se obtuvieron de las tarifas de atención y de adquisición de medicamentos de la Empresa Servicio Occidental de Salud. Se toma para el estudio la cohorte de usuarios con fibrilación auricular menor de 60 años. El periodo observado es el año 2008. La perspectiva utilizada fue la del asegurador. El desenlace principal fueron los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Se verificó la robustez del modelo mediante análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos.

Resultados: Mientras que la estrategia de control del ritmo cardíaco es la menos costosa (costo promedio por paciente durante los 12 meses: \$35.560.689, la estrategia de ablación es la más efectiva 10,27 años de vida ajustados por calidad en promedio por paciente, durante los 12 meses. La razón incremental de costo/utilidad de la estrategia ablación respecto a la estrategia control del ritmo cardíaco es de: \$1.778.272 por año de vida ajustado por calidad adicional

Conclusiones: En Colombia no se tiene definido un valor límite a invertir en salud definido como la máxima voluntad de pagar de los tomadores de decisiones tal como existe en otros países si tomamos el valor recomendado por OMS de \$62.500.000 anuales por paciente por AVAC adicional, el valor del manejo quirúrgico de la fibrilación auricular sería el recomendado, máximo cuando es el tratamiento más costo efectivo. Contar con información de costo-utilidad detallada por tipo de riesgo permite focalizar las estrategias de intervención integral, en una aseguradora en la cual se debe producir resultados basados en la calidad de vida para sus afiliados y resultados financieros. La decisión

de manejo de la fibrilación auricular por método quirúrgico en los usuarios que cumplen los criterios clínicos, aunque representa un mayor costo en el corto plazo, a largo plazo se evidencia que es más costo-efectivo.

P-103. VARIACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN RELACIÓN CON LA EDAD, EL SEXO, LA FORMA DE ACCESO (URGENTE O PROGRAMADO) Y EL TAMAÑO DEL HOSPITAL

E. Moreno Millán, F. Prieto Valderrey, M. Cid Cumplido, A.M. García Fernández y J. Carbajal Guerrero

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Santa Bárbara de Puertollano.

Objetivos: Asumiendo la estancia como proxy del coste directo de los grupos de diagnóstico relacionado (GDR), y dado el progresivo envejecimiento demográfico, se desean conocer las posibles variaciones existentes en los hospitales españoles, en relación con la edad y el género de los pacientes, la forma de acceso (urgente o programado) y el tamaño del hospital (H1 < 200, H2 200-499, H3 500-999 y H4 > 1.000 camas), buscando determinar el nivel de eficiencia de estos centros.

Métodos: Diseño observacional, descriptivo, transversal, en hospitales públicos de toda España, sobre el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) de 2007, analizando variables demográficas (edad, género), clínicas (número de diagnósticos secundarios al alta, número de procedimientos, mortalidad) y de gestión (estancia, estancia preoperatoria, reingresos), en relación con el tipo de ingreso (urgente [IU] o programado [IP]) y el tamaño del hospital. Se estudió la estancia con estadística descriptiva, comparaciones de variables cuantitativas con ANOVA y t de Student, de cualitativas con χ^2 de Pearson, y regresión logística binaria para comprobar la posible asociación de la estancia con el resto de variables. Se asumió como significativa una $p < 0,05$ y se utilizó un paquete SPSS para Windows v.15.

Resultados: Edad media IU $72,14 \pm 12,42$ vs IP $65,41 \pm 11,36$ años ($p = 0,000$), estancia media IU $10,29 \pm 12,21$ vs IP $6,62 \pm 11,28$ ($p = 0,000$), NDSA IU $6,28 \pm 3,23$ vs IP $3,91 \pm 2,76$ ($p = 0,000$), NP IU $2,72 \pm 2,70$ vs IP $2,22 \pm 2,01$ ($p = 0,000$), mortalidad IU 9,2% vs IP 1,9% ($p = 0,000$). La estancia media en los IP en H1 aumenta progresivamente en ambos géneros con la edad, al igual que en H2, pero en H3 y H4 alcanza el máximo en el grupo de varones de 75-79 y mujeres de 80-84 años, mientras en los IU los valores más altos se dan en los grupos de 70-74 de ambos géneros y siendo superiores en los H4 que en H3, H2 y H1, respectivamente.

Conclusiones: La estancia, como proxy del coste directo de los GDR, tiene distinto comportamiento en dependencia del tipo de ingreso y el tamaño del hospital, así como del grupo etario y el sexo. La edad per se no se asocia con estancias más elevadas. En los ingresos urgentes tampoco existe asociación de la estancia con la edad, aunque es superior en los hospitales grandes. Solamente se asocia la edad en los ingresos programados de los hospitales pequeños y medios, resultando por tanto menos eficientes.

P-104. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS EN COSTA RICA MEDIANTE UN MODELO GRAVITACIONAL

A. Casanova y J.R. Vargas

Universidad de Costa Rica.

Objetivos: Estimar la demanda futura por servicios hospitalarios, a partir del 2009 y hasta el 2015.

Métodos: Es un estudio longitudinal. Se utilizan modelos gravitacionales para medir la demanda de servicios hospitalarios, utilizando como variables independientes; la distancia entre el hospital y la masa

de la población mediante un índice, la masa de población; el tamaño del hospital mediante número de camas, el flujo de pacientes medidos por egresos hospitalarios, la capacidad del hospital y, el índice de accesibilidad. Las variables serán medidas de manera anual, utilizando datos oficiales y para hospitales pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social, de manera que se excluyen los hospitales del sector privado. La estimación tiene un período de 5 años, del 2010 al 2015, y el año 2009 se utiliza como control del modelo.

Resultados: Se obtiene el comportamiento de la demanda futura por servicios hospitalarios, dadas las diferencias entre las redes entre los hospitales nacionales, los regionales y los periféricos; en donde los hospitales nacionales presentan una mayor distancia con la masa de población debido a que los tres hospitales se encuentran en el centro del país y con poca distancia entre ellos y además presentan una mayor capacidad resolutive. Se obtienen un ordenamiento para la accesibilidad, rangos de necesidad, ordenamiento de población y rangos de población.

Conclusiones: Uno de los problemas que puede estar presentando los resultados es que no se contemplan dos violaciones, la primera la redes de pertenencia y segundo, a la ruta crítica establecida para la atención. Además, el modelo no toma en cuenta factores culturales y sociodemográficos que intervienen en la utilización de servicios hospitalarios.

Innovación y cambio organizativo en la atención sanitaria

Moderadora: Victoria Serra-Sastre

P-105. ANÁLISIS DE COSTES PARA UN PROCEDIMIENTO DE TELEDERMATOLOGÍA DIFERIDA, STORE-AND-FORWARD

J.C. Bayón, E. Orruño y J. Asúa

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Objetivos: El ánimo de este estudio fue llevar a cabo un análisis de costes de un procedimiento de teledermatología diferido (*store-and-forward*) comparado con la teledermatología convencional cara a cara.

Métodos: El estudio se llevó a cabo entre el departamento de dermatología de un hospital terciario y un centro de atención primaria de salud en el País Vasco. Los costes directos asociados con el servicio de teledermatología son: la consulta de atención primaria, el tiempo dedicado por el personal médico, el software de teledermatología, equipos de fotografía y cursos de fotografía impartidos a los médicos de atención primaria. Los costes directos de la exploración dermatológica convencional son: los costes de la consulta de atención primaria y de la consulta de atención especializada. Los costes indirectos e intangibles no se consideraron para el análisis. Se realizó un análisis de sensibilidad para probar la fiabilidad de los resultados del análisis de costes. Se adoptó la perspectiva del financiador del sistema de salud.

Resultados: Los resultados de los análisis de costes muestran que los costes totales medios por paciente son de 110,19 € y 169,86 € para teledermatología y la atención convencional, respectivamente. Teniendo en cuenta que 1.263 pacientes fueron remitidos para las consultas dermatológicas en el año anterior, el costo total fue 75,364.82 € menos costoso para el procedimiento de teledermatología en comparación con la atención habitual. Los resultados de los

análisis de sensibilidad muestra que el costo total de teledermatología es todavía 39,884.62 € más barato que el de la atención convencional.

Conclusiones: Según el análisis de costes, la teledermatología diferida es menos costosa que la atención dermatológica convencional con un 35% de reducción de costes. Nuestros resultados muestran que en un sistema de salud, como el nuestro, que está bien equipado con redes de telecomunicaciones, la teledermatología diferida puede constituir una opción viable que aporte un ahorro sustancial para los proveedores de salud. Sin embargo, además de los resultados económicos, otros aspectos importantes tales como, la satisfacción del paciente y la aceptación de la nueva tecnología por los médicos de primaria y dermatólogos deben tomarse en consideración antes de su la difusión a gran escala de en el sistema sanitario.

P-106. COST EFFECTIVENESS OF “PILL IN THE POCKET” STRATEGY FOR PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION COMPARED TO HOSPITAL-BASED ADMINISTRATION OR CONTINUOUS DRUG ADMINISTRATION OR CONTINUOUS DRUG THERAPY

C. Martín Saborido, J. Hockenhull, A. Bagust, A. Boland and R. Dickson

Liverpool Review and Implementation Group, University of Liverpool.

Objectives: To summarise the results of the clinical and cost effectiveness literature describing the Pill in the pocket (PiP) approach for the treatment of patients with paroxysmal atrial fibrillation (PAF). To develop an economic model to assess the cost effectiveness of PiP compared with conventional treatment.

Methods: Electronic searches were conducted to identify clinical and cost effectiveness evidence describing the use of a PiP strategy for the treatment of PAF. A Markov model was constructed to examine differences between three PAF strategies (PiP, AAD and IHT) in terms of cost per quality adjusted life year (QALY). The three PAF strategies have the same five health states: 1. Normal sinus rhythm (NSR) 2. Persistent/chronic atrial fibrillation (CAF). 3. Post-stroke without CAF. 4. Post-stroke with CAF. 5. Death state. The economic evaluation has been undertaken from an NHS and Personal Social Services perspective. The model has been developed with a cycle length of one year and is simulated for the remaining lifetime of all patients.

Results: The search strategies for clinical studies identified 201 randomised controlled trials (RCTs). None of the identified RCTs compared PiP with any other treatment for PAF. No relevant studies were identified by the search for ongoing trials. Twelve of 201 were deemed to be relevant to the decision problem as they included drugs used to treat PAF; summary data were abstracted from these studies in order to inform the development of the economic model only. One additional study was identified that had informed the evidence considered in the “National Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation in Primary and Secondary Care” developed by the National Collaborating Centre for Chronic Conditions in 2006. The model results indicate that the PiP strategy is slightly less effective than the other two strategies but also less costly (ICER of £45,916 per QALY when compared to AAD £12,424 per QALY when compared to IHT). The one-way sensitivity analyses (SA) performed do not show substantial changes in relative cost effectiveness. The probabilistic sensitivity analysis (PSA) demonstrates how close the three strategies are to each other and the uncertainties in the data. All conclusions need to be considered in relation to these uncertainties.

Conclusions: PiP strategy seems to be slightly less effective (i.e. fewer QALYs gained) than AAD and IHT but is associated with cost savings. There is insufficient evidence to support a recommendation for the use of PiP strategy in patients with PAF.

P-107. EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA SIN INGRESO EN LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

M. Sáez, C. Sais, A. Junoy y M. Soler

IASIST.

Objetivos: El objetivo es estimar la evolución temporal de la cirugía sin ingreso de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el análisis de las estancias evitadas como proxy del ahorro en el consumo de recursos.

Métodos: Estudio longitudinal (años 2004 a 2008) de 106 hospitales del SNS. La fuente básica de información para el análisis de los resultados fue el conjunto mínimo de básico de datos (CMBD-H). En este trabajo se presentan las tasas de sustitución (TS) de cirugía sin ingreso, así como las estancias evitadas de los 20 procedimientos quirúrgicos (en su mayoría a los publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008) más frecuentes, en términos de volumen de cirugía sin ingreso. Para la estimación de las estancias evitadas se han calculado las estancias consumidas en las altas ingresadas “con los procedimientos”.

Resultados: Los procedimientos de análisis representaron un 58% del total de casos de cirugía sin ingreso en 2004 y un 43% en 2008. La TS global en 2004 fue de 58,4% y 64,9% en 2008, un aumento del 6,5%. La TS de los procedimientos seleccionados, variaba entre un 97,2% y un 37,2% en 2004, y entre un 98,9% y un 45,8% en 2008. Las variaciones interanuales estaban comprendidas entre un mínimo de 1,7% y un máximo de 24%. Se ahorraron un total de 438.864 estancias en el año 2004, (1.202 camas/año) y 493.520 en 2008 (1.352 camas/año), un aumento del 12,5% de estancias evitadas en el último año. El aumento de la TS a lo largo de los años se acompañó de una disminución de la estancia media de los episodios hospitalarios en 18 de los 20 procedimientos seleccionados. Las disminuciones de la estancia media variaban entre un 0,5% y un 20,1%. Los hospitales generales y comarcales presentaron TS más elevadas, respecto a los hospitales de referencia en algunos procedimientos como la circuncisión o la miringotomía con inserción de tubo. Este efecto se observó en todos los años del estudio para estos procesos. De forma contraria, la reparación de hernia inguinal o bunionectomía y otras correcciones de hallux valgus, mostraron TS superiores en hospitales con especialidades de referencia durante todo el periodo.

Conclusiones: El avance en nuevas tecnologías y la búsqueda de una gestión más eficiente incita que los procesos que permiten la ambulatorización se potencien en las organizaciones sanitarias. El cálculo de estancias evitadas nos da una idea clara de la mejora obtenida, en términos de coste de oportunidad, al disponer de camas para otros pacientes que están en urgencias esperando un ingreso adecuado.

P-108. GESTIÓN DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA INDEPENDIENTE

M. Planells Roig, M. Cervera Delgado, A. Sanahuja Santafe y R. García Espinosa

ICAD Instituto de Cirugía General y Aparato Digestivo, Clínica Quirón, Valencia.

Objetivos: Analizar la implementación de un proceso quirúrgico en el ámbito de una unidad de cirugía independiente sin infraestructura de UCSI/UCMA tras la modificación del proceso hasta transformarlo en ambulatorio.

Métodos: Estudio prospectivo observacional desde el año 1997 al 2007, analizando como principales medidas de resultados el índice de ambulatorización, la tasa de ingresos no planeados, el porcentaje de ingresos en hospitalización y los resultados de los controles de calidad establecidos para evaluar la calidad del proceso (calidad científico técnica y calidad percibida).

Resultados: A lo largo de los 10 años del estudio el porcentaje de estancia overnight ha variado desde un 74,3 a un 4,9%. El porcentaje de ingresos no planeados ha evolucionado de un 77,1 a un 8,2%. Los controles de calidad han demostrado morbilidad inferior al procedimiento tradicional con ingreso y una aceptación del proceso en su forma ambulatoria del 75% (análisis de 400 encuestas realizadas tras pasar la curva de aprendizaje).

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica ambulatoria supone un nuevo gold standard en el proceso colecistectomía, cuya implementación precisa de una curva de aprendizaje y una continuidad en el análisis de resultados a fin de determinar los factores predictivos de ambulatorización y poder ejecutar acciones que corrijan dichos factores a fin de maximizar el porcentaje de ambulatorización del procedimiento.

P-109. LA GESTIÓN CLÍNICA EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

A. Suárez Arjona, P. Viciano Fernández y J. Pachón Díaz

UCEIMP, HHUU Virgen del Rocío.

Objetivos: La filosofía que ha regido durante los últimos 11-12 años de Gestión Clínica se basa en la potenciación de la autonomía de los profesionales para acometer los desafíos que supone una atención integrada, moderna, eficiente y de calidad.

Métodos: Para la autorización de una Unidad de Gestión Clínica (UGC) es necesaria la presentación de: a) Proyecto que incluya: 1. Misión: La función general que desempeñará la UGC. Permite comprender las razones que llevan a su creación. 2. Los valores y expectativas de los profesionales. 3. Cartera de Servicios: Tanto los servicios asistenciales o clínicos, como los docentes y científicos. 4. Cartera de clientes: Pacientes y clientes internos y externos. 5. Estructura y organización: Deben incorporar todos los recursos necesarios para el desarrollo de su actividad y cumplimiento de objetivos. La compondrán profesionales sanitarios y no sanitarios y estará dirigida por un Director de UGC. 6. Propuesta de las necesidades de plantilla, de recursos de infraestructura, etc. 7. Iniciativas y objetivos asistenciales, docentes y científicos. b) Acuerdo de gestión anual: objetivos referentes a: Área asistencial. Docencia. Investigación. c) Gestión de presupuestos: el director de la UGC acordará los presupuestos asignados a su Unidad para la firma del acuerdo en: Capítulo I: Personal. Capítulo II: Fungibles. Capítulo IV: Farmacia. Capítulo VI: Inversiones. Costes de estructura. Uso de tecnologías complejas.

Resultados: La misión específica de la UCEIMP se concreta en: 1. El diagnóstico, tratamiento y prevención de las Enfermedades Infecciosas. 2. La elaboración de la Política de Antibióticos del Hospital y del área hospitalaria. 3. La realización de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales. 4. La docencia pre- y post-graduada en Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva y Salud pública y en los programas de Formación Continuada de todos los profesionales. 5. El desarrollo de Líneas de Investigación en las Enfermedades Infecciosas. Los valores de la UCEIMP estarán orientados hacia: 1. La excelencia en la asistencia sanitaria. 2. La consideración del ciudadano como centro del sistema. 3. La continuidad asistencial como dimensión esencial de la calidad. 4. La innovación. 5. La cooperación entre los niveles asistenciales y el trabajo en equipo. 6. La orientación hacia la mejora continua de la calidad. 7. La defensa del Sistema Sanitario Público.

Conclusiones: Las Unidades de Gestión Clínica son una manera de organizar el trabajo con el objetivo fundamental de dar respuesta a las necesidades de los pacientes. En ellas tienen cabida todas las categorías y estamentos. Pueden incluir uno o más Servicios y su desarrollo no implica la desaparición de éstos.

P-110. APLICACIÓN Y PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DEL MODELO EFQM A LA GESTIÓN CLÍNICA

M.D. García Sánchez, M.R. García Sánchez, T. Gómez Cía y F.J. Torrubia Romero

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; Universidad Carlos III.

Objetivos: En 1997, el Plan Estratégico del SAS trasladaba responsabilidades a los profesionales, otorgándoles mayor autonomía en la gestión. Se puso en marcha un nuevo modelo de gestión convirtiéndose las Unidades de Gestión Clínica (UGC) en el modelo organizativo adoptado por el SSPA para la mejora de la calidad en los centros sanitarios. En 2009, con 781 UGC (más de 50.000 profesionales), se declaró que todos los servicios clínicos han de incorporarse a este modelo organizativo. Desde 1998, HHUU Virgen del Rocío se comprometió con este proyecto, autorizándose entonces la 1ª UGC. Para la incorporación de todas unidades a la gestión clínica creemos imprescindible tener una guía de referencia que facilite el tránsito al modelo de UGC, siendo su desarrollo el objeto fundamental de nuestra propuesta.

Métodos: Los años de experiencia en gestión clínica nos llevaron a reflexionar sobre el proceso de desarrollo de UGC. Este hecho coincidió en 2009 con la presentación de la UGC "Cirugía Plástica y Grandes Quemados" (desde 2003) al Premio Andaluz a la Calidad de los Servicios Públicos (pendiente de fallar). Analizando su evolución, sus logros y cómo los ha conseguido, enmarcamos cada una de sus acciones en los 9 criterios del modelo EFQM. Ello nos llevó a utilizar ese trabajo como guía para asistir a las UGC, facilitando su desarrollo y aprovechando lo aprendido durante estos años.

Resultados: Un modelo para las UGC, adaptado del EFQM, en el que para cada criterio y subcriterio de éste último, se establecen recomendaciones para las UGC con objeto de que su funcionamiento sea excelente, utilizando los instrumentos y herramientas del SSPA para la mejora de la calidad. Esas recomendaciones están alineadas con los objetivos institucionales y los pactados en los Acuerdos con la Dirección del centro.

Conclusiones: No basta con firmar acuerdos de objetivos basados en la mejora de la calidad y cumplirlos. Nuestra propuesta va más allá y pasamos del "qué" al "cómo". El modelo de gestión y calidad del SSPA requiere una cultura donde entre los factores clave de éxito se encuentran: liderazgo, planificación y estrategias, motivación de los profesionales, gestión de los procesos integrales de salud, trabajo en grupos multidisciplinares, satisfacción de expectativas de pacientes y personal, uso adecuado de recursos y alianzas con otros grupos de interés... Esos factores, que aparecen en las dimensiones explícitas en los Acuerdos, se corresponden con los criterios del modelo EFQM. Por ello, creemos que nuestra propuesta facilita el tránsito al modelo de gestión clínica y puede servir de guía para las nuevas UGC de HHUU Virgen del Rocío y otros centros del SSPA y constituir un modelo de referencia en otras comunidades autónomas.

P-111. GESTIÓ DE LA DEMANDA URGENT HOSPITALÀRIA

C. Palmer i X. Fosch

Fundació Hospital Son Llàtzer; Servei de Salut de les Illes Balears Ibsalut.

Objectius: Estudi descriptiu i analític de la qualitat en la demanda i gestió de l'assistència urgent en l'àmbit hospitalari del Sector Mitjorn de Mallorca durant el període de 2009. Identificar els problemes que es deriven en la gestió, correlacionant-los amb els seus recursos i tenint en compte el seu perfil poblacional. Amb la finalitat de cercar solucions i àrees de millora i disminuir els costos sanitaris. Definirem àrees de millora per tal de plantejar propostes en la gestió de la urgència hospitalària i evitar saturar l'Hospital.

Mètodes: Em seleccionat una mostra representativa de la demanda d'assistència a Urgències N = 109.344 a Mallorca, de l'Hospital Son Llätzer, durant el període temps de l'any 2009. Hem realitzat una anàlisi retrospectiva sobre la mostra d'estudi basant-nos en la seva catalogació des de el triatge que es fa al centre hospitalari. Em valorat el grau i intensitat de l'urgència així com el nombre d'ingressos i els pacients que són donats d'alta. Em considerat com a Urgència el nivell de SEMES (Nivell I, II, III) i com a no Urgent els (nivells IV i V).

Resultats: En base al nostre criteri de selecció d'urgències valorem que el 58,09% de la patologia que acudeix a urgències és "No Urgent". El 41,91% ho considerem com "Urgent" a més tenint en compte que només s'ingressa un 12,5% de la patologia urgent i la resta serà donada d'alta a domicili. Igualment el fet de que un 22% de la patologia urgent amb caràcter emergent (Nivell I i Nivell II) ingressa a l'Hospital avala aquesta hipòtesi. Valorem el nivell de triatge per especialitat conclouem que les urgències pediàtriques són majoritàriament, catalogades com a No Urgents (el 71% dels casos) al nostre estudi, al cas de les Urgències generals els resultats de No urgents representen el 56%. En les urgències psiquiàtriques descrivim com el 68% de l'assistència està catalogada per triatge com a Urgent. La major part de les urgències es resolen dins el mateix episodi, donant per finalitzada l'atenció com a curació o milloria del motiu de consulta, podríem concloure que inicialment la resolució és efectiva i eficient. El paràmetre fuga e incomparecència al triatge (2,94%) ens reflexa probable de la importància o del grau del volum de la patologia no urgent que acudeix a urgències.

Conclusions: La majoria de la població que acudeix a urgències hospitalàries és no Urgent. La població que va a Urgències acudeix per pròpia petició, sense haver passat per Atenció Primària. Un 12% de les Urgències finalitzen el procés amb un ingrés. La falta d'us d'Atenció primària encareix el procés assistencial de l'atenció Urgent, ja que es sobre carreguen els recursos hospitalaris augmentant el seu despesa. Presentem una sèrie de mesures intervencionistes per intentar millorar la situació present.

P-112. EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, P. González de la Flor, J.L. Ruiz Arranz y L. Palma Zamora

Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Universidad de Granada; Hospital Ciudad de Jaén; Hospital Comarcal Serranía de Ronda.

Objetivos: La artroplastia total de cadera (ATC) constituye uno de los procedimientos ortopédicos más exitosos de las últimas décadas, cuyo objetivo es aliviar el dolor, mejorar la función, y especialmente, la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera. La introducción de técnicas mínimamente invasivas para el reemplazo total de cadera ha desencadenado nuevos debates acerca de sus beneficios y riesgos. El principal objetivo de esta revisión es determinar la efectividad de la artroplastia total de cadera con cirugía mínimamente invasiva en comparación con el abordaje tradicional.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en relación con la técnica quirúrgica mínimamente invasiva para la artroplastia total de cadera. El ámbito de la búsqueda se centró en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, Economic Evaluation Database, CSIC/EMI-Biomedicina y ScienceDirect Collection. El periodo de búsqueda se limitó a los años 2003 a 2009. La selección de artículos se hizo en una primera etapa mediante lectura del resumen del artículo y la selección final se realizó tras la lectura del texto completo.

Resultados: Inicialmente se obtuvieron 65 estudios, de los que 48 se seleccionaron para una evaluación detallada, y 27 fueron incluidos finalmente en la revisión. Los resultados de esta revisión se presentan en dos secciones. La primera presenta las principales características descriptivas de los estudios seleccionados en favor de la técnica mínima-

mente invasiva (19), y la segunda incorpora los estudios desfavorables (8). Entre los principales beneficios identificados en los artículos podemos encontrar una disminución de las necesidades de transfusión, una mejor movilización y rehabilitación, baja dislocación, menor tiempo operatorio, estancia hospitalaria más corta, menor daño de los tejidos blandos y mejores resultados a corto plazo. De otro lado, los principales inconvenientes son el aumento del riesgo de complicaciones, malposición de prótesis, problemas de cicatrización, e irrelevante tamaño de la incisión y funcionalidad.

Conclusiones: Los estudios presentados en esta revisión muestran pruebas objetivas del impacto de la cirugía mínimamente invasiva sobre la efectividad en relación con los resultados funcionales, la estancia hospitalaria y la agresividad quirúrgica de esta intervención. En este sentido, encontramos un mayor número de estudios homogéneos en términos de efectividad que apoyan la cirugía mínimamente invasiva que de estudios que enfatizan las complicaciones y los inconvenientes de esta técnica.

Gestión sanitaria y económica

Moderadora: Sandra García Armesto

P-113. IMPACTO ECONÓMICO DEL GASTO E INVERSIÓN EN SANIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA VASCA EN LA CAPV. 2008

I. de Pablos Vaca, I. Gaviña Santamaría, C. Hierro Sarabia, R. Martínez de Morentín Rebolé, A. Jiménez de Aberasturi Corta, et al

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Objetivos: Estimar el impacto económico del Gasto e Inversión en Sanidad inducido por la Administración Pública Vasca en el año 2008, medido en términos de PIB y empleo en la CAPV, así como la generación de ingresos para las Haciendas Vascas. Los datos se obtienen para el conjunto de la CAPV y por territorio histórico.

Métodos: La estimación del impacto económico se basa en el marco metodológico Input-Output. Este marco permite obtener los efectos sobre distintas magnitudes producidos por la demanda final dirigida a distintos sectores de la actividad. Se incluirán los gastos corrientes y la inversión realizada como consecuencia de las actividades del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Se han depurado los datos al objeto de obtener el gasto e inversión generado por proveedores del País Vasco. Mediante las tablas Input-Output de la economía (EUSTAT) se van a traducir estos conceptos en términos de PIB y Empleo. Este cálculo de impacto se realiza en base a multiplicadores específicos de cada sector y agregado económico.

Resultados: Gasto inducido por el Departamento de Sanidad: 3.284,6 millones de euros. – Gasto corriente. 3.140,7 millones de euros. – Inversión: 143,9 millones de euros. Gasto de otros agentes inducido por la Sanidad Pública Vasca: 130,1 millones de euros. Gasto total: 3.414,7 millones de euros. Impacto económico en la CAPV. – Impacto en PIB: 2.501,3 millones de euros (3,66% del PIB total). – Impacto en Empleo: 48.583 empleos (4,7% del empleo total). – Generación de Ingresos para la Hacienda Pública Vasca (IVA, IRPF, IS): 544,1 millones de euros (5,2% de la recaudación total). – En términos comparativos con otros sectores de actividad, el impacto generado por la sanidad vasca representó más del doble del PIB de la industria de la alimentación en el año 2008, cerca de 5 veces más que la industria química y prácticamente el mismo PIB que el sector de la Educación en la CAPV.

Conclusiones: Por medio de este estudio se llega a la conclusión de que el gasto sanitario además de contribuir a la mejora de la salud de

la población y de su calidad de vida, es un elemento muy importante en la generación de desarrollo económico, que es importante conocer y transmitir al resto de la sociedad. Así mismo se estima conveniente conocer aquellos sectores más favorecidos, al objeto de establecer acuerdos de colaboración a largo plazo.

P-114. ANÁLISIS DE LA RENTABILIDAD Y ENDEUDAMIENTO DE LOS HOSPITALES PRIVADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J. Giner Rubio, I. Abásolo Alessón y R. Lorenzo Alegría

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales; Universidad de La Laguna.

Objetivos: Analizar la estructura financiera de las empresas del sector hospitalario privado por comunidades autónomas, calculando los principales ratios financieros y estudiando el grado de rentabilidad y de endeudamiento de las mismas.

Métodos: Se calculan los principales ratios financieros para el agregado de empresas hospitalarias españolas en el período 1998-2004 por comunidades autónomas. Los datos utilizados proceden de la base de datos SABI, donde se han seleccionado 227 empresas de actividades hospitalarias en el territorio español, utilizando como censo de hospitales todos los registrados en el Catálogo Nacional de Hospitales 2006.

Resultados: La rentabilidad económica del agregado nacional presenta un valor promedio de 2,5% en el periodo de estudio 1999-2004, aproximadamente oscila entre el 2% y el 3%. Las comunidades que presentan un mayor promedio de rentabilidad económica son Murcia, Andalucía y Canarias, las tres con rentabilidades por encima del doble de la rentabilidad promedio. Los fondos propios han perdido peso en la estructura del pasivo, aumentando la financiación mediante recursos ajenos, y el endeudamiento de estas empresas ha aumentado desde el 50% en 1998 hasta el 60% en 2004. También se observa que las comunidades más endeudadas son las que peores resultados obtuvieron en el ranking de rentabilidad económica, Cataluña encabeza la lista con un ratio promedio de 74% para el periodo de estudio, le sigue Extremadura con el 65% y La Rioja con el 63%.

Conclusiones: De igual forma que el porcentaje de camas privadas es mayor en Cataluña, Baleares y Canarias, los ingresos de explotación per cápita también son mayores en estas comunidades. Sin embargo, entre los principales ratios del agregado de las empresas hospitalarias se encuentran importantes diferencias entre comunidades autónomas. Son diversas las causas que pueden explicar estas divergencias, y en este trabajo se proponen distintas razones para justificar la mayor o menor presencia de hospitales privados en una comunidad autónoma, así como su relación con los diferentes ratios financieros encontrados.

P-115. MEDIDAS TRIBUTARIAS INCENTIVADORAS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIAL

S. Pedrol Peris y C. Loran Constans

Unió Catalana d'Hospitals.

Objetivos: Analizar la posibilidad de establecer reformas y medidas de carácter tributario en el sector de actividades sanitarias y sociales con el objetivo de: – Reducir su carga fiscal, y especialmente la imposición indirecta. – Primar las entidades que realicen estas actividades, en tanto que prestadoras de un servicio de interés general, pero también sin olvidar su carácter de motor de la economía del país. – Incentivar la utilización de sistemas asistenciales de carácter privado alternativos a la provisión de servicios públicos, como medida de reducción de la presión de la demanda.

Métodos: Mediante el análisis de la legislación actual se han establecido cinco tipos de impuesto que afectan las actividades sanitarias y sociales: Impuestos sobre Sociedades, Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas, Impuestos sobre el Valor Añadido, Impuesto sobre Bienes Inmuebles e Impuesto sobre Actividades económicas. A partir del estudio de las leyes que sustentan estos impuestos se han elaborado propuestas de modificación legislativa para reducir la carga fiscal de las actividades sanitarias y sociales y por tanto incentivarlas y favorecer su sostenibilidad.

Resultados: Algunas de las propuestas son: En el Impuesto de Sociedades, bonificaciones de los rendimientos de ciertas actividades, deducciones por realización de inversiones y exenciones por reinversión de beneficios. En el Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas, deducción de la cuota por gasto en enfermedad y asistencia a personas dependientes. En el Impuesto sobre Valor Añadido, aplicación de un tipo superreducido en la compra de bienes y prestaciones de ciertas actividades. En el Impuesto sobre Bienes Inmuebles, exención de edificios. En el Impuesto de Actividades Económicas, exención de determinadas actividades asistenciales.

Conclusiones: Existen actualmente varias líneas de diálogo que permiten plantear propuestas coherentes y sostenibles a fin de incentivar fiscalmente el sector sanitario y social.

P-116. ANÁLISIS DE FÓRMULAS DE GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE INVERSIONES EN LOS CENTROS SANITARIOS Y SOCIALES

S. Pedrol Peris y C. Loran Constans

Unió Catalana d'Hospitals.

Objetivos: El entorno normativo en materia de endeudamiento del sector público restringe el uso del mecanismo tradicional de la administración para financiar sus inversiones. A la vez, por diversas razones, se da una demanda creciente de servicios sanitarios y sociales, la cual requiere inversiones para dotar el sistema público de infraestructuras adecuadas. Mediante el desarrollo de las fórmulas o mecanismos que se detallan en el informe, es posible que, con la colaboración entre entidades públicas y privadas se puedan realizar las inversiones necesarias y su posterior gestión, sin limitar la capacidad de endeudamiento de la administración.

Métodos: Mediante el análisis de la legislación actual y varias experiencias reales, se concretan una serie de posibles instrumentos y entes instrumentales que ofrecen fórmulas de gestión y financiación de inversiones en este nuevo entorno. Se explican estas fórmulas y se analizan posibles aplicaciones, sus puntos fuertes y sus debilidades.

Resultados: Los instrumentos a considerar los siguientes: – El compromiso plurianual de gasto, que comporta el otorgamiento de un compromiso de aportación futura de subvención o de fondo patrimonial, la capitalización de los cuales permite la financiación de la inversión. – La Constitución de derechos de superficie, que es un derecho real limitado sobre una finca que atribuye temporalmente la propiedad de las construcciones que incluye. El derecho lo otorgaría la administración para la construcción y la explotación de un equipamiento asistencial. Terminada la vigencia del derecho, la propiedad de los bienes revierte a la administración. – Un contrato de concesión de obra pública, por el cual la administración encarga a un concesionario, durante un plazo concreto, la construcción y explotación de unas inversiones. – Un contrato colaboración público-privada. Encargo a un contratista la realización global e integrada de una inversión y de su financiación y los suministros necesarios para la prestación de los servicios. – El renting inmobiliario, arrendamiento operativo con una empresa especializada de un bien inmueble, concluido el cual se puede ejercer una opción de compra sobre el mismo.

Conclusiones: Los entes instrumentales a considerar son los siguientes: Consorcio local, entidades públicas empresariales, socieda-

des mercantiles de capital público, fundación privada del sector público, sociedad de capital mixto.

P-117. ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO DE LA INTERNALIZACIÓN DE PRODUCTOS INTERMEDIOS DE MEDICINA NUCLEAR

C. Capdevila Aguilera, R. Moreno Fuentes, B. Ortiga Fongivell, A. García Díaz, A. Salazar Soler, et al

Hospital Universitari de Bellvitge; IDIBELL.

Objetivos: Valorar el coste-beneficio al realizar una inversión en la adquisición de una gammacámara unida a la internalización de las pruebas diagnósticas actualmente derivadas.

Métodos: Análisis coste-beneficio (ACB), valorando los beneficios de la decisión de realizar la inversión en la adquisición de una gammacámara, permitiendo una comparación directa entre los costes y los resultados de la que resulta el cálculo del beneficio. Se ha valorado el actual equipamiento, su obsolescencia, nivel de utilidad y el coste actual de derivación a otros proveedores externos vs la adquisición de un nuevo equipamiento y el proceso de internalización de las pruebas diagnósticas. Las variables de coste analizadas son: productos intermedios derivados a otras organizaciones/proveedores externos (internalización), gastos de personal, inversión en el equipamiento, consumibles y mantenimiento. Adicionalmente se hacen consideraciones de tipo productivo y mejora potencial de la eficiencia derivada de la versatilidad, accesibilidad, garantía adicional, compatibilidad con el actual equipo, el mantenimiento y las prestaciones de la nueva gammacámara.

Resultados: La internalización de Producto Intermedio de Medicina Nuclear generada en Atención Primaria genera un ahorro anual de pruebas a proveedores externos de 509.831 €, según datos 2008. El proyecto genera la necesidad de crear una estructura productiva de tarde, con incremento de personal y con un coste de 317.871 €; Aumento del consumo de los fungibles, con coste acumulado de 73.000 € año. Los costes indirectos se estiman en 20.000 €. El coste total del proyecto se sitúa en 410.871 €. El balance resultante supone un ahorro de 98.960 € anuales. En cuanto al efecto financiero, dada la imposibilidad de facturación interna AP-HUB, provoca una mejora de la cuenta de pérdidas y ganancias de la AP, y una peor situación en la del hospital, aunque el efecto consolidado/territorial sería positivo. Analizando los cash-flows generados obtendríamos una rentabilidad interna del proyecto (TIR) del 11 %, recuperando la inversión en el sexto año, y suponiendo una tasa de descuento del 2 % obtendríamos un valor actual del proyecto de 251.661 €, considerando un período de 10 años. Asistencialmente mejora la accesibilidad, dado que la mayoría de pacientes beneficiarios son de los centros de AP cercanos al Hospital, y el confort, debido a una mejor ergonomía del aparataje.

Conclusiones: La internalización de productos intermedios se objetiva como una medida coste efectiva y además supone una mejora asistencial a nivel territorial.

P-118. USE OF PRICE LISTS FROM SPANISH AUTONOMOUS COMMUNITIES FOR ECONOMIC EVALUATIONS IN SPAIN

E. de Cock, M. Raluy and J. Rovira

United BioSource Corporation; United BioSource Corporation; Universitat de Barcelona.

Objectives: There exists no costing guideline or a standardised list of unit costs for use in economic evaluations in Spain. Tariffs for reimbursement purposes are often used as a proxy for costs in economic evaluations. After decentralization of health competences, every Au-

tonomous Community (AC) publishes its own tariff list. Our aim was to explore the contents of price lists to compare prices for common resource use items and reflect on their use in economic evaluations.

Methods: We selected most recently available price lists published in the Official Bulletin (Boletín Oficial) from all 17 ACs in Spain. We extracted prices for key health services in the following categories: specialist visits (primary care, ambulatory), per diem hospitalisation, A&E visit, investigations, procedure, lab tests, and episodes of care (DRGs). We looked at qualitative information of the items and used descriptive statistics (mean and range) for prices.

Results: All tariff lists state to represent public prices for the provision of health care services within the respective AC. The key observation has been the lack of consistency in the structure of the lists and the pricing levels, as exemplified by: 1. different categorisation of services; 2. the terms used for a given item sometimes differ due to a lack of standardisation; 3. different level of detail for common services with varying number of options. MRI ranged from 2 to 127 price options with codes differentiated by body area, complexity (single/double/triple) or a mix of both; 4. incomplete listing of items; 5. important differences in prices, e.g. subsequent specialist visit ranging from 31 € to 110 €, hospital stay in a general ward ranging from 108 € to 560 €, or simple MRI ranging from 120 € to 634 €. Wide variations were also observed for other diagnostic investigations, (non-)surgical procedures, and lab tests. A complete list of DRG episode costs is included in 6 ACs only, a partial list in two, and a selection of surgical procedures in the remaining ACs. Prices vary widely across ACs with for e.g. "Cardiac transplant" ranging from 70,914 € to 124,685 €, among other important differences observed for randomly selected DRGs.

Conclusions: Regional prices constitute an important primary source when conducting economic analyses from the national or NHS perspective. However, AC price lists need to be used with caution as resource items are not consistent and prices may widely differ. For items with a wide price range, selection of either a low or a high price may have significant impact on base case results. A costing manual or guideline would be useful to standardise the way in which unit costs are selected and used to increase comparability and overall quality of economic evaluations in Spain.

P-119. LA CONCESIÓN SANITARIA ADMINISTRATIVA: UTILIDAD ESTRATÉGICA MEDIANTE LA METODOLOGÍA DAFO

R. Calero y M.G. Gallarza

Universidad Católica de Valencia; Universidad de Valencia.

Objetivos: A partir del lema de las presentes Jornadas "Servicios Sanitarios ¿cuáles? ¿para quién? ¿cómo?", nos acercamos a ese "cómo" para estudiar una figura organizativa en la que la provisión (el cómo ofrecer ese servicio sanitario) se realiza a través de la iniciativa privada, aunque la financiación, el control y la propiedad sigan siendo públicos. Nos referimos a la Concesión Sanitaria Administrativa, un modelo de gestión sanitaria de enorme y controvertida actualidad.

Métodos: Revisión de la literatura de gestión sanitaria para describir la figura de la Concesión con sus características esenciales así como su entorno, y proveer un Análisis DAFO con el que identificar elementos clave, tanto para su análisis como servicio particular como para su gestión estratégica en un entorno competitivo. El Análisis DAFO es una metodología de estudio de la situación competitiva de una organización en su entorno y de las características internas de la misma.

Resultados: La categorización de las particularidades de la figura de la Concesión Sanitaria Administrativa en una matriz 2 × 2, (Externo vs Interno y Positivo vs Negativo), ha dado lugar a una matriz DAFO de la que resultan, entre otras: – Oportunidades (externo y positivo): enve-

jecimiento de la población; aumento de enfermedades crónicas y degenerativas; pacientes más informados y exigentes demandan mayor calidad; sector complejo que requiere flexibilidad en su gestión; fundamentación jurídica... – Amenazas (externo y negativo): relevancia de la relación profesional/paciente; críticas de algunas fuerzas políticas; oposición sindical... – Fortalezas (interno y positivo): ventajas de la gestión privada basadas en flexibilidad de recursos y búsqueda de eficiencia; innovación en la gestión; alejamiento del modelo burocrático de producción de servicios; búsqueda de una atención más coste-efectiva... – Debilidades (interno y negativo): transferencia de inversión, gestión y riesgos de la Administración al concesionario; desconfianza del usuario ante fórmulas desconocidas; necesidad de elementos diferenciadores para obtener una ventaja competitiva; encuentro de servicio de máxima criticalidad...

Conclusiones: La concesión es un modelo de gestión sanitaria que permite competir en un marco regulado aumentando la eficiencia y la flexibilidad de recursos, aunque su naturaleza y regulación no están exentas de dificultades y amenazas. En definitiva, se favorecen las sinergias entre sector público y privado con las que obtener una provisión de servicios sanitarios de mayor calidad y menor coste, considerando al paciente como el eje de su actividad y tratando de frenar el rechazo del usuario ante una fórmula en la que es partícipe la iniciativa privada.

P-120. EVOLUCIÓN DEL COSTE POR PATOLOGÍAS EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS (UFPE) EN UN DEPARTAMENTO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

N. Pérez Prior, A. Rocher Milla, E. Soler Company, R. Olivares Pallerols y A. Roca Montañana

Servicio de Farmacia. Hospital Arnau de Vilanova.

Objetivos: Determinar la evolución del coste/paciente de las patologías más relevantes en el gasto total anual registrado en la UFPE del Servicio de Farmacia del Departamento de Salud Valencia Arnau de Vilanova-Liria.

Métodos: Estudio retrospectivo de cinco años de duración (2005-2009), en el que se han seleccionado aquellas patologías que por su coste farmacéutico superan el 10% del consumo total anual. Los datos analizados se expresarán en coste/año/paciente.

Resultados: El coste del tratamiento administrado a los pacientes ambulatorios para las siguientes patologías: artritis, anemias, neutropenia, espondilitis anquilosante, esclerosis lateral amiotrófica e infección por SARM, no ha presentado cambios. Su consumo ha permanecido estable durante el periodo de estudio. Sin embargo, hay 9 patologías que destacan por la fluctuación en su coste, éstas son: hepatitis B, enfermedad de Parkinson avanzada, psoriasis, mieloma múltiple, esclerosis múltiple, hipertensión pulmonar, anemia postquimioterapia, hepatitis C e infección por VIH. La evolución coste/año/paciente/patología ha sido la siguiente: – Hepatitis B: de 1.424 € a 3.119 €. – Mieloma múltiple: de 2.041 € a 5.244 €. – Esclerosis múltiple: de 9.517 € a 10.352 €. – Psoriasis: de 8.027 € a 11.013 €. – Hipertensión pulmonar: de 6.041 € a 13.587 €. – Enf. de Parkinson: de 3.373 € a 16.830 €. – Anemia postQT: de 2.181 € a 1.369 €. – Hepatitis C: de 3.801 € a 3.465 €. – Infección por VIH: de 6.413 € a 8.294 €.

Conclusiones: Mientras que, en general, se ha producido un incremento del coste/paciente debido a la inclusión de nuevas terapias, en el caso de la Hepatitis C el coste ha disminuido ligeramente debido a la gestión de compras centralizada y con lo que respecta a la anemia post-quimioterapia, por la variación en los criterios "target" en el tratamiento de esta patología. Así pues, como era de esperar, la introducción de alternativas terapéuticas más costosas en la mayoría de las patologías tratadas en la UFPE, ha supuesto un elevado impacto presupuestario sobre el monto total de dicha unidad.

Gestión económica y sanitaria

Moderadora: Amelia Yáñez

P-121. ÍNDICE DE COSTES DEL SERVICIO DE AMBULANCIAS: UN ÍNDICE ESPECÍFICO DEL SECTOR SALUD

G. Núñez Fioramonti

Facultad de Ciencias Económicas y Sociales; Universidad Nacional de Mar del Plata.

Objetivos: El objetivo fue construir un indicador que permita medir y analizar en forma continua la evolución de los precios de los bienes e insumos necesarios para un servicio sanitario específico: el traslado de pacientes en ambulancias.

Métodos: Se calculó un índice de costos con una fórmula de tipo Laspeyres. El período base es enero'07. La población de referencia son empresas prestadoras del servicio de ambulancias con operaciones en Mar del Plata, Argentina. Los bienes y servicios que son insumos para este servicio constituyen la canasta del índice. Se los clasificó y seleccionó dividiéndolos en tres grupos: Personal, Unidades móviles y Gastos de sede operativa. Quedaron excluidos: gastos en publicidad, gastos financieros e impuestos. La determinación de las ponderaciones (fijas) de los bienes y servicios de la canasta se estableció en base a representatividad de la muestra respecto del universo de servicios de traslados; exigencias contractuales de cada tipo de servicio; y recomendaciones de los responsables operativos de empresas prestadoras. Se emplearon precios promedios ponderados para: combustibles, lubricantes, neumáticos, insumos y medicamentos; para los demás promedios simples e incluso en algunos casos no fue necesario el cálculo de precios medios.

Resultados: Del total de los elementos que integran la canasta del ICESA, el 44,44% está agrupado en el capítulo Personal y representa el 69,16% del gasto del período base; el 29,63% de los elementos corresponde a Unidades móviles con el 27,8% del gasto inicial; y el 25,93% está reunido en los Gastos de sede operativa y se lleva tan solo el 3,03% de la canasta. Durante el período enero'07 diciembre'08 los precios de los elementos para la prestación del servicio de ambulancias sufrieron un aumento promedio del 58%. El desglose indica que el rubro Personal aumentó un 74,82%; el rubro Móviles el 20,8% y los Gastos Administrativos 15%. Asimismo el rubro Emergencias se incrementó 69,41%, los traslados con médico en UTIM 60,65%, el servicio con médico en ambulancia común 47,9%, el traslado sin médico 33,5% y el transporte de pacientes ambulatorios 37,97%.

Conclusiones: Quedó de manifiesto la importancia de los costos del recurso humano. Dado su peso en la estructura del ICESA, sus aumentos se trasladan al costo casi proporcionalmente. El segundo de mayor importancia lo constituyen los gastos de las unidades móviles. La elaboración de un índice aplicado al traslado de pacientes en ambulancias es un mejor indicador de la evolución de los precios de los insumos de esta actividad que los índices más generales. Ninguno de los índices comúnmente utilizados, como el IPC o el IPM, es capaz de relevar la evolución de los costos del servicio de ambulancias como lo hace el ICESA.

P-122. INTEGRATION STRATEGIES BEING THE SYSTEMS OF HEALTH OF ARGENTINA, BRAZIL

J.D. Castro and M.L. Pelegrini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objectives: The main objective was to make a first systematization of the subject that allowed to formulate proposals for the rationaliza-

tion of the resources and the organization of integration strategies/harmonization of the systems of health of Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay.

Methods: The used method was the diagnosis of the situation through bibliographical revision of the excellent subjects and the databases on the countries. Thus we identify the main elements, the developed areas of bigger demand, areas more and characterize the differences between the ways of functioning of the systems of health of the countries.

Results: The bibliographical revision on economy of the health in them took the quarrel of the concept of necessity and the importance of the public financing of the sector. The study on the situation of the countries of the Mercosul it pointed the existence of many inequalities between them, indicating that the construction of integration strategies/harmonization must be flexible the sufficient to consider the great existing differences between them in relation demographic situation, partner-economic, morbi-mortality, available resources, access and covering. The experience of the European Union with the creation of general, deep rules of financing and specific bilateral agreements must be considered.

Conclusions: We can conclude that the creation of action of integration and harmonization in the health is important for the strenght of the process of construction of the Mercosul, but is especially excellent for the qualification and rationalization of the functioning, the resolutivity and the access to the cares of health in the four countries.

P-123. CREANDO CÍRCULOS VIRTUOSOS PARA LOGRAR RESULTADOS EN SALUD

L. Ruiz, A. Rico, C. Sierra, A. Ordóñez y A. Hurtado

Servicio Occidental de Salud.

Objetivos: Medir si existen diferencias en los resultados en Salud obtenidos después de la Intervención por el Equipo Extramural.

Métodos: La situación de salud de una población es un estado derivado de la acción simultánea y la sumatoria de diferentes aspectos como ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud. El espacio natural de la población no son los servicios de salud. Ante esta perspectiva, la empresa aseguradora adopta el seguimiento domiciliario con equipos interdisciplinarios. El periodo de evaluación es 2008-2009, los pacientes son los que presentan morbilidad extrema, abuso sexual, abandono, pacientes postrados, no adherencia a programas, violencia intrafamiliar, intento suicida, cáncer, discapacitados, adulto mayor sin red de apoyo, En su intervención el equipo identifica los problemas estructurales que generan la expresión de la enfermedad: generación de ingresos, proyecto productivo no realizado, condiciones de habitabilidad de la vivienda, nutrición, empoderamiento y falta de red de apoyo. Una vez identificados se realiza enlace con las redes de apoyo sociales y Ong. De acuerdo a la exposición al programa, se incluyen en el análisis el conjunto de datos de uso de servicios se califica la discapacidad por usuario y se calculan los Qualys.

Resultados: La población expuesta al programa durante los años 2008 y 2009 es de 613 usuarios presenta unos costos totales de 3.118.554 €, el valor per cápita de la inversión es de 5.306 €, la variación de los costos posterior a la intervención es de -30% al pasar de un per cápita de 3.128 € previo a la intervención a 2.188 €, la variación en ganancia de Qualys es de 1,01 el valor a invertir para obtener un Qualy antes de la intervención es 90 € y posterior a la intervención es 62 €.

Conclusiones: El concebir la salud desde un enfoque multicausal y holístico haciendo énfasis en la profunda interrelación que existe entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la expresión de la enfermedad y la pérdida de años saludables, exige que los modelos de atención trasciendan la institucionalidad y evalúen los procesos sociales, del individuo, los ecológicos y los económicos. Tal como lo expresa el informe del Banco Mundial sobre los círculos viciosos y virtuosos de

la pobreza, se debe de identificar los factores críticos para enfermar e intervenirlos con acompañamiento Intersectorial. En este estudio se expresa como el abordaje causal de las manifestaciones permite lograr resultados en salud y crea condiciones que agregan valor a través de los años de vida ganados y la disminución de costos per cápita por usuario.

P-124. GESTIÓN INTELIGENTE, GASTO SOSTENIBLE

N. Puig, R. Riera, M. Lladó, M.A. Ferriz y M.J. Ulldemolins

ICS.

Objetivos: Calcular el consumo de apósitos de los Centros de Atención Primaria (CAP) de una Área de Gestión por compra directa durante 2006-2007-2008. Saber el número total de apósitos dispensados por receta médica, de proveedores y principios activos utilizados en cada CAP. Comparar los precios venta al público (PVP) de los apósitos, con los precios de los mismos apósitos, negociados directamente con los proveedores desde el Servicio de Atención Primaria (SAP). Proponer reducir el coste evitable.

Métodos: **Ámbito:** Atención Primaria, 8 CAP de una Región Sanitaria de Cataluña. A partir de los datos facilitados por la Unidad de Farmacia del SAP y de los PVP a farmacia, se ha hecho un análisis comparativo de la cantidad y variedad de apósitos que se utilizan en estos ocho CAP. También se han comparado los precios de los 21 apósitos que facilita el SAP a todos los CAP, por compra directa, con los mismos apósitos de cupón precinto. Para el cálculo del coste, se ha tenido en cuenta el PVP en farmacia, que es el gasto que ha supuesto para el ICS, versus el precio de compra por gestión directa del SAP del periodo 2006-2008.

Resultados: Desde los CAP se han dispensado en tres años 64.594 recetas de apósitos, con una media de 10 proveedores, utilizado 34 marcas comerciales y 110 medidas y presentaciones distintas con tan sólo 15 principios activos. Esta dispensación ha supuesto 1.150.973,41 €. El gasto para el ICS de los 21 apósitos, comparables con los servidos por el SAP durante los tres años ha sido de 382.794,03 €. Si todos los apósitos hubieran sido gestionados por el SAP su precio hubiera sido de 73.906,71 € lo que habría supuesto un ahorro de 308.887,32 €.

Conclusiones: Las evidencias científicas demuestran la efectividad clínica y las ventajas en coste/beneficio de la cura húmeda frente a la cura tradicional. Con los apósitos estériles se consigue además curar las heridas con un mayor confort para el paciente. Una gestión eficiente en la compra de bienes y servicios, es la clave para el ahorro del gasto público sanitario. La llave para el control del gasto, está tanto a nivel de la microgestión, de la gestión clínica, como en el ámbito de las negociaciones de los precios llevadas a cabo a escala central. Con el estudio demostramos que la compra centralizada abarata los costes y que gestionando directamente se consigue reducir hasta el 81% sobre el precio farmacia.

P-125. IMPACTO ECONÓMICO DE MODELO DE GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA

J. Ríos, M.G. Cora Eliseth, E.F. Coppolillo y H.D. Ruda Vega

1.ª Cátedra Obstetricia, Universidad de Buenos Aires; Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: El concepto de Tracto Genital Inferior (TGI) nació hace 25 años atrás en la 1ª Cátedra de Obstetricia de la Universidad de Buenos Aires como una Unidad de estudio que abarca tanto patología infecciosa como tumoral del aparato genital femenino, permitiendo prevenir la aparición de patologías relacionadas con complicaciones perinatales severas. **Objetivos:** 1. Determinar tasas de prevalencia de infecciones y su relación con complicaciones perinatológicas 2. Deter-

minar prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y de dicha neoplasia 3. Realizar diagnóstico y tratamiento precoces de las diferentes patologías relacionadas 4. Determinar un estudio de costos para demostrar que las acciones de atención primaria disminuyen gasto en salud. 5. Brindar calidad de atención médica.

Métodos: Se examinó una población de 18.500 embarazadas, a quienes se les realizó sistemáticamente estudios específicos entre las 34 a 37 semanas de gestación, entre 1983 y diciembre de 2008. Se estudió la prevalencia de los microorganismos presentes en los exámenes realizados y la prevalencia de lesiones precancerosas.

Resultados: Se observó una notable disminución de complicaciones pre y postparto como la rotura prematura de membranas (de 10,5% a 2,5%), infecciosas (12,3% a 5,4%), y sepsis neonatal por estreptococo B hemolítico (SGB) (de 0,2% a 0,1%), luego de la implementación del tratamiento precoz de infecciones del TGI. Esto disminuye significativamente los costos de días de estancia: promedio: 48 hs. para parto normal y 72 hs, para cesárea con un costo medio de: 85 €, de no mediar ninguna complicación. Si la hubiera, se elevaría a 7 días, costo promedio 200 €, lo que implica un ahorro de 115 €. En el caso de las infecciones, el costo medio un ingreso de 10 días promedio en neonatología es de 1.660 €. El costo de estudio para prevención y tratamiento ambulatorio de infecciones del TGI es de 15-20 €. En las patologías neoplásicas, el costo promedio de la estancia fue: para lesiones de bajo grado, entre 10 a 15 € (diagnóstico y terapéutico), para lesiones de alto grado, entre 35 a 166 €, mientras que para carcinoma de cuello uterino, se eleva a 7.000 €. El costo del examen para la prevención (Papanicolaou y colposcopia) es de 2 €.

Conclusiones: El concepto de TGI representa un modelo de gestión y calidad asistencial en atención primaria, porque brinda acciones de promoción y prevención de la salud, al tratar precozmente cualquier proceso infeccioso o tumoral durante el embarazo y evitar aparición de complicaciones perinatales, lo que disminuye notablemente el gasto en salud.

P-126. ANÁLISIS DEL ESFUERZO MUNICIPAL EN EL GASTO EN SALUD MUNICIPAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA: UNA APLICACIÓN ECONOMÉTRICA

P. Álvaro

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: El presente trabajo se propone cuantificar y analizar, en cada uno de los municipios de la Provincia de Buenos Aires, lo que en adelante se denomina Esfuerzo Municipal. Este concepto se define como la proporción del gasto municipal en salud financiado con recursos de recaudación propia. Asimismo se busca conocer cuáles son los factores que pueden incidir en la magnitud de dicha proporción.

Métodos: Para el cálculo de esta magnitud se consideró una relación entre el gasto municipal en salud por ocurrencia y la coparticipación por salud que recibe cada partido, en ambos casos los datos corresponden al período 2005-2008. Una vez obtenido el esfuerzo municipal para cada partido de la provincia, se procedió a buscar la relación de éste con los factores que, a priori, parecen incidir en su comportamiento. A través de un modelo MCO se tuvieron en cuenta: la existencia de al menos un hospital de dependencia municipal y/o provincial, el nivel de complejidad del municipio, la existencia de hogares de ancianos y la cantidad de consultas, egresos y población; para cada partido de la provincia de Buenos Aires.

Resultados: Se llevó a cabo un análisis generalizado para toda la Provincia. Luego se agrupó a los municipios, con el fin de comparar los grupos resultantes, bajo un criterio geográfico según pertenezcan al conurbano o al resto de la Provincia.

Conclusiones: Del análisis para conocer las causas que originan las variaciones en el esfuerzo se observa que los factores que a priori parecían determinantes, no lo son en su totalidad. Dado que el sentido en

que las variables consideradas afectan a la coparticipación por salud como al gasto en salud por ocurrencia es el mismo, es la magnitud de la incidencia lo que determina el esfuerzo municipal. Se deberían buscar, entonces, los factores que determinan la proporción en la que inciden las distintas variables analizadas, motivo que podría dar origen a otro trabajo.

P-127. COPARTICIPACIÓN DEL RÉGIMEN DE SALUD MUNICIPAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA: PROBLEMAS ACTUALES Y POSIBLES SOLUCIONES

P. Álvaro

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es prever los problemas del sistema actual de Coparticipación Municipal por Salud, argumentar económicamente dichas fallas destacando las distorsiones que se generan y los problemas de financiamiento que consecuentemente tienen los municipios. Por último, proponer modificaciones que tiendan a disminuir los problemas actuales del sistema.

Métodos: La metodología siguió dos enfoques: 1. Se analizó, por municipio, el peso que cada variable integrante de la fórmula tiene en los recursos y su relación con el porcentaje de financiamiento municipal; 2. Se comparó la asignación de recursos del sistema de coparticipación con los patrones de gasto de los hospitales provinciales.

Resultados: Los resultados con ambos enfoques son consistentes: los pagos actuales por egreso y por consulta resultan muy bajos; el pago por cama ocupada de baja complejidad resulta muy elevado mientras que la alta complejidad está sub-valorada. Consecuentemente, el sistema sobre-financia a los establecimientos de crónicos y sub-financia a los agudos de alta complejidad. Además, se muestra que la distribución de recursos de acuerdo a porcentajes fijos por variable implica que los pagos por concepto evolucionarán en forma diferente si las cantidades de cada variable evolucionan en forma distinta.

Conclusiones: Se hizo una revisión de los problemas del sistema actual de coparticipación municipal por salud. Las fallas del sistema pueden resumirse en: Problemas de financiamiento por masa coparticipable insuficiente, el cual afecta a todos los municipios por igual. Problemas ocasionados por la fórmula actual, los cuales introducen diferencias en el financiamiento entre municipios y distorsiones en la forma en la cual los municipios asignan los recursos para salud. Algunas distorsiones son originadas por el uso de la máxima complejidad municipal para ponderar las camas ocupadas (Resolución 198/89).

Sistemas de salud, desigualdades y políticas sanitarias

Moderadora: Meritxell Solé

P-128. EL DISEÑO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD ANTE EL RIESGO FINANCIERO EN COSTA RICA

J. Muiser y J.R. Vargas

Universidad de Costa Rica.

Objetivos: El primer objetivo es relacionar el alto nivel de protección contra riesgos financieros logrados en Costa Rica a las políticas e instrumentos de aplicación. El segundo es analizar los principales retos del sistema actual y la manera en que se puedan enfrentar.

Métodos: El método es descriptivo con un énfasis en análisis de los datos actuales y sus antecedentes históricos. La historia del Sistema Nacional de Salud es crucial para descubrir las fortalezas y conocer cómo se han combatido las amenazas. Se identifican datos demográficos y socioeconómicos, incluyendo el estado de salud de la población. Se describen los principales actores y sus conflictos inherentes, lo cual usa métodos de análisis políticos. Hay lectura exhaustiva de los sistemas de financiación sanitaria para identificar los retos a resolver.

Resultados: El sector privado es un complemento en algunas de las tareas confiadas al sistema nacional de salud. También es un rival, especialmente en el uso de los recursos humanos más capaces del sistema. Los puede atraer porque puede pagar y ser más flexible. En las áreas retiradas y sobretodo en atención primaria el sector privado tiene poco interés. El financiamiento no es un problema porque el país todavía disfruta del bono demográfico, pero ello acabará antes de 20 años. El envejecimiento complicará exponencialmente el panorama. En una comparación de sistemas en Hispanoamérica se reconoce las fortalezas del Sistema Costarricense pero también que los retos son más complejos.

Conclusiones: La reforma de los años 90 resolvió de una manera creativa los límites que impuso la crisis de los 80. Homologó el territorio y mejoró la equidad. El reto del siglo XXI no es tan fácil. La tecnología en medicamentos y aparatos, la segunda mayor esperanza de vida del hemisferio, la transición epidemiológica aparecen juntos y son crecientes. Es posible que el sistema de doble empleo compartido (público y privado) del personal médico deba desaparecer. Fue un elemento de cohesión frente a la oposición al desarrollo del Sistema, pero sus días parecen contados. El Sistema tiene fortalezas en su cuasiuniversalidad de la cobertura y su independencia fiscal pero las incertidumbres se mantienen.

P-129. POLÍTICAS DE SALUD EN PORTUGAL

B. Sousa, A. Félix y A. Fael

Centro Hospitalar Lisboa Central; Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

Objetivos: Analizar las futuras políticas de salud en Portugal.

Métodos: En septiembre de 2009 se realizaron las elecciones por lo Gobierno de Portugal. De entre todos los partidos que se candidataron cinco son los más representativos de la población. Así estos publicaran sus propuestas que cubran los puntos esenciales de la vida de la sociedad. La salud no podría dejar de estar presente. En esto trabajo se ha retirado de esas propuestas solo lo que dice respecto a las políticas de la salud e se ha comparado los principales partidos políticos portugueses.

Resultados: De la analice et comparación surgió siete categorías principales, que denominamos de "Testamentos Políticos". Esas categorías son Gestión et Financiamiento de lo Sistema Nacional de Salud; Promoción de la Salud; Cuidados de Salud Primarios; Política de lo medicamento; Salud Mental; Cualidades en Salud et Formación en Salud. Algunos partidos no emitirán cualquier propuesta en esas categorías pero son las que más comunes en todos ellos. La similitud de las propuestas asumen una importancia extrema pues lo partido que ha ganado las elecciones no tienen una mayoría absoluta pelo que tiene de hacer alianzas políticas para que sus políticas sean puestas en práctica.

Conclusiones: Además de las diferencias ideológicas de los diferentes partidos políticos Portuguesas se ha verificado que no que respecta a la salud sus propuesta son idénticas, las diferencias entre ellos son poquísimas e asientan en las mismas materias. Así no que respecta a las políticas de la salud et dada la similitud de las propuesta las alianzas políticas aparentemente están facilitadas.

P-130. CLIMATE CHANGE AND HUMAN HEALTH: IMPLICATIONS FOR PUBLIC HEALTH AND THE FUTURE OF HEALTH SERVICES

D. Paci

European Commission-Institute for Prospective Technological Studies.

Objectives: The literature on the economic analysis of the human health impact of climate change has grown in recent years. In particular, there is increasing interest in the economic costs of climate change impacts and the role that adaptation has in reducing these impacts. The EU PESETA project (Projection of Economic Impacts of Climate Change in Sectors of Europe) assessed the economic impacts of climate change in EU. As part of this project, human health has been identified as one of the priority areas for assessment. The importance of health services is then highlighted and discussed as a central issue in the adaptation strategies in countries facing the impact of climate change.

Methods: The PESETA project is based on a bottom-up integrated multi-sector model. For the health sector, some of the most relevant impacts have been included, e.g. temperature-related illness and death, health impacts of extreme weather events and water- and food-borne diseases; vector-borne diseases; or food and water shortages. The impacts have been explored and quantified for two time periods (2011-2040 and 2071-2100), for two different climate scenarios. In addition a number of public health measures have been reviewed to understand their adaptation potential.

Results: The analysis of the health impact of climate change identified the monetary costs in different future scenarios. A wide range of results have been found for EU countries: the study found significant increases in heat-related mortality due to climate change, with associated economic costs, however, on average, these are likely to be offset by benefits from the reduction in cold-related mortality. The analysis has also valued the temperature-related cases of salmonella and it includes preliminary work to estimate the annual costs of treating depression symptoms resulting from flood events. Potential costs are estimated to be between 0.8 to 1.4 billion Euros per year. On the basis of these data, public health adaptation strategies, such as preparedness plans, healthcare infrastructures, etc. have been reviewed and analysed to understand and value their possible contribution to the public health to the adaptation to climate change.

Conclusions: The public health adaptation to climate change can have a significant impact on reducing the cost of climate change in future years. An effective public health response to climate change is essential to preventing illnesses, enhancing preparedness, and reducing risk. The uneven distribution of climate change impacts, together with significant externalities makes it even more important the role of public health systems which need to rapidly adapt to new climate scenarios.

P-131. ANÁLISIS MULTINIVEL DE LA INFLUENCIA DEL CAPITAL SOCIAL, LAS DESIGUALDADES DE RENTA Y LA PRIVACIÓN EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA EN ESPAÑA DURANTE EL PERÍODO 1987-2006

A. Haro Martínez, J.J. Martín Martín, M.P. López del Amo González, K. Karlsdotter y C. Navarro Palenzuela

Universidad de Granada.

Objetivos: El objetivo es analizar la influencia sobre la salud autopercibida de las variables regionales capital social, desigualdad de renta y privación a nivel regional durante el período 1987-2006.

Métodos: Se utilizan análisis logísticos multinivel transversales siendo la variable dependiente la salud autopercibida. La base de datos empleada es la Encuesta Nacional de Salud, para los años 1987,

1993, 1999 y 2006. La población objeto de estudio son las personas residentes en España, en las 17 Comunidades Autónomas. Como variables individuales se consideran variables sociodemográficas, socioeconómicas y dos especificaciones de capital social individual: un indicador que refleja las intensidades de las relaciones sociales y el grado de participación en las actividades cívicas. Las variables ecológicas consideradas son tres especificaciones de Capital Social, en particular el Capital Social calculado por Pérez et al (2005), la tasa de abstención electoral y el gasto social público regional por habitante. Como indicadores de desigualdad de renta y privación a nivel regional se considera el índice de Gini, el índice de Theil, el índice de Bienestar y la pérdida porcentual de bienestar debido a la desigualdad, calculados por Villar (2006), la privación material y la tasa de paro. Las variables se incorporan en su forma normal y logarítmica.

Resultados: En el momento actual no se dispone de resultados para las cuatro oleadas. Durante las jornadas se presentarán los resultados obtenidos, contrastando simultáneamente la influencia que en la salud ejercen tanto las variables individuales de capital social como las variables ecológicas de capital social, desigualdad de renta y privación.

Conclusiones: La investigación empírica previa sobre la influencia a lo largo del tiempo de variables individuales y ecológicas de capital social, privación y bienestar a nivel regional sobre la percepción de salud en España es escasa. Este trabajo espera aportar evidencia empírica significativa sobre estas influencias.

P-132. ÍNDICE DE REZAGO EN SALUD EN COSTA RICA

A. Casanova, P. Jiménez-Fontana, E. Cubero-Dudinskaya y R. Bonilla-Carrión

Posgrado en Economía, UCR; Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, UCR; Centro Centroamericano de Población, UCR.

Objetivos: Identificar las brechas en salud a nivel cantonal en Costa Rica, por medio de un Índice de Rezago en Salud.

Métodos: El Índice de Rezago en Salud posee tres dimensiones: nutrición, acceso, y cobertura. La nutrición se considero como el porcentaje de niños de primer grado con una relación talla-edad inferior a la normativa; la cobertura fue el porcentaje de la población no asegurada y el acceso a la atención médica se considero como el tiempo promedio de traslado del segmento censal al centro de salud más cercano. Se calculó el valor del indicador de cada variable por cantón, se ordenaron de mayor a menor y se dividió en deciles. Luego se calculó el promedio simple de las tres variables en deciles, lo que corresponde al índice con valores del 1 al 10.

Resultados: Los cantones cercanos a las fronteras de Nicaragua y Panamá son los que presentan mayores valores rezago en salud. A nivel de provincia, en Limón y Guanacaste todos los cantones se encuentran en los dos grupos con mayor rezago, en Puntarenas ocurre lo mismo son con un par de excepciones. Los cantones de Cartago se encuentran en los dos grupos intermedios que se observan en el mapa, de manera que la provincia no se encuentra cantones con grandes rezagos pero tampoco se encuentra con los mejores niveles. Fenómeno similar ocurre con la provincia de Alajuela. La mayoría de los cantones de la provincia de Heredia se encuentran en el grupo de menor nivel de rezago. San José los cantones que están más cerca del centro presentan mejores valores que los que están en la periferia.

Conclusiones: Los cantones con rezagos similares se encuentran juntos, y los cantones cercanos a la frontera son los que presentan valores más altos en el Índice de Rezago en Salud. Los valores del Índice van disminuyendo conforme los cantones se acercan al centro del país. Los cantones que presentan un mayor rezago en salud, también presenta altos niveles de rezago social. Además, los cantones que presentan alto rezago en salud poseen en las tres dimensiones del índice valores bajos.

P-133. DEVELOPMENT, HEALTH AND INEQUALITIES

J.D. Castro and M.L. Pelegrini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Objectives: a) To verify the relation within the variation of the per capita expense in health and the variation of the IDESE in the cities, 2001-2005; b) To analyze the evolution of the distribution of the per capita expense in health, 2001-2005.

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

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

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

Recursos humanos

Moderadora: Patricia Barber

P-134. DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y GESTIÓN POR COMPETENCIAS. UNA INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA SOBRE SU IMPLANTACIÓN EN INSTITUCIONES SANITARIAS VALENCIANAS

S. Vivas-López y R. Fernández-Guerrero

Departament de Direcció d'Empreses, Universitat de València.

Objetivos: 1. Construir un marco teórico sobre la aportación de la Gestión por Competencias a la gestión de instituciones sanitarias. 2. Generar un conjunto de proposiciones a contrastar ulteriormente en una muestra más amplia. 3. Analizar cómo es esta aportación y cómo repercute sobre las principales políticas y herramientas estratégicas de la Dirección de Recursos Humanos en el sector sanitario valenciano.

Métodos: Se utiliza la metodología del estudio de casos. Se seleccionaron cinco casos de instituciones sanitarias valencianas: hospital privado (1); hospital público/privado (financiación, propiedad y control son públicos y la gestión de la prestación del servicio es privada); hospital público (1); hospital público (2) universitario; hospital privado (2). Se siguió un protocolo de entrevistas con una duración media de 120-180 minutos, siguiendo guiones semiestructurados en los que se trataban aspectos relacionados con el modelo de gestión de los Recursos Humanos y las correlaciones con la Gestión por Competencias.

Resultados: La Dirección de Recursos Humanos participa e influye en la toma de decisiones estratégicas de las instituciones sanitarias investigadas. También hemos identificado la discrepancia de gestión

entre las instituciones públicas y privadas analizadas. La Gestión por Competencias ya es una realidad en el sector sanitario y es capaz de dictar los perfiles de los puestos de trabajo y de los planes de formación y evaluación.

Conclusiones: La Gestión por Competencias orienta la Dirección de Recursos Humanos de las organizaciones sanitarias a optimizar la utilidad de estructura humana. El estudio también nos evidencia que existen diferencias entre el sector público y privado, sobre todo en los modelos adoptados de gestión. Las instituciones públicas estudiadas siguen muy burocratizadas y con una autonomía de gestión pobre, aunque en determinadas políticas poseen algún grado libertad. Son conscientes de que muchos de sus problemas de gestión se derivan de la falta de cualificación profesional para la gestión de su personal sanitario, lo que denota la necesidad de cambios. Las instituciones privadas analizadas poseen un estilo de gestión más congruente con planteamientos avanzados en materia de Dirección de Recursos Humanos. Ello refuerza la idea de los recursos humanos como un elemento esencial en la gestión y prestación de los servicios de salud.

P-135. CONSECUENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA APLICACIÓN DE LA NORMATIVA SOBRE IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES EN EL DEPARTAMENTO DE ELCHE-HOSPITAL GENERAL

A. Yáñez, T. Alonso, S. Fuster y V. Melgarejo

Hospital General de Elx, Área de Personal; Conselleria de Sanitat.

Objetivos: La normativa sobre igualdad pretende impedir que la maternidad se convierta en motivo de discriminación de la mujer en el trabajo. Normas básicas: Ley 31/1995 de prevención de riesgos laboral. Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral. L.O. 3/2007 para la igualdad efectiva de hombres y mujeres Directiva 1992/1985 CE El trabajo en los centros sanitarios se caracteriza por: – Resultar casi imposible en la práctica evitar la exposición a agentes de riesgo. – Necesidad de realizar trabajo a turnos incluido el nocturno. – Imposibilidad de realizar cambios en los puestos de trabajo por la rigidez de la normativa en vigor. Por todo ello, el procedimiento suele desembocar en la suspensión del contrato de trabajo. **Objetivos:** – Cuantificar la evolución de jornadas de trabajo perdidas desde la entrada en vigor de la LO 3/2007. – Cuantificar el coste económico y social y su evolución. – Analizar posibles medidas correctoras.

Métodos: – Datos obtenidos de los registros de la unidad de personal del Departamento. – Análisis descriptivo y evolutivo de los mismos por categorías profesionales. – Imputación de costes.

Resultados: Las solicitudes de adaptación del puesto de trabajo por riesgo durante el embarazo/lactancia han aumentado desde la aprobación de la LO 3/2007, dando lugar a la suspensión del contrato por imposibilidad de adaptar el puesto. Evolución de las jornadas perdidas: 2007: 56 2008: 93 2009: 2.935. Porcentajes por categorías: enfermeras 71,56, auxiliares de enfermería 17,28, fisioterapeutas 6,25, facultativas 7,42. Los costes asociados han evolucionado en paralelo. Posibles medidas correctoras: si se destina a estas trabajadoras en puestos de trabajo exentos de riesgo el problema es que no es posible la contratación de sustitutos para realizar las tareas de riesgo por las que causan baja. Una solución imaginativa sería crear una nueva situación de protección distinta a la actual, en la que el coste siga siendo asumido por el INSS pero permitiendo que la trabajadora realice labores de refuerzo social y/o atención a usuarios y de mejora de la calidad asistencial, generando un beneficio social y previniendo la aparición de *free-riders*.

Conclusiones: Elevado coste social y económico a cargo de la empresa y de la Seguridad Social. Posibilidad de que la problemática se traslade al periodo de lactancia. Posibilidad de provocar un efecto contrario al principio que inspira la norma, potenciando la discriminación en el acceso al mercado de trabajo de mujeres en edad fértil. Posible aparición de *free riders*.

P-136. EVOLUCIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN Y PROFESIONAL DEL PERSONAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CANARIAS EN EL PERÍODO 2002-2006

M.C. Ballines García, A. Arias Rodríguez y C. Rodríguez Álvarez

Dirección de Área de Tenerife, Servicio Canario de Salud; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de La Laguna.

Objetivos: La incapacidad temporal (IT) es la principal causa de absentismo de la población trabajadora y este fenómeno ha alcanzado una gran magnitud a partir de la década de los noventa originando un elevado número de jornadas laborales perdidas, con gran impacto a nivel económico y social. El objetivo es conocer la evolución de la incapacidad temporal por contingencia común y profesional a lo largo del período y analizar el comportamiento de los principales indicadores en ambas contingencias.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal de la incapacidad temporal de los trabajadores en el período por tipo de contingencia. Se analiza su evolución a través de los siguientes indicadores: tasa global de absentismo, que mide el porcentaje de tiempo perdido y es el resultado de dividir el número de jornadas laborales perdidas por IT entre el número de jornadas totales en el período por 100; índice de discapacidad, que mide el promedio de procesos de baja por trabajador; incidencia, hace referencia al número de procesos registrados como nuevos en el período, con relación a la media de población protegida; duración media de los procesos. El número de trabajadores es de 17.293, con una media de 3.459 por año (con una desviación típica de 211,8) con un crecimiento del 20% de la plantilla en el período. El número total de procesos de IT es de 19.963, 16.517 de origen común y 3.446 de origen laboral. Las jornadas laborales perdidas son 656.135, 458.334 por contingencia común y 197.801 por contingencia profesional.

Resultados: En la IT por contingencia común se observó un incremento significativo ($p < 0,01$) de la tasa global de absentismo hasta el final del período, la incidencia y el índice de discapacidad aumentan a lo largo de los cinco años. En la IT por contingencia profesional se observó un decremento significativo ($p < 0,01$) de la tasa global de absentismo partir del 2005, la incidencia y el índice de discapacidad, aumentan hasta el 2005 y es a partir de entonces cuando empieza a disminuir. La duración media de los procesos disminuyen en los dos tipos de contingencia, siendo más notable en la profesional. Hay un 10,7% de jornadas laborales perdidas por incapacidad temporal, el 7,5% por contingencia común y 3,2% por contingencia laboral.

Conclusiones: La incapacidad temporal ha crecido a lo largo del período pero la evolución difiere según tipo de contingencia. El número de jornadas laborales perdidas por contingencia común ha crecido y de forma más notable a partir del 2004, en el caso de las bajas de origen profesional ha decrecido a partir del mismo año.

P-137. ¿LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO PRESENTAN MAYOR ABSENTISMO POR INCAPACIDAD TEMPORAL?

M.C. Ballines García, A. Arias Rodríguez, C. Rodríguez Álvarez y A. Jiménez Sosa

Dirección de Área de Tenerife, Servicio Canario de Salud; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de La Laguna; Unidad Mixta de Investigación Hospital Universitario de Canarias-Universidad de La Laguna.

Objetivos: EL absentismo por Incapacidad Temporal (IT) por enfermedad común o accidente no laboral, es la causa más importante de las ausencias al trabajo. Es un fenómeno muy complejo donde influyen factores personales, laborales, sanitarios, económicos y sociocultura-

les, que ha adquirido en los trabajadores del sector sanitario público una dimensión superior al resto de colectivos. El objetivo principal es conocer la incidencia y duración media de la IT por contingencia común en España, Canarias y en los trabajadores de un Hospital Público de esta Comunidad. Estudiar y comparar cómo evoluciona a lo largo del período en los tres niveles y cuantificar los días de baja que generan.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de la Incapacidad Temporal de origen común del período 2002-2006 de los trabajadores de un Hospital Público de tercer nivel de la Comunidad Autónoma Canaria. Se calcula la incidencia y duración y se compara con la media nacional y de la Comunidad en el mismo período. Los datos a nivel nacional y de la Comunidad Autónoma se obtienen del Ministerio de Trabajo e Inmigración y la de los procesos de baja de origen no laboral de los trabajadores del Hospital, del departamento de Recursos Humanos. Se compara la media de absentismo por Incapacidad Temporal de los trabajadores del Hospital con la de los trabajadores por cuenta ajena de España y Canarias cuyo control y seguimiento la realiza el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Resultados: La incidencia de la IT en los trabajadores del hospital es de 8,4%, superior a la media nacional que es 2,7% y canaria 4,2%. La duración de los procesos está por debajo (32 días en el Hospital, 40,5 en España y 42,3 en Canarias). El número total de días de absentismo es más del doble en los trabajadores del sector sanitario público estudiado.

Conclusiones: El absentismo por Incapacidad Temporal por contingencia común de los trabajadores del Hospital Público de la Comunidad Canaria, es superior a la media nacional y de la Comunidad. Los costes directos por pago de prestaciones e indirectos por la pérdida de productividad por las jornadas laborales perdidas es superior en este colectivo que en el resto de los trabajadores de su entorno.

P-138. ECONOMISTAS Y PROFESIONALES DE LA ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD. ¿QUIÉNES SOMOS, DÓNDE TRABAJAMOS, QUÉ INVESTIGAMOS?

M. Trapero-Bertrán y J. Oliva

Brunel University; Universitat Pompeu Fabra; Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es describir el perfil de los socios de la Asociación de Economía de la Salud, el ámbito laboral donde desempeñan su labor, el tipo de investigación que desarrollan y su percepción sobre diferentes aspectos profesionales.

Métodos: La encuesta fue diseñada por los autores tomando como punto de partida una encuesta previa realizada por Morrisey y Cawley en el año 2005 en los Estados Unidos. El formato de la encuesta fue on-line. Se enviaron invitaciones por e-mail, de forma no duplicada, y dos mensajes recordatorios a 771 socios de AES. La encuesta on-line estuvo abierta desde el 13 de julio hasta el 3 de diciembre de 2009. La encuesta estaba dividida en cinco áreas diferentes y pretendía describir: a) quién trabaja en el ámbito de la economía y gestión de la salud, b) su formación, c) mercado laboral, d) cómo dividen su tiempo estos profesionales, e) qué tipo de investigación desarrollan estos profesionales, y f) la percepción sobre su experiencia profesional. La encuesta

fue totalmente anónima, permitiendo un análisis ciego por parte de los investigadores.

Resultados: Participaron en la encuesta aproximadamente el 37% de los socios de AES, obteniéndose 285 entradas válidas.

Resultados: preliminares de la encuesta señalan un perfil mayoritariamente masculino (65,3%) y de nacionalidad española (90,1%), aunque un 5,2% de las personas que respondieron es de origen Iberoamericano. Aproximadamente el 32,6% se define como economista de la salud, seguido de profesional sanitario que trabaja habitualmente en temas de economía y gestión de la salud (30,9%). Cerca de un tercio son doctores y un 44,2% tienen un nivel de estudios de master. Un 16% de los encuestados son estudiantes actualmente, teniendo la mayoría de ellos una beca si estudian a tiempo completo. El 66,9% de los socios trabajan en el sector público. El sueldo bruto del 60% de las personas que respondieron a la encuesta supera los 45.000 euros anuales. Un 70% de los encuestados ha publicado en revistas científicas. El dominio de idiomas, la capacidad de colaborar en diferentes proyectos y con diferentes unidades y las publicaciones son los aspectos más valorados para evaluar un curriculum vitae.

Conclusiones: Si bien los resultados han de ser interpretados con cautela, esta es la primera encuesta de este tipo que se realiza a los socios de AES. La comparación de estos resultados con encuestas similares en otros países y su repetición en nuestro medio son los siguientes pasos a perseguir con el fin de mejorar el conocimiento y la diversidad de los profesionales interesados en el campo de la economía y gestión de la salud.

P-139. ELEMENTOS PARA LA DEFINICIÓN DE UN MODELO DE FINANCIACIÓN DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LAS TITULACIONES UNIVERSITARIAS

A. Romanos, T. Campos y M. Angulo

Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

Objetivos: Identificar los criterios para la definición de un modelo de financiación de las prácticas clínicas en los centros del sistema sanitario público de Andalucía del alumnado de las titulaciones sanitarias de las Universidades andaluzas.

Métodos: Se ha partido de la experiencia actual en la que el sistema de financiación pasa por la contratación de las Universidades de un cierto número de profesores asociados y por la transferencia a las Universidades del complemento asistencial del profesorado con plaza vinculada. De acuerdo con el nuevo modelo de colaboración en implantación en Andalucía y ante los cambios del Espacio Europeo de Educación Superior, se ha planteado que la financiación de las prácticas se construya en función del número de alumnos, número de grupos y créditos práctico-clínicos.

Resultados: Se ha realizado una primera aproximación para el establecimiento del modelo de financiación a través de estos tres parámetros cruzados con el coste de la hora de trabajo de los profesionales asistenciales.

Conclusiones: Puede medirse el coste directo que supone la dedicación a las tareas docentes clínicas del alumnado por parte de los profesionales asistenciales y, con ello, generar un proceso de transferencias desde la Universidad al Sistema Sanitario.