

XXXIII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Santander, 18-21 de junio de 2013

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 19 de junio de 2013. 14:00 a 15:00 h

Evaluación económica I

P-001. COSTES SANITARIOS DIRECTOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TORRELAVEGA. CANTABRIA

M.A. Ramos Barrón, A.B. García Garrido y J.A. Vázquez Rodríguez

Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud (SCS).

Objetivos: Analizar la actividad de un Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) urbano, y los costes directos de los servicios sanitarios prestados a los pacientes en los años 2011-2012.

Métodos: Cómputo de la población a la que da cobertura el SUAP, a partir de los datos del INE. Descripción del SUAP especificando ubicación, número de profesionales, material de que se dispone, etc. Se realiza el recuento del número de pacientes atendidos en el SUAP según la demanda registrada en la base de datos OMI-AP de los Centros de Salud a los cuales da cobertura este SUAP. Evaluación de los costes según Orden SAN/12/2011 de 20 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los Servicios Sanitarios por el Servicio Cántabro de Salud (BOC núm. 85, de 5 de mayo de 2011).

Resultados: En el SUAP de Torrelavega trabajan 6 profesionales médicos, 4 de enfermería y 4 celadores, dando cobertura a un área de población de 61.653 habitantes. En los años 2011-2012 fueron atendidos 64.861 pacientes (45.121 valorados por médicos y 19.740 atendidos por enfermería). De estos 4.354 recibieron atención en su domicilio (1.761 atendidos por médicos y 2.593 por enfermería). Los costes totales derivados de la atención sanitaria en el SUAP durante 2011-2012 suponen 4.074.818,26€.

Conclusiones: El coste de la atención sanitaria en el SUAP de Torrelavega, aplicando la Orden SAN/12/2011 supera los dos millones de euros al año.

P-002. USO DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES ASOCIADOS EN PACIENTES ANCIANOS VULNERABLES NO INSTITUCIONALIZADOS CON VEJIGA HIPERACTIVA TRATADOS CON ANTIMUSCARÍNICOS EN PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL

A. Sicras-Mainar, J. Rejas-Gutiérrez, R. Navarro-Artieda, A. Aguado-Jodar y A. Ruíz-Torrejón

Badalona Serveis Assistencials SA.

Objetivos: Evaluar el uso de recursos y costes sanitarios en pacientes ancianos vulnerables no institucionalizados con VH tratados con fesoterodina, solifenacina o tolterodina en práctica médica habitual.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de 52 semanas, con muestreo sistemático de pacientes > 75 años, vulnerables, ambos sexos, no institucionalizados, con VH (CIE-9-MC: 596.51), atendidos entre 2008-2010 en tres regiones sanitarias, que recibieron tratamiento por primera vez con los antimuscarínicos analizados. Se utilizó un modelo lineal general con covariables y remuestreo (1000) para construir el IC95% de las diferencias de costes entre fármacos. Los precios de los fármacos corresponden a Enero de 2013. El atributo de vulnerabilidad se basó en reunir, al menos, 3 de los criterios del Vulnerable Elders Survey 13; edad > 75 años, salud pobre/normal para la edad y alguna dificultad en al menos una actividad física diaria.

Resultados: Se analizaron registros de 656 pacientes [54,7% mujeres, edad: 80,1 (3,5) años] tratados con fesoterodina (N = 81), solifenacina (N = 313) o tolterodina (N = 262). El uso de absorbentes fue del 16,0%, 30,0% y 35,5% (p = 0,004), respectivamente. Los costes sanitarios paciente/año fueron inferiores con fesoterodina, 1.603€ (1.433; 1.789) frente a 1.991€ (1.858; 2.131) y 1.837€ (1.683; 1.983) con solifenacina y tolterodina, respectivamente (p = 0,001 y p = 0,041 respectivamente en las comparaciones por pares), como consecuencia de una menor utilización de visitas médicas y costes de absorbentes para incontinencia.

Conclusiones: En práctica clínica habitual, los pacientes ancianos vulnerables no institucionalizados con VH tratados con fesoterodina, en comparación con solifenacina o tolterodina, mostraron una menor utilización de recursos y costes sanitarios.

P-003. ESTUDIO DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE PANITUMUMAB (PMAB) VS CETUXIMAB (CMAB) EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA (QT) EN PRIMERA LÍNEA (1ªL) Y SEGUNDA (2ªL) DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO (CCRM) KRAS NATIVO EN ESPAÑA

C. Grávalos, F. Pérez, J.A. Gasquet, I. Campos Tapias y L. Gutiérrez

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre. Oblisque Consulting, S.L. Departamento Médico. AMGEN, SA. Unidad de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados.

Objetivos: La evidencia científica indica similar eficacia y tolerancia de los anticuerpos anti-EGFR Pmab y Cmab. El objetivo de este estudio es la evaluación económica de Pmab versus Cmab con QT en 1ª/2ªL de CCRM KRAS nativo en España.

Métodos: Análisis de minimización de costes comparando Pmab+FOLFOX4 versus Cmab+FOLFOX4/FOLFIRI en 1ªL y Pmab+FOLFIRI versus Cmab+FOLFOX4/FOLFIRI en 2ªL. Pauta de administración y coste farmacológico (en mg, según las fichas técnicas de Pmab/Cmab y citostáticos). Perspectiva del análisis: hospital, considerando costes médicos directos (farmacológicos, administración y manejo del paciente). Horizonte temporal en base a la mediana de ciclos administrados (estudios pivotaes de Pmab): 22/18 semanas en 1ª/2ªL, respectivamente. Paciente tipo utilizado: 69,9kg; 165,4cm; 1,79m². Se realizaron análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de los resultados.

Resultados: El coste del tratamiento con Pmab+FOLFOX4 en 1ªL (26.074€) fue menor que el de Cmab+FOLFOX4/FOLFIRI (31.496€ [17,2%] y 27.767€ [6,1%], respectivamente). En 2ªL, Pmab+FOLFIRI también pro-

dujo menor coste (18.349€) versus Cmb+FOLFOX4/FOLFIRI (25.926€ [29,2%] y 22.875€ [19,8%], respectivamente). Analizando únicamente el coste de los anticuerpos, Pmab representaría un ahorro de 1.847€ (9,9%) y de 1.601€ (10,4%) en 1^aL y 2^aL comparado con Cmb. Los parámetros claves debido a su mayor variabilidad e influencia en el análisis fueron el peso y la altura. El análisis de sensibilidad sobre estas variables mostró que los resultados del modelo fueron robustos.

Conclusiones: La combinación de Pmab/QT supondría un mayor ahorro para el Sistema Público de Salud en comparación con Cmb/QT, tanto en 1^aL como en 2^aL, en pacientes con CCRm KRAS nativo.

P-004. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL USO DE DISTINTOS DISPOSITIVOS DE CIERRE VASCULAR EN ESPAÑA

R. Busutil, E. Martín y O. Espallardo

Johnson & Johnson Medical España.

Objetivos: En comparación con la compresión manual, el riesgo asociado al uso de los dispositivos de cierre vascular (DCV) es similar o menor, existiendo diferencias de riesgo según el tipo de DCV. Se construyó un modelo de impacto presupuestario bajo la perspectiva del financiador del sistema nacional de salud español (SNS), con un horizonte temporal de 4 años, en donde se estimaron los ahorros generados por el uso de Exoseal[®] vs Angioseal[®], Starclose[®] y Perclose[®].

Métodos: Se calculó la incidencia de reintervenciones producidas como consecuencia de complicaciones asociadas al uso de los diferentes DCV. Las cuotas de mercado de DCV usados en intervenciones coronarias percutáneas (ICP) y los costes de las reintervenciones fueron obtenidos de bases de datos nacionales. El coste de adquisición se asumió igual para todos los DCV. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico para las variables principales. La tasa de descuento aplicada fue del 3%.

Resultados: El ahorro promedio por el uso de Exoseal[®] es: de 11,5€ vs Angioseal[®], 12,75€ vs Starclose y 68,1€ vs Perclose. Considerando las cuotas de mercado de los 35.330 DCV anuales, una progresiva introducción de Exoseal[®] hasta el 100% de uso, podría ahorrar 1.403.583€ al SNS en 4 años, siendo este impacto favorable en un 83,6% de las 10.000 simulaciones de Montecarlo.

Conclusiones: La progresiva introducción de Exoseal[®] en pacientes sometidos a ICP podría tener un impacto positivo al producir importantes ahorros para el SNS. Se precisan estudios adicionales para confirmar sus bajas incidencias de complicaciones.

P-005. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE DENOSUMAB VS ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA Y METÁSTASIS ÓSEAS EN ESPAÑA

I. Durán, D. Isla, M.A. Seguí, I. Oyagüez, C. Roldán, M.A. Casado, M. Lothgren, G. Hechmati, M. Danese, L. Gutiérrez y J.A. Gasquet

Unidad Gestión Clínica Oncología Integral, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Estimar la eficiencia de denosumab (120 mg, subcutáneo) frente ácido zoledrónico (AZ) (4 mg, intravenoso) para prevención de Eventos Relacionados con el Esqueleto (EREs) en pacientes con metástasis óseas de cáncer de próstata desde la perspectiva del Sistema Sanitario.

Métodos: Con un modelo de Markov con 2 estados de salud (en tratamiento/muerte) en el caso base, se estimaron costes, EREs y Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) durante toda la vida de los pacientes. La tasa de EREs se obtuvo del ensayo pivotal (riesgo relativo denosumab vs AZ = 0,82). Se incluyeron los costes directos: farmacológico (PVL+IVA-deducción 7,5%), administración, monitorización [calcemia (denosumab)/creatinina y calcemia (AZ)] y manejo de EREs. Los costes de administración y monitorización se calcularon en función de las ad-

ministraciones anuales (denosumab: 13; AZ: 14,47). Para AZ se consideró la distribución entre pautas posológicas observadas en práctica clínica. Sólo se consideraron costes de administración y monitorización en dosis no sincronizadas con quimioterapia intravenosa (68,4%). Los costes unitarios (€, 2012), utilidades, y sincronización con quimioterapia se obtuvieron de la literatura y de bases de datos nacionales. Se aplicó un descuento anual del 3% sobre costes y beneficios. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico (ASP) y un escenario alternativo comparando denosumab con AZ genérico.

Resultados: Denosumab supuso 0,041 AVACs adicionales; 0,348 EREs menos y 5.477€ ahorrados (alternativa dominante). Denosumab también generó ahorros versus AZ genérico (2.782€) y permaneció dominante en el 99,6% de simulaciones del ASP.

Conclusiones: Denosumab resultó dominante incluso vs AZ genérico para prevención de EREs en estos pacientes.

P-006. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE DENOSUMAB VS ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS ÓSEAS EN ESPAÑA

M.A. Seguí, I. Durán, D. Isla, I. Oyagüez, C. Roldán, M.A. Casado, M. Lothgren, G. Hechmati, M. Danese, L. Gutiérrez y J.A. Gasquet

Servei d'Oncologia, Institut Oncològic del Vallès, Corporació Sanitària Parc Taulí.

Objetivos: Estimar la eficiencia de denosumab (120 mg, subcutáneo) frente ácido zoledrónico (AZ) (4 mg, intravenoso) para prevención de Eventos Relacionados con el Esqueleto (EREs) en pacientes con metástasis óseas de cáncer de mama desde la perspectiva del Sistema Sanitario.

Métodos: Con un modelo de Markov con 2 estados de salud (en tratamiento/muerte) en el caso base, se estimaron costes, EREs y Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) durante toda la vida de los pacientes. La tasa de EREs se obtuvo del ensayo pivotal (riesgo relativo denosumab vs AZ = 0,77). Se incluyeron los costes directos: farmacológico (PVL+IVA-deducción 7,5%), administración, monitorización [calcemia (denosumab)/creatinina y calcemia (AZ)] y manejo de EREs. Los costes de administración y monitorización se calcularon en función de las administraciones anuales (denosumab: 13; AZ: 14,47). Para AZ se consideró la distribución entre pautas posológicas observadas en práctica clínica. Sólo se consideraron costes de administración y monitorización en dosis no sincronizadas con quimioterapia intravenosa (64,2%). Los costes unitarios (€, 2012), utilidades, y sincronización con quimioterapia se obtuvieron de la literatura y de bases de datos nacionales. Se aplicó un descuento anual del 3% sobre costes y beneficios. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico (ASP) y un escenario alternativo comparando denosumab con AZ genérico.

Resultados: Denosumab supuso 0,044 AVACs adicionales; 0,477 EREs menos y 8.346€ ahorrados (alternativa dominante). Denosumab también generó ahorros versus AZ genérico (4.023€) y permaneció dominante en el 100,0% de simulaciones del ASP.

Conclusiones: Denosumab resultó dominante incluso vs AZ genérico para prevención de EREs en estos pacientes.

P-007. KIDNEY TRANSPLANTATION INDUCTION COSTS: A SYSTEMATIC REVIEW

E. Giménez, L. Guirado, L. Gutiérrez-Dalmau, R. Lauzurica, J.D. González, N. Saval and F. Oppenheimer

Antares consulting SL. Fundació Puigvert. Hospital Miguel Servet. Hospital Germans Trias i Pujol. Novartis farmacèutica S.A. Hospital Clínic de Barcelona.

Objectives: New health cost containment policies affect the clinical management decisions in Spain and induction in kidney transplanta-

tion isn't an exception. Moreover, Spain is a world donor leading country with new market opportunities associated with living-donors (low risk).

Methods: Systematic review of the direct sanitary cost per patient studies of immunosuppressor induction with "no induction" (NI), basiliximab (BAS) or thymoglobulin (TIM). Search involved Medline, EMBASE, Cochrane library, Econlit and general search engines, excluding reviews, references about daclizumab and documents prior to 2000.

Results and conclusions: 19 documents representing 14 studies were finally identified/reviewed. 11 studies compared the alternatives, all of them with a 1 year time horizon (8 BAS vs NI; 3 BAS vs TIM). 2/10 presented long-term (> 1 year) results (1 CEA). Short-term BASvsNI results: for 6/8 BAS studies shown from 200€ more expensive to 8,400€ cheaper and better clinical efficacy associated with better acute rejection profile. The other 2 BAS studies results shown: better acute rejection profile but 1,600€ of cost increase, and worst efficacy and cost profile, respectively. Short-term BAS vs TIM results: similar efficacy and 1,000-6,400€ per patient savings (security profile). 5-year results: BAS was 8,600€ cheaper than NI and maintains better efficacy results. 20-year CEA results: 1) using antibodies resulted cheaper than NI (BAS 5,100€ more expensive than TIM), 2) QALYs comparative results were NI < TIM.

P-008. ¿ES CARA LA TECNOLOGÍA EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL?

J. Castillo Diego, J.M. Alonso Martín, J.C. Manuel Palazuelos, I. Martín Parra, M. Gómez Ruiz, C.B. Madrazo Leal, L.A. Herrera Noreña y M. Gómez Fleitas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: Evaluar las variables que afectan al costo en la cirugía de colon.

Métodos: Se estudian 298 casos de cirugía colorrectal en el periodo de un año, 174 h y 123 m, 244 cánceres, 80 abiertos, 83 laparoscópicos y 134 asistidos por robot. 113 casos presentaron complicaciones. Se imputan costes por hora de quirófano, material específico, día de UCI y día de ingreso en planta, así como re-intervenciones.

Resultados: Se encuentran diferencias significativas en el área quirúrgica, pero no en los cálculos globales entre las diversas técnicas de abordaje. Las complicaciones, clasificadas según Clavién, sí que demuestran una diferencia significativa.

Conclusiones: Más que el abordaje quirúrgico, lo que encarece el proceso es la aparición de complicaciones (3,5 veces más en el grado IV de Clavién).

P-009. IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN TORNO A CONCEPTOS BÁSICOS DE PLANIFICACIÓN SANITARIA Y EVALUACIÓN ECONÓMICA

P. Salvadores, M. Losa, B. Torres, C. Sarabia, C. Castanedo y C. Ortego

Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. Departamento de Enfermería, Universidad Rey Juan Carlos.

Introducción: En la planificación se reúnen los datos, se identifican y analizan los problemas, se evalúan medios y fines, se enuncian objetivos, normas de ejecución y control para tomar finalmente una decisión, es la mejor forma de acercar el futuro al presente. Según Peter Drucker "Planificar no es adivinar lo que pasará en el futuro sino vaticinar las consecuencias de la política presente". Una vez identificados los problemas y las necesidades conviene ordenarlos por orden de im-

portancia, y jerarquizarlos según su significado ético, social, económico..., por su impacto..., y todo ello requiere capacitación y participación del personal sanitario.

Objetivos: Identificar el nivel de conocimiento del personal sanitario sobre planificación sanitaria. Determinar la representación social sobre evaluación económica. Hipótesis: nivel deficiente de conocimientos en torno a la planificación sanitaria y evaluación económica.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo por encuestación. Análisis estadístico de mediante el test de chi-cuadrado, considerándose significativas aquellas diferencias con una posibilidad inferior al 5% (p 0,05).

Resultados: No existen diferencias significativas en las respuestas entre los diferentes grupos estudiados. Todos presentan un nivel deficiente de conocimientos. La asociación de evaluación económica con ajustes de costes es la que mayor índice de error presenta.

Conclusiones: Las deficiencias de conocimiento deben solventarse con programas de educación continuada a todo el personal si queremos mejorar la calidad asistencial de nuestras unidades asistenciales. Debemos tener en cuenta que una representación social de la planificación sanitaria deficiente y negativa afecta a la calidad asistencial.

Costes y prevalencia de la enfermedad I

P-010. COSTE ANUAL DE LOS RECURSOS SANITARIOS ASOCIADOS AL MANEJO DE LA UVEÍTIS NO INFECCIOSA EN ESPAÑA

R. Blanco, E. Pato, A. Sellas, A. Adán, J.M. Benítez del Castillo, A. Bañares, A. Ruiz Zorrilla y M. Costi

Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: Dada la práctica inexistencia de datos epidemiológicos y de coste de la uveítis no infecciosa en España, este estudio ha identificado y estimado el coste anual de los recursos utilizados para esta enfermedad en España en 2011.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica de datos epidemiológicos y de costes directos de la uveítis no infecciosa. La falta de información se cumplimentó mediante dos paneles de expertos y un cuestionario a oftalmólogos y reumatólogos especialistas en esta patología. Los costes de los recursos se obtuvieron de la base de datos Oblikue, una sociedad médica y los precios de los medicamentos aprobados en España.

Resultados: En España, durante el 2011, se diagnosticaron 9.398 nuevos pacientes de uveítis no infecciosa (45% hombres, el 70% entre 16-65 años). La incidencia de los tipos de uveítis fue: uveítis anterior aguda (UAA) (55%), uveítis posterior (UP) y panuveítis (PU) (15%) y uveítis anterior crónica en edad adulta, uveítis anterior crónica pediátrica y uveítis intermedia (5%). Del total de costes calculados (77.834.282,10€), el tratamiento farmacológico inicial fue el recurso más costoso (43.602.359,29€), seguido del tratamiento quirúrgico de las complicaciones (8.367.420,43€). Respecto a los tipos de uveítis, los costes asociados más elevados fueron los de la PU (26.692.948,29€), la UP (22.283.330,50€) y la UAA (14.336.755,38€).

Conclusiones: La uveítis no infecciosa en España es una patología muy prevalente y que genera unos elevados costes tanto de diagnóstico como de tratamiento. Un diagnóstico precoz y un manejo más eficiente de la enfermedad permitirían un ahorro sustancial al Sistema Nacional de Salud.

P-011. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS Y SUS COSTES ASOCIADOS SEGÚN HÁBITO TABÁQUICO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 NO INSTITUCIONALIZADOS SEGUIDOS EN PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO EN UNA COHORTE

A. Sicras-Mainar, J. Rejas-Gutiérrez, R. Navarro-Artieda y J. Ibáñez-Nolla

Dirección de Planificación, Badalona Serveis Assistencials SA.

Objetivos: Comparar la utilización de recursos costes asociados según hábito tabáquico en pacientes diabéticos tipo 2 no institucionalizados en situación de práctica médica habitual.

Métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte retrospectiva, con dos tipos de controles y dos controles por cada caso emparejados por edad, sexo, evolución de la diabetes y carga de comorbilidad. Se incluyeron sujetos de ambos sexos, ≥ 18 años, no institucionalizados atendidos en un periodo de 5 años antes de la fecha índice. Se formaron tres grupos: fumadores-activos (casos), y dos tipos de controles; exfumadores y pacientes que nunca fumaron. Se compararon los costes sanitarios directos (atención primaria y especializada) e indirectos (pérdidas de productividad laboral), y fueron calculados por paciente y año previo a la fecha índice.

Resultados: Se analizan 2.490 registros; 498 fumadores (casos), 996 exfumadores, y 996 no fumadores. La edad media fue de 63,4 años y el 64,9% fueron hombres. Los fumadores mostraron niveles mayores de HbA1c que los exfumadores y no fumadores; 7,4%, 7,2% y 7,2%, respectivamente, $p = 0,013$, y menor grado de control metabólico; 49,2%, 54,7% y 55,8%, $p = 0,036$. El coste promedio/paciente/año fue de 2.191€, siendo significativamente mayor en los sujetos fumadores (3.583€) que en exfumadores (2.885€) o no fumadores (2.183€), $p < 0,001$. Todos los componentes del coste mantuvieron estas diferencias.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos tipo 2 fumadores mostraron un menor control metabólico, mientras que los costes sanitarios y pérdidas de productividad laboral fueron más elevados.

P-012. EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE ISQUEMIA LOP PARA MEJORA EN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN MIEMBRO SUPERIOR

M. Sáenz Jalón, B. Torres Manrique, C.M. Sarabia Cobo, M.A. Ballesteros Sanz, B. Gallego Martínez, N. Arozamena Anievas, C. Higuero Piris y A. Fernández González (con la participación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria)

HUMV, SCS.

Introducción: Los costes derivados del tratamiento de fracturas de miembro superior son poco valoradas por el sistema sanitario público, estos pacientes no precisan en su mayoría ingresos hospitalarios ya que actualmente muchas técnicas se realizan como Cirugía Mayor Ambulatoria bajo anestesia Loco-Regional, sin embargo los costes indirectos que ocasionan a la administración en bajas y secuelas pueden ser muy altos.

Objetivos: Comparar la calidad de la isquemia tras la aplicación de la técnica LOP en comparación con la calidad de la isquemia obtenida por la técnica habitual, desarrollado en el HUMV.

Métodos: Ensayo clínico unicéntrico, controlado y aleatorizado con dos brazos paralelos: 1) Técnica Limb Occlusion Pressure (LOP) (grupo intervención). 2) Técnica de isquemia neumática habitual. Se incluirán los primeros 160 pacientes consecutivos con patología quirúrgica de miembro superior que sean intervenidos en el HUMV con isquemia quirúrgica y con anestesia loco-regional. Duración del proyecto: 12 meses.

Resultados: Se pretende mejorar la calidad de cuidados de isquemia, así como obtener beneficios para el paciente como reducción de ansiedad, del daño muscular y nervioso que podrían aumentar el post-operatorio con pérdida de productividad para el paciente y sobre todo del dolor, síntoma que si no es controlado conlleva una anestesia general no prevista lo que aumentaría el riesgo de la intervención, estancia hospitalaria así como el gasto para el sistema sanitario.

P-013. EVALUACIÓN DE LAS PÉRDIDAS DE PRODUCTIVIDAD LABORAL POR MORTALIDAD PREMATURA DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS SOMETIDOS A UN TRASPLANTE

M. Ortega-Ortega, J. Oliva-Moreno, I. Espigado-Tocino y J.D. Jiménez-Aguilera

Universidad de Granada. Universidad de Castilla-La Mancha. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Estimar las pérdidas de productividad laboral ocasionadas por mortalidad prematura en pacientes diagnosticados de una enfermedad onco-hematológica y que se han visto sometidos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Métodos: El estudio cuenta con todos los pacientes onco-hematológicos trasplantados y fallecidos en las provincias de Granada y Sevilla durante los años 2006 y 2011 (177 pacientes). Para la evaluación de la productividad laboral perdida se tuvo en cuenta el salario bruto anual medio de un trabajador en España (Encuesta de Salarios de la Industria y Servicios) y se ajustó por la tasa de ocupación (Encuesta de Población Activa) todo ello en función de la edad y el sexo. Se calculó el flujo futuro de la pérdida que sufre la sociedad tanto por el método del Capital Humano como por el Método de los Costes de Fricción. Los costes fueron actualizados al año 2009.

Resultados: La mayoría de los pacientes (28,5%) sufrían leucemia aguda mieloblástica. El 45,3% de los trasplantes fueron autólogos, y el 90,5% de sangre periférica. La edad media de fallecimiento fue de 45 años (min. 16-máx. 68) y el 54,2% eran hombres. La valoración monetaria de las pérdidas de productividad laboral ascendió a 36,2 millones de euros empleando el método del capital humano y a 672.214,05 euros por el método de los costes de fricción.

Conclusiones: Los resultados varían ampliamente según el método utilizado. Sin embargo, estas pérdidas podrían haberse evitado en el caso de que los trasplantes hubiesen sido efectivos. Futuros progresos científicos permitirán ahorros de tales características.

P-014. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

A. Sicras, J.L. Fernández, L. Santafé, J. Prats y M. Pérez

CAP Doctor Vicenç Papaceit, La Roca del Vallès.

Objetivos: Determinar de influencia de la comorbilidad en el control de la hipertensión arterial en situación de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio transversal, realizado a partir de la revisión retrospectiva de registros de pacientes obtenidos de atención primaria. Se incluyeron pacientes ≥ 30 años que demandaron atención durante el año 2012. Las principales medidas fueron: demográficas, control ($\geq 140/90$ mmHg) de la presión arterial (PA), tiempo de evolución, comorbilidad (general y específica), uso del protocolo de RCV, visitas realizadas y derivaciones a especialistas. Análisis estadístico: regresión logística y lineal múltiple para la corrección de los modelos; $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 900 pacientes (edad media: 67,4 años; mujeres: 51,1%). El 64,8% (IC: 61,7-67,9%) de los sujetos presentaron un correcto control de la PA. El promedio del tiempo de evolución de la HTA fue de 6,0 años y el uso del protocolo de 4,6 entradas/año. La media de

visitas fue de 15,3 y de derivaciones de 0,7. Los años de evolución se relacionaron con la edad ($r = 0,323$). Los pacientes en control de la PA mostraron un mayor promedio de cardiopatía isquémica (11,1% vs 6,9%) y de ECV (19,4% vs 14,8%), $p < 0,05$. El control de la PA se asoció a las mujeres (OR = 1,4) y a la presencia de ECV (OR = 1,8), $p < 0,02$. El número de diagnósticos (comorbilidad) se relacionó con la edad ($\beta = 0,14$) y el número de derivaciones ($\beta = 0,08$), $p < 0,05$ (coeficiente $R^2 = 40\%$).

Conclusiones: El control óptimo de la PA es elevado. El perfil de estos pacientes corresponde a mujeres en situación de prevención secundaria.

P-015. IMPACTO DE LA ENZIMA CYP2D6 EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL

A. Sicras, P. Guijarro, B. Armada, B. Fernández, M. Blanca y R. Navarro

Badalona Serveis Assistencials SA. Health Economics & Outcomes Research Manager, Pfizer. Medical Advisor, Pfizer. Hospital Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Describir la frecuencia de las combinaciones farmacológicas (sustrato-sustrato o sustrato-inhibidor) con potencial riesgo de interferir la principal ruta metabólica de los antidepresivos, la mediada por la enzima CYP2D6.

Métodos: Se efectuó un diseño observacional a partir de registros médicos de pacientes seguidos en régimen ambulatorio. Se incluyeron sujetos > 18 años que iniciaron tratamiento antidepresivo durante 2008-2010 y cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión. Se elaboraron tres grupos: sin combinaciones (referencia), sustrato-sustrato y sustrato-inhibidor. Los pacientes estuvieron en tratamiento con antidepresivo al menos 8 semanas y en seguimiento 12 meses. Principales medidas: demográficas, co-morbilidad (general y específica) y persistencia al tratamiento. Análisis estadístico: modelo de regresión logística, $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 5.630 pacientes con trastorno depresivo mayor. Edad media 61,9 años. 76,9% mujeres. El 24,4% (23,8-26,0%) presentaban alguna combinación de fármacos metabolizados o inhibidores de la enzima CYP2D6 (sustrato-sustrato: 15,4% y sustrato-inhibidor: 9,0%). Estas combinaciones se asociaron principalmente con: demencia (OR = 4,2), neuropatía (OR = 4,2) y AVC (OR = 1,9), $p < 0,001$. Al comparar, el grupo sin combinaciones frente al de sustrato-sustrato y sustrato-inhibidor, destaca venlafaxina (12,4% frente al 47,0% y 35,1%) y sertralina (8,8% frente al 23,7% y 13,2%), $p < 0,001$. La persistencia al tratamiento antidepresivo, a los 12 meses según grupo de estudio fue del 55,3% frente al 50,5% y 45,0% respectivamente, $p < 0,001$.

Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes presenta algún tipo de combinación farmacológica con potencial riesgo de interferir en la ruta metabólica de la enzima CYP2D6. Estas combinaciones aumentan con la comorbilidad y ocasionan una menor persistencia al tratamiento antidepresivo de base.

P-016. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES ASOCIADOS AL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL CARDIOEMBÓLICO AGUDO HOSPITALIZADOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ESTUDIO CODICE

F. de Andrés, J. Vivancos, F.J. Barriga y F. Díaz

Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia. Hospital Universitario de la Princesa. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Estimar la utilización de recursos sanitarios y costes asociados al manejo de pacientes con infarto cerebral cardioembólico (ICE) agudo hospitalizados en la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y pragmático realizado en 5 hospitales de la comunidad de Madrid. Se incluyeron pacientes con ICE agudo de menos de 48h de evolución. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos y recursos sanitarios durante el ingreso hospitalario y se realizó un seguimiento telefónico a los 30 días del ingreso.

Resultados: Se reclutaron 128 pacientes, $75,3 \pm 1$ años, 46,9% mujeres, mortalidad 4,7%. El 93,0% de los pacientes presentó una Escala de Rankin modificada (ERm) < 2 previa al ingreso y el 64,1%, ERm < 2 al alta. El 46,9% de los pacientes necesitaron rehabilitación durante el ingreso (4,5 días) y 60,9% al alta (26,8 días). La duración total media del ingreso fue de $10,3 \pm 0,8$ días. La FANV fue la principal causa del ICE (33,6%). Todos los pacientes necesitaron tratamiento farmacológico durante el ingreso, y un 94,5% necesitó tratamiento farmacológico indefinido al alta. Se realizaron analíticas a todos los pacientes. Las pruebas diagnósticas más frecuentes fueron el TAC craneal (97,7%), electrocardiograma (85,9%) y el dupplex TSA (82,86%). El 32,0% de los pacientes sufrieron complicaciones hospitalarias. El coste total medio por paciente fue de 13.353€. La estancia hospitalaria (45%) y la rehabilitación al alta (29%) fueron los recursos más importantes.

Conclusiones: El coste total medio por paciente con ICE hospitalizados en la Comunidad de Madrid fue de 13.353€, siendo las estancia hospitalaria y la rehabilitación al alta los factores clave.

P-017. ADHERENCIA, PERSISTENCIA EN EL TRATAMIENTO Y COSTES DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL ÁMBITO SANITARIO PÚBLICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. Janés, J. Domínguez, M. Pérez, S. Armengol, S. Paz y L. Lizán

Almirall. Outcomes'10.

Objetivos: Establecer cómo varían los costes directos asociados al manejo de la EPOC en relación a la adherencia y persistencia en el tratamiento y de acuerdo con lo publicado en la literatura.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura (2002-2012) nacional e internacional (fuentes: MedLine/PubMed, Cochrane Library, ISI WOK, MEDES, IBECS, CSIC, Google Scholar) sobre uso de recursos y costes directos de la EPOC, con atención a adherencia y persistencia terapéutica. Costes actualizados a Euros, 2012.

Resultados: Se revisaron $n = 48$ artículos ($n = 9$ españoles; $n = 39$ internacionales), $n = 3$ referidos a adherencia y persistencia en el tratamiento. En España, el coste directo sanitario del paciente con EPOC es superior al de otros países europeos debido a la mayor frecuencia de hospitalizaciones (84% del coste directo). El seguimiento programado y el tratamiento farmacológico regular representan 5% y 3% del coste directo, respectivamente. La EPOC se trata según las recomendaciones en la mayoría de pacientes graves, en el 46% de pacientes moderados, y en el 21% de leves. Pautas complejas de tratamiento, tratamiento sintomático en detrimento de una terapia de mantenimiento y uso concomitante de varios inhaladores generan bajas tasas de adherencia y persistencia en el tratamiento, implicando mayores costes en pacientes no adherentes y no persistentes (5% y 13% por encima del coste medio, respectivamente).

Conclusiones: Adherencia y persistencia en el tratamiento son aspectos del abordaje terapéutico de la EPOC poco explorados. Su consideración en la decisión del tratamiento a indicar ha de contribuir a reducir significativamente los costes de la patología.

P-018. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE CAUSA MUSCULOESQUELÉTICA

A. Martínez Torre, J.M. Rabanal Llevot, C. Martínez Dubois, J. Rueda Gotor, P. Ortega García, M.A. González-Gay Mantecón, M. López Cano y M.A. Díez-Labín del Valle

Dirección Médica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Tomando como base el programa de atención temprana a la incapacidad temporal (IT) de causa ME promovido por el grupo Estrategia Salud y Trabajo, se incorpora su metodología a nuestra Unidad de Musculo-esquelético (UME), equipo multidisciplinar formado por reumatólogos y rehabilitadores que realizan su actividad en el ámbito de la Atención Primaria. Los objetivos son reducir los días de baja laboral por incapacidad temporal (IT) y analizar el impacto del programa incorporado a la UME. La UME da asistencia a 273.000 personas en 15 centros de salud. Se reservan agendas para la valoración precoz de pacientes en IT por patología ME y se promueve su derivación temprana por los médicos de AP, iniciando el programa el 1 de marzo de 2012. Se analizaron la prevalencia por cada mil trabajadores protegidos (PB), las bajas tramitadas (BT), los asegurados de baja a fin de mes (ABFM) y los días de baja de las altas (DBA); y se compararon por fechas (marzo 2012, agosto 2012 y agosto 2011), por áreas de salud con o sin UME y por IT con códigos del CIE-9-MC asociados a patología ME respecto del total de IT. Se constató una reducción en los indicadores de patología musculo-esquelética del área de influencia del programa (BT = 38,5%, ABFM = 30% y DBA = 32,72%), y una marcada diferencia en los días de baja de las altas cuando se comparan con las áreas sin influencia del programa, corroborando así el impacto del programa.

Análisis de la toma de decisiones médicas

P-019. ABORDAJE CLÍNICO ACTUAL EN EPILEPSIA REFRACTARIA

C. Monleón, P. Tardajos y B. Ferro

Departamento de Market Access (Farmacoconomía), UCB Pharma.

Objetivos: Con una incidencia de 10-40/100.000 personas-año, el status epiléptico (SE) es la segunda urgencia neurológica, después del accidente cerebrovascular, con mayor riesgo de morbi-mortalidad. Un tercio de pacientes no responde adecuadamente al tratamiento de primera línea: benzodicepinas y antiepilépticos. El SE que persiste a pesar del abordaje con benzodicepinas y antiepilépticos es conocido como SE refractario (SER). El objetivo del trabajo fue revisar los esquemas de tratamiento clínico existentes en epilepsia refractaria con el propósito de evaluar los avances en este campo.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed (2008-2012) acotada por "clinical protocol refractory epilepsy", "Consensus-Development-Conference", "Guideline", "Practice-Guideline", "Review", "Systematic-Reviews", "Humans" en inglés, español y francés y en Elsevier utilizando los términos "consensus-recommendations-epilepsia" en español.

Resultados: Se obtuvieron 10 artículos. El protocolo general de actuación ante el SER está definido por fármacos antiepilépticos y benzodicepinas como primera línea de tratamiento. Si fuese necesario se añadirían antiepilépticos intravenosos: fenitoína, fenobarbital, valproico, levetiracetam y lacosamida. Si las crisis persistieran (SER), existe un consenso universal sobre la necesidad de anestesia general como eje

de la terapia S.E.R. Entre los tratamientos de elección se encuentran los anestésicos tiopental, propofol y midazolam.

Conclusiones: La epilepsia resistente a fármacos constituye un problema socio-sanitario de primer nivel. El desarrollo de un protocolo homogéneo y universal es vital para implantar un tratamiento efectivo que mejore la calidad de vida del paciente. Sería necesario profundizar con ensayos clínicos y estudios prospectivos observacionales. Adicionalmente, el abordaje temprano de la patología minimizaría los riesgos y costes asociados.

P-020. PREFERENCIAS DE PACIENTES POR LOS TRATAMIENTOS PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DEFINIDOS POR DIFERENTES GRUPOS DE ATRIBUTOS: LA FORMA DE ADMINISTRACIÓN ES EL ATRIBUTO MÁS VALORADO Y LA ADMINISTRACIÓN BUCODISPERSABLE EL NIVEL MÁS PREFERIDO

P. Gutiérrez Hernández, P. Rebollo, J. Mendivil, D. Cazorla y G. Osorio

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias. Centro de Estudios Sexológicos (CESEX). Universidad de La Laguna.

Objetivos: Los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (i-PDE5) para tratar disfunción eréctil (DE) tienen similar perfil farmacológico. Las preferencias del paciente pueden influir en el resultado del tratamiento. El objetivo fue evaluar las preferencias de pacientes por tratamientos para DE aplicando análisis conjunto (AC).

Métodos: Se seleccionaron 7 atributos, por revisión de la literatura y consulta a 25 pacientes tratados de DE y a 5 expertos: efectividad (E), rapidez de inicio (R), duración de efecto (D), efectos adversos (EA), formas de administración (FA), precio (P) e interacción con alcohol y comida (I). Utilizando "Diseño Ortogonal" se seleccionaron 3 grupos de escenarios: Fase 1, 9 escenarios con 4 atributos (R, D, FA, I); Fase 2, 16 escenarios con 7 atributos; Fase 3, 9 escenarios con 4 atributos (E, FA, P, I). Se empleó el "Orden de Preferencia Simulada" utilizando tarjetas con símbolos y texto. Se estudió la interacción de preferencias con edad, comorbilidad y frecuencia de relaciones sexuales.

Resultados: El juego de 16 escenarios resultó muy difícil para los pacientes. Participaron 314 pacientes en la Fase 1, 99 en la Fase 2 y 178 en la Fase 3. Orden de atributos preferidos: Fase 1: A (57,99%), D (16,68%), I (14,57%) y R (10,76%); Fase 2: A (40,53%), E (21,98%), R (8,98%), P (8,11%), D (7,46%), EA (6,67%), I (6,25%); Fase 3: A (53,9%), I (22,45%), P (12,50%), E (11,14%). La FA preferida fue en las 3 fases la bucodispersable, respecto de comprimido e inyectable. No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas con ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: Los pacientes otorgaron mayor importancia al atributo "forma de administración", en cualquiera de las tres fases que se realizaron. La forma de administración preferida fue la de comprimido bucodispersable por encima de comprimido o inyectable.

P-021. INCREMENTO DE LA EFICIENCIA DEL LABORATORIO MEDIANTE EL CONTROL DE LA DEMANDA DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

P. Saura, M.C. Villà y M. Pérez

Hospital General de Granollers.

Objetivos: Describir las acciones llevadas a cabo para contener el gasto del laboratorio en un hospital general, a pesar de los objetivos de incremento de actividad en un contexto económico adverso.

Métodos: Durante el ejercicio 2012 se propusieron objetivos de incremento de actividad quirúrgica y ambulatoria para reducir las listas de espera sin incremento presupuestario. Para contener el consumo del laboratorio se establecieron estrategias de adecuación mediante la

protocolización de las solicitudes por proceso y ámbito, alertas sobre algunas determinaciones centinela, revisión sistemática de las pruebas externas y rechazo de pruebas por solicitud inadecuada.

Resultados: Incremento de la actividad quirúrgica: 4% Disminución de las listas de espera quirúrgica: > 3% Actividad de laboratorio: 1.233.000 determinaciones internas 2012 (disminución de un 2,6% respecto al 2011). Disminución del número de determinaciones por petición respecto al 2011 tanto en peticiones urgentes (de 5,1 a 5,0) como programadas (13,6 a 13,0). Coste total del laboratorio: disminución de un 1,23% respecto al 2011.

Conclusiones: Para realizar un buen control del gasto del laboratorio resulta cada vez más necesario realizar un enfoque orientado a la contención de la demanda mediante la adecuación en la solicitud de las pruebas. La colaboración entre el laboratorio y los clínicos resulta indispensable para conseguir el objetivo. Mantener el laboratorio propio en el Hospital de Granollers facilita esta política liderada por los propios profesionales del laboratorio.

P-022. ITINERARIO ÓPTIMO PARA EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

M. Pérez Fontán y A. Rodríguez-Carmona

Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción: Las estrategias planificadas del tratamiento sustitutivo renal (TSR) tienen especial sentido en pacientes candidatos a trasplante renal, por su expectativa de supervivencia prolongada y por los cambios previsible en sus condiciones clínicas, que pueden determinar la conveniencia de distintas modalidades de tratamiento a lo largo del seguimiento.

Objetivos: Analizar los factores que determinan la selección ordenada de modalidades de TSR en pacientes candidatos a trasplante renal, establecer el papel de las técnicas de tratamiento domiciliario y plantear las ventajas potenciales del inicio de TSR con diálisis peritoneal.

Métodos: Revisión de los principales argumentos sobre la cuestión, tanto desde una perspectiva teórica (médica y sociosanitaria) como en lo referido a la evidencia científica disponible sobre la cuestión.

Resultados: Aunque existen todavía importantes lagunas de conocimiento clínico, la extrapolación de conceptos generales (diálisis incremental, tratamiento ordenado) a este contexto particular y los resultados clínicos comparados, tanto con diálisis como tras el trasplante renal, sugieren que la estrategia de inicio de TSR con diálisis peritoneal en candidatos a trasplante renal proporciona ventajas evidentes, en la mayoría de los casos.

Conclusiones: La decisión informada por parte del paciente es el elemento determinante en la selección de modalidades de TSR. El proceso de educación y selección debe incluir información y recomendaciones específicas sobre la conveniencia de estrategias ordenadas de TSR a largo plazo, sobre todo en pacientes candidatos a trasplante renal.

P-023. SESGOS HEURÍSTICOS Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Minué, J.J. Martín y V. Benítez Hidalgo

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos: Determinar el uso de los heurísticos de representatividad, disponibilidad y anclaje como posibles fuentes de error en el proceso diagnóstico en Atención Primaria. Estudiar los factores circunstanciales que rodean a dicho proceso de toma de decisiones diagnósticas.

Métodos: Estudio prospectivo realizado con pacientes atendidos por disnea en las consultas de 16 médicos/as de 4 centros de salud de distintos niveles socioeconómicos de la provincia de Granada. Se han re-

cogido los diagnósticos diferenciales clasificados por orden de probabilidad y el diagnóstico de presunción. Posteriormente se contrastan con el diagnóstico de confirmación a través de la revisión de historia clínica informatizada, la memoria de centros, y la evaluación de casos por parte de evaluadores expertos. Para estudiar los factores circunstanciales que rodean a dicho proceso de toma de decisiones diagnósticas, se aplica a los médicos/as un cuestionario adaptado de instrumentos de fiabilidad ya validada, para medir la carga mental subjetiva (NASA Task Load Index) y la evaluación de la fatiga relacionada con el trabajo (Swedish Occupational Fatigue Inventory).

Resultados: Se llevaron recogidos la mitad de casos de la muestra, teniendo previstos para la fecha de las Jornadas, presentar resultados preliminares.

Conclusiones: Los resultados del proyecto aportarán información para la construcción de indicadores sobre seguridad del paciente, relevancia bibliométrica ante la escasez de estudio en este terreno y potencial transferencia de los resultados a la práctica clínica.

P-024. EL EFECTO DEL APRENDIZAJE EN LA CONSISTENCIA DE LAS PREFERENCIAS EN SALUD

S. Garrido García, J.M. Abellán Perpiñán, C. Starmer, F.I. Sánchez Martínez y J.E. Martínez Pérez

Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Murcia.

Objetivos: Analizar el efecto del aprendizaje sobre el patrón de contradicciones en las preferencias declaradas (inversión de preferencias) mediante dos tareas lógicamente equivalentes, distinguiendo para ello dos efectos: efecto de la repetición de tareas y efecto de la retroalimentación (visualización de las consecuencias de las decisiones).

Métodos: Se realizaron dos sesiones experimentales que comprendían dos tipos de tareas: elecciones entre dos tratamientos médicos arriesgados y valoración de los mismos. Se seleccionó una muestra formada por 319 estudiantes de la Universidad de Murcia. En la primera sesión el aprendizaje se promovió únicamente por medio de la repetición de tareas; a lo largo de la segunda sesión, además de dicha repetición, los encuestados recibieron retroalimentación.

Resultados: El patrón de inversión de preferencias obtenido inicialmente se ajusta al estándar en la literatura. La repetición de tareas durante la primera sesión se tradujo en una menor incidencia de las inconsistencias, aunque este efecto no fue significativo. Por el contrario, a lo largo de la segunda sesión, la combinación de repetición y retroalimentación promovieron un significativo descenso del patrón estándar de inconsistencias, al tiempo que aumentó la frecuencia con que afloraban preferencias consistentes, pero también la incidencia de un nuevo patrón de inconsistencias opuesto al estándar.

Conclusiones: La mejora en términos de consistencia fue mayor cuando la repetición de tareas se acompañó de retroalimentación, que cuando sólo hubo repetición. No obstante, dicha mejora se vio limitada debido a la tendencia creciente en un patrón de inconsistencias no estándar.

P-025. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL MÉDICO: BUSCADOR ONLINE DE PRINCIPIO ACTIVO

F. Pérez Hernández, J.I. Gutiérrez Revilla, M. Martínez Cabarga, M.I. de Frutos Iglesias, M.A. Urbieta Quiroga y J. Cortázar García-Escudero

Servicio de Gestión Farmacéutica, Subdirección de Asistencia Sanitaria, Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Implantar un sistema asistido a la prescripción por el médico que ayude a identificar la denominación completa por principio

activo (PA) del medicamento, modalidad de prescripción más eficiente en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Fase I. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar. Fase II. Diseño y desarrollo de la herramienta. Fase III. Implantación en un entorno de preproducción y pruebas. Fase IV. Implantación del buscador en las intranets de los hospitales. Fase V. Difusión de información sobre la utilidad y manejo. Fase VI. Análisis de resultados y elaboración de informe final.

Resultados: La duración del proyecto fue de 6 meses. La fase I comenzó en septiembre de 2012 y ha finalizado en febrero de 2013, con el sistema de ayuda operativo en los hospitales del Servicio Cántabro de Salud. La herramienta facilita al médico identificar la denominación por PA del medicamento seleccionado para indicar en la receta. La normativa sanitaria en vigor establece, cuando la prescripción se realiza por PA, que el farmacéutico debe dispensar el medicamento de precio más bajo, asegurando la máxima eficiencia en la decisión del médico. En los 4 meses que lleva operativo, el sistema contabilizó 1.386 accesos. Las primeras semanas se recibieron numerosas consultas sobre su manejo. La prescripción por PA en receta alcanzó el 36,11% en diciembre de 2012 en el ámbito hospitalario.

Conclusiones: Implantar ayudas activas que se puedan utilizar durante el proceso de prescripción, resulta eficiente y es aceptado positivamente por los profesionales sanitarios.

P-026. ANÁLISIS DE COSTE EFECTIVIDAD DE GLATIRÁMERO EN LA EMRR: UNA PERSPECTIVA REAL

N. García-Agua Soler, G. Izquierdo Ayuso, A.J. García Ruiz y M.L. González Álvarez

Cátedra Economía de la Salud y URM. Universidad de Málaga.

Objetivos: Analizar la eficiencia en la de práctica clínica habitual de glatirámero comparado con otros tratamientos empleados en la esclerosis múltiple remitente-recidivante (EMRR).

Métodos: Perspectiva: SNS. Sujetos: cohorte de 180 pacientes agrupados en 2 grupos según el tratamiento recibido: acetato de glatirámero - GA (n = 120); Otros tratamientos OT (n = 60). Horizonte temporal: desde que son incluidos en la base de datos hasta el cierre de la misma 01/10/2012. Más de 10 años. Efectividad: tiempo de evolución de la enfermedad, número de brotes, escala EDSS y EQ-5D. Costes analizados: medicación empleada, tratamiento de los brotes y los costes de las visitas al neurólogo para control de la enfermedad. Actualizados a € 2012. Análisis estadístico: frecuencia, media, DE e IC95%. Estadística inferencial: chi-cuadrado, t-Student y Anova de una vía. Análisis de Kaplan-Meier para el análisis de la efectividad de los tratamientos según EDSS.

Resultados: La RCE media fue de 21.827 €/AVAC no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos de estudio (p = 0,063). El ratio CE del tratamiento farmacológico fue de 17.427 €/AVAC y hubo diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,018), siendo la ratio coste efectividad en el grupo GA un 17% inferior respecto al grupo de OT. En el CE de los tratamientos comparados según el EDSS se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, estas diferencias entre GA y OT fueron de más de 6.500 €/AVAC (a favor del primero) para un EDSS ≤ 4 y de algo más de 3.500 €/AVAC para un EDSS > 4.

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario I

P-027. APLICACIÓN DE LA LÓGICA DOMINANTE DEL SERVICIO A LA INDUSTRIA DE APARATAJE MÉDICO: ¿SE VENDEN PRODUCTOS O SERVICIOS?

R. Wells, M.G. Gallarza y R. Calero

Universidad Católica de Valencia. University of North Carolina Willmington.

Objetivos: Dado que la tecnología ocupa un lugar cada vez más destacado en el sector sanitario, analizamos la aplicabilidad de la teoría de marketing "Lógica Dominante del Servicio" (Service Dominant Logic) a la industria de aparataje médico, concretamente al servicio de formación ofrecido, con objeto de desarrollar una ventaja competitiva.

Métodos: Tras una revisión de la literatura sobre por un lado, la Lógica Dominante del Servicio a la gestión de los servicios, y por otro la idiosincrasia de la industria de aparataje médico, se efectuó una investigación exploratoria de carácter cualitativo. Desde una doble óptica de oferta y demanda, se desarrollaron consultas a 5 proveedores de servicios y a 4 clientes de USA, España, Australia y Nueva Zelanda, con preguntas abiertas basadas en 5 cuestiones a investigar.

Resultados: Se identificaron comportamientos de co-creación de valor propios de una orientación de Servicio Dominante, detectándose su presencia entre escasa y media en la formación ofrecida por la industria de aparataje médico. Asimismo, se observa una falta de claridad en aspectos como el feedback y la recomendación, existiendo diferencias entre países. A su vez, cabe resaltar cómo la regulación desempeña un papel determinante.

Conclusiones: La Lógica Dominante del Servicio constituye una estrategia factible para la industria de aparataje médico, creadora de ventajas competitivas útiles en un entorno dinámico. A tal efecto, se requiere un cambio de mentalidad en esta particular industria, pasando de la "entrega de valor" a la "co-creación de valor" a través de la colaboración con el cliente.

P-028. MODELO INFORMÁTICO APLICADO A LA GESTIÓN EFICIENTE DEL PACIENTE CRÓNICO

J.L. Guerra, S. Alonso, V. García y M.J. González

Hospital Marqués de Valdecilla.

Introducción: La cronicidad supone un reto de atención y gestión en el ámbito sanitario.

Objetivos: Describir un modelo de atención asistencial e integral del paciente, con eficiencia y calidad en la prestación. Análisis descriptivo de la cronicidad en Cantabria. Relación e interacción con los servicios sociales Programas de formación a pacientes/profesionales. Descripción del programa ARGOS-care en la atención al paciente crónico. Desarrollo: en nuestra comunidad se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población y un aumento del índice de dependencia. Se estima que un 27,2% de población padece enfermedad crónica en 2011. Son las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, reumatológicas y mentales las más prevalentes. Cronicidad y dependencia están íntimamente relacionadas suponiendo un coste elevado en todos los niveles de atención. El Plan estratégico se basa en la promoción del autocuidado, potenciar la Atención Primaria como coordinadora de cuidados y servicios. El proyecto ARGOS-care es una plataforma tecnológica para la gestión eficiente de pacientes crónicos; disponible para profesionales (A. Primaria/Especializada) pacientes y gestores. Proporciona información adecuada a cada tipo de usuario, y permite así mismo introducir datos clínicos/análisis.

Conclusiones: El envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas y su dependencia requieren realizar una gestión sanitaria eficiente. Los Servicios Sanitarios y Sociales deben adecuarse a este tipo de pacientes. Son necesarias estrategias de formación en salud para el profesional y el paciente. Las TICs permiten la gestión eficiente del paciente crónico, fomentando su utilización por los profesionales, pacientes y gestores.

P-029. IMPACTO DE LA COMPRA CENTRALIZADA HOSPITALARIA DE FENTANILO (D.O.E.) TRANSDÉRMICO EN EL CONSUMO A NIVEL DE OFICINAS DE FARMACIA

A. Echeto García, L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache, A. Zubizarreta Aizpurua, M.J. Gardeazábal Romillo, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena e I. Betolaza San Miguel

Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Objetivos: La compra centralizada de medicamentos hospitalarios es una de las medidas de gestión implementadas por Osakidetza para mejorar las condiciones económicas de adquisición de medicamentos. El objetivo es evaluar el impacto de una compra centralizada hospitalaria en el consumo de ese fármaco a nivel de oficinas de farmacia, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). El medicamento evaluado es el fentanilo (D.O.E.) transdérmico.

Métodos: Se han obtenido los datos de recetas facturadas de fentanilo (D.O.E.) parche transdérmico con cargo al Sistema Nacional de Salud en la CAPV. El periodo de estudio es 2010-2012 y las variables utilizadas: número de envases, importe y DDDs. Se ha obtenido la resolución de adjudicación de contrato correspondiente al concurso público de compra centralizada del fentanilo (D.O.E.) parche transdérmico (julio 2011). Se han comparado los datos de consumo de la presentación adjudicada, durante el periodo de estudio.

Resultados: El concurso público fue adjudicado al medicamento Fendivia®. Los resultados indican que el número de envases de Fendivia® se incrementó en 2011 un 16% respecto al año anterior (9.418 vs 10.902, respectivamente). En 2012 este valor descendió un 12% (9.585). El valor en importe descendió durante todo el periodo de estudio principalmente por bajada de precios.

Conclusiones: La compra centralizada hospitalaria podría inducir la prescripción en atención primaria. Los potenciales ahorros en el gasto farmacéutico hospitalario podrían suponer un impacto económico relevante en la factura farmacéutica a través de receta, si dicha presentación no se encuentra en las guías de utilización de medicamentos.

P-030. LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA COMO UNA HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA

B. Torres Manrique, M. Loreto J. Maciá Soler y J.J. Uris Selles

Universidad de Cantabria.

Introducción: La seguridad en cirugía constituye actualmente un problema de salud pública debido a su elevado y creciente uso dentro de la atención sanitaria, el alto potencial de daño asociado y la demostración de que la mayor parte de los efectos adversos relacionados con los procedimientos quirúrgicos son prevenibles. La Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ) pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables.

Objetivos: Analizar la implementación del LVSQ como una herramienta de mejora de la seguridad del paciente.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en datos de registros realizado durante 2010 en el área quirúrgica del Ser-

vicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Santa Cruz de Lieres. La muestra está integrada por todos los pacientes intervenidos de problemas traumatológicos durante 2010.

Resultados: Se analiza la información de 1293 pacientes. Los ítems relacionados con el paciente (confirmación de identidad, monitorización) son los que mayor cumplimentación tienen. La cumplimentación en la LVSQ, el más elevado en contenido y firma es el que cumplimenta Enfermería por encima del anestesista o cirujano.

Conclusiones: La LVSQ implica un compromiso activo entre pacientes y profesionales para la mejora de la calidad para detectar problemas con objeto de buscar soluciones y mejorar progresivamente, en espiral de mejora continua. La seguridad de los pacientes debe ser una prioridad y LVSQ puede hacer más segura la cirugía al evaluar proceso en lugar de resultado.

P-031. ¿ES POSIBLE MANTENER EL CLIMA LABORAL EN UN CONTEXTO ECONÓMICO ADVERSO? EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS

P. Saura, C. Tusquellas, E. Martín, M. Clarambo, C. Pla, A. Aloy, A. Benavent, C. Padullés y R. Lledó

Fundación Privada Hospital General de Granollers.

Objetivos: Describir los elementos de cohesión e implicación de los profesionales del Hospital de Granollers los últimos 2 años de contexto económico adverso.

Métodos: Se describen proyectos que potenciaron la participación y el coliderazgo de los profesionales, así como resultados de actividad asistencial (con equilibrio presupuestario) e indicadores que demuestran la implicación y cohesión de los profesionales.

Resultados: De objetivos: el convenio con la Universidad Internacional de Cataluña integró 106 estudiantes pregrado en el hospital y 23 profesores. La creación de 7 Juntas de ámbito facilitó el coliderazgo de los mandos intermedios médicos y de enfermería. La implantación de la medicina privada permitió 662 altas privadas (3,4% total) y 352 intervenciones quirúrgicas privadas. El acuerdo social para renunciar al 5% de la masa salarial (complemento de objetivos) se aprobó con el 92% de los trabajadores a favor. La creación de una Junta de Informática médica implicó a 12 profesionales. La actividad en 17 comisiones de calidad implicó a 290 profesionales. De actividad asistencial: disminución del 3% de la lista quirúrgica garantizada. Incremento del 4% en intervenciones quirúrgicas públicas. Reducción de la lista de espera ambulatoria en las especialidades más problemáticas. De implicación y cohesión: 103 comunicaciones presentadas en la 1era maratón científica del hospital. 600 profesionales implicados en un libdub realizado por iniciativa de los profesionales <http://www.youtube.com/watch?v=18GKuJDN3nQ>.

Conclusiones: Potenciar la participación de los profesionales en las decisiones, así como la introducción de actividades complementarias a la actividad pública, se mostró fundamental para mantener el clima laboral.

P-032. INFLUENCIA DEL MODELO ORGANIZATIVO SANITARIO EN LA CALIDAD CLÍNICA Y EFICIENCIA ECONÓMICA. UNA EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L.A. Herrera Noreña y M. Gómez Fleitas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: Estudiar el comportamiento clínico y económico de un nuevo modelo de gestión clínica en el área de la patología digestiva de nuestro Hospital.

Métodos: Se agruparon servicios y unidades clínicas en una unidad funcional destinada al manejo de pacientes, fundamentalmente con patologías digestivas, denominada Instituto de Patología Digestiva (IPD). Una vez puesto a punto, y funcionando mediante un Contrato de Gestión; se estudiaron parámetros clínicos y económicos de la actividad durante el año 1999, con respecto al 1998, según la adscripción, o no, de los pacientes tratados al IPD. Se realizó una comparación, en forma de "Benchmark", con otros modelos similares españoles y con otros centros del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Resultados: El modelo IPD demostró mejoría en parámetros de hospitalización, disminución de lista de espera quirúrgica, incremento de la calidad (mayor eficiencia quirúrgica, menor morbilidad, estancia media, etc.). El coste de la atención fue sensiblemente menor y en el "benchmark", los modelos semejantes, mostraron una complejidad mayor a la norma Patología Digestiva, del SNS, y una menor estancia media.

Conclusiones: El modelo organizativo sanitario, influye poderosamente en la calidad, cantidad y costes del servicio realizado. Debería valorarse un cambio de modelo que proporcione más calidad a los pacientes y mayor eficiencia económica a los contribuyentes.

P-033. CALIDAD PERCIBIDA DE LA INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS EN PACIENTES EN DIÁLISIS

M.E. Abuchanab, J.F. Ríos y P. Saavedra

Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.

Objetivos: Determinar la calidad percibida por un grupo de pacientes en tratamiento hemodiálisis renal acerca de la información que reciben respecto a su tratamiento farmacológico por los distintos integrantes del equipo de salud.

Métodos: Diseño descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Realizado entre mayo y junio de 2012 en un centro de hemodiálisis de Argentina. Encuesta anónima de 10 preguntas tipo múltiple choice. Los datos fueron analizados mediante la media aritmética y el porcentaje del total de casos.

Resultados: Sobre las razones para el inicio del tratamiento, pautas de administración-dosificación y dudas respecto a dosificación, la mejor calidad de información es brindada por el médico, aunque en el último rubro los demás pacientes del centro de diálisis se aproximan bastante a los médicos. En contraindicaciones (CI), efectos adversos (EA) e interacciones (IA), el médico perdió protagonismo frente al farmacéutico (30% para ambos en EA e IA) e incluso ante los propios compañeros de diálisis (33% vs 29% en CI). Para el manejo del EA cuando este se presentaba, la mejor información provenía de los mismos pacientes. El 77% percibió complicidad entre el médico y la industria farmacéutica al prescribir medicamentos.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo evidencian la mala comunicación entre el paciente y su médico. Estas fallas son detectadas por los enfermos, llevándolos a satisfacer sus dudas con otros pacientes o con el farmacéutico. El haber podido detectar este problema, ha generado acciones internas para revertir esta situación y brindarles a los pacientes una atención médica de calidad.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 19 de junio de 2013. 15:00 a 16:00 h

Evaluación económica II

P-034. IMPORTANCIA DE LOS ALGORITMOS DE PROGRAMACIÓN EN LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA (TRC-D): ¿PODEMOS OBTENER AHORROS EN FUNCIÓN DE LA SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO?

B. Martí Sánchez, J. Balaguer Recena y J. Rubio Sanz

Health Economics and Reimbursement Specialist, Medtronic Ibérica. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá de Henares. Área de Arritmias y Estimulación Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) presenta beneficios clínicos incuestionables en pacientes con insuficiencia cardiaca. Sin embargo no se conoce el impacto económico de los algoritmos diagnósticos y terapéuticos incorporados en estos dispositivos cardiacos. El objetivo del estudio fue determinar el beneficio económico de nuevos dispositivos TRC con función de desfibrilación (TRC-D): Viva XT y Brava.

Métodos: Realizamos un modelo económico incorporando los algoritmos (AdaptiveCRT, CardioSync, SmartShock, Optivol), la mayor longevidad de las baterías y el seguimiento remoto con CareLink de los nuevos dispositivos de TRC-D. Los datos clínicos del modelo se obtuvieron de literatura publicada y datos propios de los dos hospitales participantes. El modelo se adaptó en base a la práctica clínica considerando un horizonte temporal de 7 años. Los costes se presentaron en euros del año 2012.

Resultados: El caso base mostró unos ahorros de entre 3.000-8.000€ y 6.000-8.000€ por dispositivo a lo largo de 7 años en función del dispositivo considerado, Brava y Viva XT respectivamente, y el comparador. El principal responsable del ahorro fue la mayor longevidad, seguido por el ahorro de energía producido por el algoritmo Adaptive-CRT en el dispositivo VIVA XT. En el caso de Brava, el principal responsable del ahorro fue la longevidad, la reducción de las descargas inapropiadas y la monitorización remota.

Conclusiones: La nueva familia de dispositivos TRC-D produce importantes ahorros a nivel hospitalario. Este beneficio económico debería tenerse en cuenta en la selección del dispositivo a implantar, sobre todo en hospitales con una tasa anual de implante considerable.

P-035. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS INTRAVENOSOS EN HOSPITALES DE DÍA DEL SNS

A. Hidalgo, P.A. Cabello, L.M. Peña, Al. Ivanova, A. Sanz y B. Aragón

Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla La Mancha. Área de Econometría, Universidad de Castilla La Mancha. Instituto Max Weber. Weber, Economía y Salud. Outcomes Research Unit, MSD.

Objetivos: Estimar los costes unitarios de la administración de medicamentos intravenosos para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en hospitales de día del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Se realizó la recogida de datos en dos centros: Complejo Hospitalario de Toledo y la Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Los criterios de selección a los pacientes contemplan tener diagnóstico de artritis reumatoide, ser mayor de edad y estar en tratamiento con alguno de los siguientes medicamentos biológicos: infliximab, rituximab, abatacept y tocilizumab. Se tuvieron en cuenta tres grupos de costes: costes fijos de estructura, costes variables de material sanitario y no sanitario y costes de personal. Se llevó a cabo la medición del tiempo real empleado por el personal sanitario en la atención a los pacientes con AR durante la administración de los biológicos. Después, mediante procedimientos de contabilidad analítica, se imputó el coste por paciente de dicha administración en cada Hospital.

Resultados: Los resultados del estudio muestran unos tiempos medios de tratamiento de 165,45 minutos, existiendo grandes diferencias, dependiendo del fármaco aplicado. Los resultados de ambos centros nos dan un coste medio de infusión de 59,63 € (DV \pm 54, 79 €) y un coste medio por minuto de infusión de 0,36 € (DV \pm 0,24 €).

Conclusiones: Los resultados preliminares muestran un coste medio de infusión inferior al que habitualmente se utiliza en los modelos de evaluación económica, obtenido de la base de datos de e-salud, valorado en 241,7 euros la infusión de 2 horas o 2,01 euros por minuto de infusión.

P-036. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO "TEVAS" SOBRE EL COSTE-UTILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS AÓRTICA TRANSCATÉTER RESPECTO A CIRUGÍA CONVENCIONAL Y TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE

A. Ribera, I. Ferreira-González, J. Slob, V. Serra, C. Falces, R. Andrea, E. Gutiérrez, R. del Valle, P. Mota y P. Tornos

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Hospital Clínic i Provincial. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Hospital Central de Asturias. Hospital Clínic Universitario de Valladolid.

Objetivos: El objetivo principal del estudio observacional TEVAS es evaluar el coste-utilidad de la implantación transcatheter de una prótesis valvular aórtica (TAVI) frente al recambio valvular aórtico quirúrgico (RVA) y el tratamiento médico (TM). Se presentan resultados de supervivencia, uso de recursos y calidad de vida durante los primeros seis meses de seguimiento.

Métodos: Reclutamiento prospectivo en el momento de indicación en 7 hospitales españoles. Seguimiento centralizado telefónico a 1, 3 y 6 meses después de la indicación y/o la intervención. Medición de la calidad de vida con EQ-5D.

Resultados: Seguimiento disponible a 1, 3 y 6 meses para 111, 99 y 72 pacientes TAVI; 33, 26 y 22 RVA; 68, 50 y 32 TM. Supervivencia a 6 meses de 90% (TAVI), 93% (RVA), y 81% (TM). Para TAVI EQ-5D mejoró durante el primer mes (de 0,65 a 0,75), y para RVA, después de empeorar, mejoró entre el primer y tercer mes (de 0,59 a 0,73), quedando estable en adelante en ambos grupos. Estancia posquirúrgica de 11,3 vs 17,5 días. Ingresos hospitalarios mensuales por paciente: 0,09 (TAVI), 0,11 (RVA) y 0,18 (TM).

Conclusiones: Estos resultados preliminares sugieren que TAVI acorta la estancia hospitalaria y resulta en una mayor ganancia en calidad de vida durante los primeros meses frente a RVA. Posteriormente no se aprecian diferencias en supervivencia y calidad de vida ni en consumo de recursos. En comparación con TM ambas intervenciones resultan en mayor supervivencia y calidad de vida y reducen el consumo de recursos.

P-037. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR DESDE LA PERSPECTIVA DE ENTIDADES ASEGURADORAS DE SALUD

C. Collados y J. Rejas

Departamento de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Trial Form Support. Health Economics & Outcomes Research, Pfizer SLU.

Objetivos: Estimar el impacto presupuestario (IP) desde la perspectiva de un 3^{er} pagador (Entidades Aseguradoras de Salud-EAS) de un programa de deshabituación tabáquica en pacientes con alto riesgo cardiovascular (RCV) utilizando las alternativas farmacológicas disponibles.

Métodos: Se simularon dos cohortes de 1000 asegurados, de alto RCV (diabéticos tipo-2 -DM2- y cardiopatas), > 50 años, con un horizonte de cinco años, y prevalencia de tabaquismo del 10,5%. Se estimó que el 69,6% desearía dejar de fumar con tratamiento farmacológico. La eficacia (abstinencia anual) considerada fue: vareniclina; 33,2%, bupropión; 22,4%, terapia sustitutiva de nicotina (TSN); 21,2%, con una recaída del 6% decreciente anualmente, y una distribución de uso de estas terapias del 56%, 6% y 38%, respectivamente. Se incluyeron costes del tratamiento y los ahorros producidos por utilización de recursos sanitarios evitados.

Resultados: Cuarenta-y-dos pacientes dejan de fumar en el 1^{er} año. Los costes de tratamiento fueron 23.530€, con ahorros en 5 años por recursos sanitarios evitados de -6.702€ para cardiopatas y -72.018€ para DM2. Se observaron ahorros netos a partir del 2^o año de cesación tabáquica en DM2 (-14.145€) y del 4^o en cardiopatas (-558€). El ahorro en el IP aumenta si se utiliza vareniclina en todos los pacientes: -9.751€ en cardiopatas y -87.420€ en DM2.

Conclusiones: Considerando los costes sanitarios evitados, la provisión de deshabituación tabáquica farmacológica por EAS en pacientes con alto RCV produce ahorros desde el segundo año en diabéticos y desde el cuarto en cardiopatas. Estos ahorros se incrementan si solo se usa vareniclina en todos los asegurados.

P-038. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA DE PRÓSTATA EN CANTABRIA

J.A. Vázquez Rodríguez, P.J. Prada Gómez, J.C. Dueñas Puebla, A.B. García Garrido y M.A. Ramos Barrón

Servicio de Oncología Radioterápica; Subdirección de Gestión Económica y Presupuestaria, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: En diciembre de 2012 se puso en marcha en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla una nueva técnica para tratar el cáncer de próstata de bajo riesgo: la braquiterapia de próstata de baja tasa. Hasta esta fecha los pacientes de Cantabria que elegían esta terapia eran derivados a otras CCAA. El objetivo de este estudio es hacer un análisis de costes de la implantación de esta técnica y compararlos con la situación anterior.

Métodos: Hemos hecho una estimación de los costes del procedimiento con la colaboración de la Subdirección de Gestión Económica y Presupuestos del HUMV. Para los costes de la derivación tuvimos en cuenta gastos de transporte, de manutención y el valor del importe de la braquiterapia prostática recogido en el anexo II de la Orden SSI/2687/2012.

Resultados: El coste del procedimiento de braquiterapia de próstata de baja tasa en el HUMV es de 5537€. Es un coste menor que el precio recogido en la Orden SAN 12/2011 para otras opciones terapéuticas. El número medio de pacientes que eran derivados anualmente a otras CCAA es de 50. Su coste para el presupuesto del Gobierno de Cantabria es de 10883 euros por paciente.

Conclusiones: El beneficio neto anual de la implantación de la braquiterapia de próstata de baja tasa es de 267.300 euros. La puesta en marcha de esta técnica ha sido asumida por el HUMV sin un aumento del personal y evitará que unos 50 pacientes tengan que desplazarse anualmente fuera de Cantabria para realizar el tratamiento.

P-039. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA COMBINACIÓN DE DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA CON FORMOTEROL EN POLVO PARA INHALACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA EN ESPAÑA

A. Sanz-Granda y A. Hidalgo

Weber Economía y Salud. Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estimar el impacto económico en el presupuesto del sistema nacional de salud de dipropionato de beclometasona y formoterol como polvo seco inhalado en el tratamiento del asma persistente moderada-grave.

Métodos: Se desarrolló un modelo que estima el impacto presupuestario desde la perspectiva del financiador del sistema de salud, incorporando sólo costes sanitarios directos (diagnóstico, tratamiento, monitorización y complicaciones). Las alternativas evaluadas fueron fluticasona con salmeterol y budesonida con formoterol, ambas también en polvo seco para inhalación. La población analizada se basó en datos de prevalencia con un seguimiento de 4 años (2013-2016).

Resultados: Para la población asmática española que recibe tratamiento, se estima un ahorro en el 1º año de 699.070 € (coste farmacológico: 40,4%, coste no farmacológico: 59,6%). Dicha reducción aumenta a medida que lo hace la cuota de utilización, obteniéndose en el último año una reducción de 4.516.499 €. El análisis de sensibilidad mostró que el resultado es sensible al número de pacientes tratados.

Conclusiones: La introducción en España de dipropionato de beclometasona y formoterol como polvo seco para inhalación en el tratamiento del asma, en sustitución de fluticasona con salmeterol y budesonida con formoterol, ambas también como polvo para inhalación, se asocia a una reducción de costes superior a 9 millones € en 4 años.

P-040. EFFICIENCY OF A PRIMARY CARE-LED LIFESTYLE INTERVENTION IN DELAYING PROGRESSION TO TYPE2 DIABETES AMONG HIGH-RISK MEDITERRANEAN-SPANISH INDIVIDUALS

O. de Sola-Morales, B. Costa, J.J. Cabré, R. Sagarra, B. Sunyer, F. Barrio, J. Salas-Salvado, J. Tuomilehto and The DE-PLAN-Cat/Predice Research Group

IISPVIIISPV, IDIAP-Jordi Gol, URV, THI.

Background: The DEPLAN (Diabetes in Europe Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional intervention project) was designed to transfer findings of diabetes prevention into primary healthcare.

Objectives: Evaluating the cost-effectiveness of the DEPLAN intervention when implemented in Catalonia.

Methods: Incidence of diabetes, resource utilization, cost and quality of life (15D questionnaire) were collected alongside a real-life prospective cohort study conducted in 18 primary care centres. White-European without diabetes aged 45-75 years (n = 2,054) were screened using the FINDRISC and a 2-h OGTT. Where feasible, high-risk identified individuals who agreed to participate (n = 552) were allocated sequentially to standard care (n = 219), a group-based (n = 230) or an individual (n = 103) intensive lifestyle DE-PLAN intervention. Analyses after 4.2-year median follow-up were performed based on the intention-to-treat principle.

Results: The incidences of diabetes were 7.2 and 4.6 cases per 100 person-years in the standard care group and the intensive intervention group. 4 and 3.6 cases in the group-based and the individual-based intensive intervention which represented 36.5% relative risk reduction (p < 0.005) reaching to 49.3% in the individual intensive intervention group. The corresponding incremental cost-effectiveness ratios were 108€ (group) and 746€ (individual) per averted case of diabetes compared to standard care group. At study close quality of life was higher in the intensive lifestyle intervention group (0.93/0.91, p < 0.01) being the incremental cost-utility ratio 3,243€ per quality-adjusted life-years gained.

Conclusions: Taking into account the costs of managing overt disease this primary care-led intensive lifestyle intervention was not only effective but also efficient in delaying progression to type2 diabetes.

P-041. ¿EL USO DE UN SELLANTE DE POLIETILENGLICOL (COSEAL®) EN CIRUGÍA CARDIACA DE VÁLVULA AÓRTICA PUEDE AHORRAR COSTES AL SISTEMA DE SALUD EN ESPAÑA?

C. Torres González, A. Casado Gómez, C. Morales, J.C. Llosa, I. Oyagüez Martín y M.A. Casado Gómez

Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia S.L. Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Evaluar el coste de la administración de un sellante de polietilenglicol (SPEG; CoSeal®) en el cierre anastomótico de procedimientos aórticos utilizando la técnica de Bentall.

Métodos: Se ha realizado un análisis de costes en pacientes a los que se administró un SPEG frente a un grupo control. El uso de recursos de los grupos se ha obtenido de un estudio en 102 pacientes sometidos al procedimiento de Bentall (Natour. J Card Surg 2012;7:105). Se consideraron los siguientes recursos directos sanitarios: SPEG, transfusión de glóbulos rojos, transfusión de plasma congelado en fresco, retorcotomía, estancia en UCI y en Cirugía Cardíaca. Se realizó un análisis de sensibilidad (AS) considerando un ± 25% de los recursos. Los costes unitarios (€, 2013) se obtuvieron de eSalud.

Resultados: No se observaron diferencias entre los grupos de pacientes en características demográficas, preoperatorias e intraoperatorias. En el postoperatorio, en el grupo con SPEG se demostró frente al grupo control: una reducción del volumen de drenaje (985 ± 972 vs 1.709 ± 1.302 ml), menor necesidad de transfusión (glóbulos rojos: 761 ± 863 vs 1.248 ± 1.206 ml), plasma congelado en fresco (413 ± 532 vs 779 ± 834 ml), una tendencia hacia una tasa menor de retorcotomías (1/48 vs 6/54). Estas reducciones suponen un ahorro total promedio por paciente tratado con SPEG frente al grupo control de 7.876,42 € (AS: 5.782,55 € y 9.970,28 €, con -25% y +25% de recursos, respectivamente).

Conclusiones: El uso de CoSeal® supone un ahorro de costes en el tratamiento de la cirugía cardiaca de la válvula aórtica, siguiendo la técnica de Bentall.

P-042. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DEL RETINÓGRAFO NO MIDRIÁTICO DIGITAL (TELEOFTALMOLOGÍA) EN LUGAR DEL OFTALMOSCOPIO TRADICIONAL EN EL CRIBADO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA EN ESPAÑA

C. Rubio-Terrés, D. Rubio-Rodríguez y M. Riera-Febrer

Health Value. Madrid. Novartis Farmacéutica. Barcelona.

Objetivos: Estimar el impacto presupuestario (IP) para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de la introducción del retinógrafo en lugar del oftalmoscopio en el cribado de la retinopatía diabética.

Métodos: El IP para un periodo de 3 años consideró una prevalencia de diabetes desde los 16 años del 6% (2,3 millones de pacientes). El uso de recursos se estimó considerando un cribado anual de toda la población diabética, el coste de adquisición, mantenimiento y manejo de los equipos, de los fármacos utilizados para la revisión del fondo de ojo, de las consultas médicas y de la valoración de los diagnósticos dudosos. Los costes unitarios (€ de 2012) y el uso de recursos se obtuvieron de fuentes españolas.

Resultados: El coste por paciente del cribado con el oftalmoscopio tradicional y el retinógrafo digital sería de 87,34 € y 58,87 €, respectivamente. Este ahorro se debería principalmente al aumento del papel del médico de primaria en detrimento de las consultas al especialista y en el hospital. En consecuencia, el coste del cribado durante 3 años de la retinopatía diabética con el oftalmoscopio tradicional ascendería a 633.717.049 €. El cribado con el retinógrafo digital reduciría este coste hasta los 427.137.963 €, por lo que la sustitución del cribado con el oftalmoscopio por el realizado con el retinógrafo generaría un ahorro trienal para el SNS de 206 millones de euros.

Conclusiones: La implantación en España del retinógrafo no midriático digital en el cribado de la retinopatía diabética generaría considerables ahorros para el SNS.

Evaluación de políticas de salud y servicios sanitarios I

P-043. SERVICIO SANITARIO PÚBLICO VS PRIVADO: PERCEPCIONES COMPARADAS EN TÉRMINOS DE SATISFACCIÓN Y RECOMENDACIÓN

O. Nerbón, R. Calero, G. del Chiappa y M.G. Gallarza

Universidad Católica de Valencia.

Objetivos: Ante el debate al que estamos asistiendo en torno a las fórmulas de gestión sanitarias, nos preguntamos por la percepción del usuario ante dos modelos polarizados: la gestión pública y la gestión privada. Así, buscamos conocer y comparar la percepción y valoración de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados, distinguiendo a su vez entre atención primaria y atención especializada/hospitalaria.

Métodos: Tras una revisión de la literatura sobre gestión sanitaria y marketing sanitario, se ha diseñado un análisis cuantitativo basado en un cuestionario en el que, desde una perspectiva múltiple, se pretende recoger y posteriormente analizar la percepción y valoración de los servicios de salud públicos y privados en sus niveles de atención primaria y especializada/hospitalaria.

Resultados: Tras la validación del cuestionario, nos encontramos en una fase de trabajo de campo en la que estamos distribuyendo el cuestionario y recogiendo las primeras respuestas de los encuestados. Se prevé realizar análisis comparativos cruzados: público vs privado y primaria vs hospitalaria, tanto con carácter intrapersonal (mismo individuo valorando los 2, 3 o los 4 servicios) como interpersonales (comparativas de dos colectivos).

Conclusiones: Las conclusiones del trabajo se espera arrojen luz sobre la comparativa entre tipos de micros servicios (centrales --atención médica, enfermería-- o periféricos --limpieza, rapidez--). La percepción de los tiempos de espera de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados es también otro de los objetivos que sería presentado en las próximas Jornadas de Economía de la Salud.

P-044. EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS EN SALUD INTRODUCIDAS EN CATALUÑA DURANTE EL PERÍODO DE CRISIS ECONÓMICA

L. Maynou, M. Jofre-Bonet y M. Sáez

Grup de Recerca en Estadística, Econometria i Salut (GRECS), Universitat de Girona. CIBER de Epidemiologia y Salud Pública.

Introducción: La economía española entró en recesión el primer trimestre del 2009, tras caer el PIB dos trimestres consecutivos. El primer efecto observable de la crisis ha sido un aumento de la necesidad de atención, aproximada como deterioro en la salud autopercebida. A partir del verano de 2011 el Gobierno catalán implementó las primeras políticas de ajuste, seguidas, a partir de abril de 2012, por las del Gobierno español.

Objetivos: Analizar la variación en la utilización de los servicios de atención primaria y especializada y del número de prescripciones, como consecuencia de la implantación de las políticas de ajuste.

Métodos: Utilizamos un diseño cuasi-experimental, (series temporales interrumpidas) para analizar un 'experimento natural' (de hecho, un experimento para cada una de las políticas). Se utilizan, como muestras, dos cohortes de individuos adscritos a áreas básicas de salud urbanas (Badalona) y rurales (Región Sanitaria de Girona), que tuvieron por lo menos un contacto con los servicios de atención primaria, de 2005 a 2012. Dado que las políticas son endógenas y, por tanto, los periodos anterior y posterior no son comparables, apareamos mediante 'propensity scoring', creando grupos de 'intervención' y 'control'. Utilizamos modelos mixtos jerárquicos y longitudinales (equivalente al método de la doble diferencia) para estimar, de forma consistente los efectos de las medidas.

Resultados: Estimamos la distribución temporal de los efectos de las medidas, así como las sinergias e interacciones negativas tanto entre las diferentes políticas entre sí como entre los efectos de la crisis económica y los de las políticas.

P-045. ¿EL INCREMENTO DE LA CUANTÍA DE LA APORTACIÓN DE UN MEDICAMENTO ES DISUASORIO PARA EL PACIENTE?

L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, M.J. Gardezabal Romillo, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena e I. Betolaza San Miguel

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Introducción: El RDL 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en su capítulo IV (artículo 4) actualizó la cuantía a abonar por los usuarios de los medicamentos de aportación reducida de 2,64 a 4,13€ desde el 1 de julio de 2012.

Objetivos: Analizar si el incremento de la cuantía de aportación de los medicamentos de aportación reducida por parte de los pacientes minimiza el número de recetas en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Métodos: Se obtienen los datos de las recetas facturadas con medicamentos prescritos de aportación reducida con cargo al Sistema Nacional de Salud en la comunidad autónoma antes y después de la medida. Las variables recogidas son los envases, importe y aportación del paciente de los medicamentos de aportación reducida identificados por su código nacional.

Resultados: Se analizan los datos por rango de aportación hasta 2,64 entre 2,64 y 4,13 y mayor a 4,13 desde mayo hasta agosto. No se observan diferencias; las variaciones en envases han sido 1,5, 4,93 y -1,84% en cada rango.

Conclusiones: A priori no se aprecian diferencias en la aportación del paciente en función al incremento del límite máximo. Cabe realizar estudios más específicos que comprenda un periodo más extenso así como valorar la influencia de la no aplicación del copago en la CCAA.

P-046. LA FORMACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LOS MOOCs: UN NOVEDOSO MODELO EDUCATIVO

B. Torres Manrique, C.M. Sarabia Cobo, M. Sáenz Jalón, J.M. González de la Guerra, M. González Campo, O.M. González Martínez, M.C. Ortego Mate, C. Castanedo Pfeiffer, M. Madrazo Pérez y P. Salvadores Fuentes

Universidad de Cantabria.

Introducción: La seguridad clínica ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familias que lo demandan, así como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria “Casa de Salud Valdecilla” imparte un curso en formato MOOC’s (Massive Open Online Course) sobre esa temática. Los MOOC’s constituyen uno de los más recientes y novedosos avances en el campo de la educación a distancia y de recursos educativos en abierto. Este curso impartido en su totalidad en el medio online, se caracteriza por poseer carácter abierto y masivo. Se imparte de forma gratuita y únicamente es necesario registrarse en él para poder acceder a sus materiales y recursos.

Objetivos: El curso pretende describir la importancia de la formación y creación de cultura de la seguridad clínica. Estudio: el curso está estructurado en 10 módulos donde se abordan aspectos desde el origen de la seguridad clínica y principales estrategias que los diversos organismos internacionales están desarrollando (la identificación del paciente, comunicación efectiva, medicación, infecciones hospitalarias, etc.). Duración: 9 semanas. Número de inscritos: 860. Resultados esperables: difundir e implantar una cultura y sensibilización sobre la seguridad clínica tanto a profesionales como a usuarios para tener un papel activo de participación en su asistencia, contribuyendo así a minimizar el riesgo de aparición de eventos adversos.

P-047. HORIZONTES DE REFORMA FRENTE A UNA CRISIS DE UN SISTEMA SANITARIO

E. Cubero y J.R. Vargas

Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población.

Objetivos: Al final del siglo XX, el sistema de salud había entrado en crisis estructural y la creación de la red de equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS) fue una salida creativa. El proceso readmitió la ayuda externa y puede arrojar enseñanzas para otros países.

Métodos: Se desagregó por distritos con un panel de series temporales con 4 mediciones para el periodo entre 1984 y 2008. En cada punto del tiempo se realizó mapas sobre la evolución de la cobertura de los EBAIS, la mortalidad general y por causas. Para los distintos tipos de mortalidad se utilizó las respectivas tasas. Para medir la cobertura de los EBAIS se elaboró un índice de cero en adelante, que incluye la cantidad de EBAIS y la población atendida.

Resultados: Los principales cambios se observan en los primeros años de la inauguración de los EBAIS. Se observa con mayor claridad el proceso de apertura de los EBAIS y el orden que en que se implementó. Se identifican claros cambios en los patrones de mortalidad a medida que avanza la apertura de los EBAIS, tanto a nivel nacional como por distrito.

Conclusiones: Los principales cambios se observan en los primeros años de la inauguración de los EBAIS. Esta reforma tiene potencial de

réplica en Latinoamérica porque no implica reorganización ni transición de dominio de hospitales (feudos) y la salud primaria es costo-efectiva. La crisis surge de envejecimiento de la población y del SNS, no de crisis fiscal.

P-048. ESPECIALIDADES MÉDICAS EN EUROPA: CAMBIOS, REFORMAS Y VARIABILIDAD

N. Lorusso y B. González López-Valcárcel

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Introducción y objetivos: Desde hace años, las distintas organizaciones europeas trabajan para armonizar los programas formativos y los contenidos curriculares de la formación médica de posgrado. En este estudio se analizan y comparan las modalidades de acceso y duración de las especialidades médicas, describiendo el estado actual de las principales tendencias encontradas a nivel europeo.

Métodos: Estudio descriptivo. La muestra incluye los países europeos más influyentes en términos demográficos, incluyendo además los países de reciente inclusión a la UE.

Resultados: La situación en Europa es de una gran heterogeneidad, en la organización y contenidos, tipo de especialidad y campos de actuación, basado en las necesidades asistenciales concretas de cada país. Hay países donde no existen pruebas concretas de acceso a una plaza en formación, en otros lugares el proceso se desarrolla a nivel local, en otro nacional. El perfil personal y profesional, valorado mediante una entrevista, es un elemento que muchos sistemas tienen en cuenta sobre todo en los procesos de selección locales. Los países con un sistema de selección nacional optan por exámenes de opciones múltiples. La duración de las especialidades, también es heterogénea y varía mucho entre los Estados miembros.

Conclusiones: El reto consiste en adaptar las competencias basadas en objetivos y resultados a nivel local, identificar nuevas áreas de mejora para la convergencia europea y facilitar la movilidad de los profesionales para consolidar el espacio europeo de educación superior y la transición entre las diferentes etapas de la formación a nivel europeo.

P-049. COSTE DE LA ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL PAÍS VASCO. ESTUDIO DE MICRO-COSTES

A. Arrospide, T. Acaiturri y J. Mar

OSI Alto Deba. Hospital Galdakao-Usansolo.

Objetivos: En el contexto de la evaluación del programa de cribado de cáncer de mama del País Vasco se ha calculado los costes de la atención al cáncer de mama por estadio de detección. El principal objetivo del estudio es calcular el coste del consumo de recursos generado así como el coste del seguimiento.

Métodos: Se realizó un estudio de micro-costes. Se identificaron las principales pruebas realizadas en los hospitales para el diagnóstico. El coste de cada prueba se calculó en función a las unidades relativas de valor. El coste de la biopsia quirúrgica se calculó por peso GRD. A partir de los protocolos clínicos se determinaron los recursos consumidos en el tratamiento inicial y en el seguimiento en función del estadio del cáncer de mama. Los costes unitarios se obtuvieron del conjunto de los hospitales públicos del País Vasco. Para medir el consumo de recursos de los cánceres metastásicos se analizó una muestra de 45 mujeres.

Resultados: Entre las pruebas adicionales realizadas en el hospital, la PAAF cuesta 23,60€, el BAG 62,72€ y la biopsia quirúrgica 2.594,00€. El coste del tratamiento inicial varía 9.837,90€ en los cánceres in situ hasta 25.596,07€ para las mujeres detectadas en estadio III. Los cánceres metastásicos tienen un coste anual medio de 10.654,46€.

Conclusiones: El coste del tratamiento aumenta de forma considerable cuando el estadio de detección es más avanzado, por lo que la detección precoz favorece el ahorro en costes de tratamiento.

P-050. GUÍA DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA

J. Mar y F. Antoñanzas

Hospital Alto Deba. Universidad de La Rioja.

Objetivos: Desarrollar una guía de evaluación de los programas de intervención sociosanitaria desde diferentes aproximaciones que tenga en cuenta los diferentes componentes de los programas, de manera que facilite las tareas de decisión y gestión del personal técnico y directivo.

Métodos: Se han analizado la distribución de competencias sociosanitarias en la CAPV, se han revisado sistemáticamente los métodos de investigación y evaluación de programas sociosanitarios, las guías de evaluación económica en intervenciones sanitarias y sociales y se ha analizado desde el punto de vista de la evaluación la situación actual de los programas de intervención sociosanitaria en la CAPV.

Resultados: Se han identificado y descrito los componentes de la evaluación. Estos componentes son: la perspectiva sociosanitaria, la población diana, el programa de intervención, el programa de comparación, los componentes organizativos (estructura, proceso y gestión), los resultados (en salud, en la dimensión social y las perspectivas de usuarios y familiares), la evaluación económica (costes, financiación e impacto presupuestario), los componentes éticos, institucionales, legales y políticos y la viabilidad, sostenibilidad y transferibilidad del programa.

Conclusiones: No se ha encontrado en la literatura un marco de evaluación similar al que se utiliza en la evaluación económica en el ámbito sanitario. Se propone una guía genérica que permita abordar la evaluación desde un planteamiento genérico aplicable a poblaciones diana muy diferentes. La definición de la cartera de servicios sociosanitaria debe apoyarse en un procedimiento que permita cuantificar el beneficio social y el coste que aporta cada programa.

Gasto y política farmacéutica

P-051. INTERNATIONAL COMPARISONS OF MEDICINE PRICES.2011 INDICES

R. Puig-Peiró, J. Mestre-Ferrándiz, P. O'Neill and J. Sussex

CRES- Universitat Pompeu Fabra. Office of Health Economics.

Objectives: The Department of Health (DH) in England has published international price comparisons of branded primary care medicines in its yearly Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) Report to Parliament since 1996. The most recent Report contains comparisons for 2010 (DH, 2012), and includes the following countries: Australia, Austria, Belgium, Finland, France, Germany, Ireland, Italy, The Netherlands, Spain, Sweden, the UK and the US. We have calculated the indices for 2011 using the same methods as the DH.

Methods: In this report, we use the same basket of medicines as the DH uses, namely the 250 branded primary care medicines with the highest sales in England in 2011. Medicines predominantly sold to the hospital or/and home care markets are excluded. We have computed bilateral comparisons when the same medicine is marketed in the UK

and another country, e.g. UK and France, UK and Germany, and so forth. Results of the comparison using a range of exchange rates are included.

Results: Based on our analysis, prices in 2011 for the leading branded medicines in primary care in the UK were in the bottom quartile.

Conclusions: International price comparisons are not straightforward. Many issues and factors determine how prices of medicines in the UK compare to those in the rest of the world. There is no single, perfect method for analysing price differences across countries, but some methods are more appropriate than others and depend on the objective of the comparison.

P-052. GASTO FARMACÉUTICO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA

M.R. Lorente, J. Hernández y F. Antoñanzas

Universidad de La Rioja.

Analizar el coste farmacéutico de las distintas modalidades terapéuticas de la reproducción asistida en España, estimar el coste promedio del tratamiento farmacéutico para inseminación artificial (IA) y fecundación in Vitro (FIV_ICSI), y calcular una aproximación al impacto presupuestario del tratamiento farmacéutico. Las fuentes utilizadas han sido las publicaciones de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), del Vademécum y de la base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, además de la opinión de expertos clínicos. Se ha determinado el porcentaje de aplicación de las distintas modalidades farmacéuticas. Posteriormente, se ha identificado y cuantificado el consumo estándar de las especialidades farmacéuticas más habituales. Finalmente, se ha calculado el coste por ciclo de cada modalidad farmacéutica y se ha estimado el impacto presupuestario farmacéutico de la reproducción asistida. Las modalidades de mayor coste son la hormona estimulante folicular recombinante (FSHrec) con menotropina, en IA, y FSHrec con hormona luteinizante recombinada, en FIV_ICSI. El coste promedio por ciclo de la IA es de 365€, cuando se emplea esperma de la pareja, y 327€, cuando es de donante. En el caso de FIV_ICSI, el coste promedio por ciclo es de 1.140€. El coste farmacéutico total de la reproducción asistida en España es de aproximadamente 98,7 millones de euros. Los costes por ciclo de las modalidades farmacéuticas presentan un amplio rango. Sin embargo, la concentración de la prescripción en una o dos modalidades hace que el valor promedio para IA sea inferior a su mediana y superior para FIV_ICSI.

P-053. EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA FARMACÉUTICA DE FIJACIÓN DE UN PRECIO MÁS BAJO OPERATIVO DE FINANCIACIÓN

I. Elizondo López de Landache, L. Bracerías Izaguirre, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, M.J. Gardeazabal Romillo, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena e I. Betolaza San Miguel

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Objetivos: Analizar el efecto de la fijación de un precio más bajo operativo (PMBO) para su utilización en la facturación por parte de la Administración Sanitaria con el fin de garantizar la aminoración del gasto sin generar incomodidades para el paciente.

Métodos: Análisis del consumo de enero a octubre de 2012 de los medicamentos a los que se les fija un PMBO, a partir de los datos de facturación de recetas en la Comunidad Autónoma Vasca. El PMBO se fija a cada agrupación en función del precio de los medicamentos que se comercializan y presentan consumo en la CAPV para evitar precios de medicamentos con suministros irregulares o desabastecimientos que generarían molestias innecesarias a los pacientes.

Resultados: El impacto económico de utilizar el PMBO y no el precio del facturación fijado por Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en aquellos medicamentos cuyo PVPiva es superior al PMBO ha supuesto en los primeros 10 meses de 2012 una aminoración del gasto farmacéutico de 1,4 M€, dato que si se extrapola a un año supone un ahorro anual de 1,7 M€.

Conclusiones: El PMBO permite una aminoración del gasto farmacéutico a la vez que garantiza la distribución y el suministro de medicamentos a los pacientes en las oficinas de farmacia, generando un sistema sanitario más eficiente y seguro; el paciente recibe la medicación que requiere en el momento que acude a la farmacia.

P-054. ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA: ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA MEDIDA BASADA EN EL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, M.J. Gardeazábal Romillo, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena e I. Betolaza San Miguel

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas. Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Introducción: El intercambio terapéutico se define como la sustitución de un fármaco diferente al prescrito pero considerado equivalente terapéutico o mejor alternativa basado en la evidencia científica. En el ámbito hospitalario es una práctica muy habitual y aceptada, basada en guías farmacoterapéuticas. En atención primaria es un área a impulsar para lograr resultados más eficientes. En el campo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) la molécula más eficiente es el omeprazol.

Objetivos: Evaluar el impacto económico que llevaría la implementación de estrategias dirigidas a fomentar el intercambio terapéutico a omeprazol de los inhibidores de la bomba de protones.

Métodos: Se obtienen los datos de recetas facturadas de IBPs con cargo al Sistema Nacional de Salud en la comunidad autónoma en 2011. Las variables recogidas son envases, importe y DDD. Se ha planteado un escenario en el que el 50% de las recetas que no son el IBP más eficiente pasan a omeprazol.

Resultados: En 2011 se facturaron 2.849.348 envases de IBPs correspondientes a 78.110.907DDD y supusieron 23.854.615,18€; el 75% de las DDD consumidas fueron omeprazol y el importe por DDD de omeprazol fue de 0,10€. El impacto en el gasto farmacéutico, si la mitad de las prescripciones que no eran omeprazol pasaran a este principio activo, correspondería a ahorros de 8.137.052,46€.

Conclusiones: La implementación de estrategias de mejora en atención primaria, como el intercambio de equivalentes terapéuticos, podrían reducir el coste de la prescripción farmacéutica, logrando un sistema sanitario más eficiente.

P-055. PROYECTO DE REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA DEL SECTOR SANITARIO DEL VALLÈS ORIENTAL

A. Dueñas, M. Nogué, P. Saura, D. Baulenes, R. Juliá, R. López y M.A. Gelabert

Dirección Territorial Vallès Oriental, Servei Català de la Salut.

1. Situación inicial: comarca con 440.000 habitantes con 3 hospitales de diferentes niveles de complejidad. 2. Objetivo: ordenar la atención oncológica de forma eficiente, de calidad y accesible. 3. Organización: elaboración del Plan Funcional entre los 3 hospitales con la Región Sanitaria y el soporte del Plan Director de Oncología de

Catalunya. Transformación del Servicio de Oncología Médica del Hospital General de Granollers en el servicio comarcal Los facultativos dependen del único servicio comarcal Unificación de los servicios de anatomía patológica de los tres hospitales Creación de un único comité de tumores de los tres hospitales Coordinación de los 3 servicios de cirugía. 4. Actuaciones realizadas: Elaboración de protocolos comunes Organización de las consultas externas, hospitales de día y de los criterios para la administración de la medicación hospitalaria Acuerdo para derivar a hospitales terciarios los tumores menos frecuentes de acuerdo con la instrucción del SCS. Registro único de tumores. 5. Actuaciones pendientes: Incorporación de la oncohematología en el proyecto. Creación de la unidad del consejo genético Creación de la Unidad de Psicooncología. 6. Algunos resultados tangibles: Mejoras importantes del gasto de medicación oncológica

P-056. LA FINANCIACIÓN Y FIJACIÓN DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS EN LA UE: EXPERIENCIAS DEL PROYECTO EMINET

J. Espín, J. Rovira, C. Habl, S. Vogler y P. Kanavos

Escuela Andaluza de Salud Pública. Universidad de Barcelona. Gesundheit Österreich GmbH. London School of Economics.

Objetivos: Revisar los principales problemas que perciben los decisores de los países de la UE en relación a la financiación y precio de los medicamentos y las soluciones apuntadas. Dichos problemas incluyen la evolución del mercado de biosimilares, los acuerdos de riesgo compartido, los concursos públicos de medicamentos en atención primaria, la problemática del acceso a los medicamentos en los pequeños países, etc.

Métodos: La selección de los temas de estudio lo estableció un grupo de trabajo de reguladores de la UE coordinado por la Dirección General de Empresa de la CE en el período 2019-2012. La presentación recoge los principales resultados de los trabajos realizados por el Equipo EMINet para la mencionada DG. Las metodologías utilizadas para la realización de los estudios van desde revisiones de la literatura, entrevistas con los principales responsables de las políticas farmacéuticas europeas, análisis de datos de mercado, etc.

Resultados: Existe un número de instrumentos y políticas farmacéuticas que han surgido en los últimos años para controlar el gasto farmacéutico público. Muchas de ellas necesitan de una mayor y mejor implementación (medicamentos biosimilares) y otras de una mayor evaluación (acuerdos de riesgo compartido). La crisis económica ha acentuado la introducción de instrumentos de política farmacéutica.

Conclusiones: La heterogeneidad de los países de la Unión Europea hace que, aunque el gasto farmacéutico público farmacéutico sigue siendo una de las principales preocupaciones, el modo de afrontarlo difiere mucho.

P-057. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ANTIFÚNGICOS DE USO RESTRINGIDO EN PACIENTES NO NEUTROPÉNICOS

G. Julia Nazco, F. Gutiérrez, F. Rodríguez, M.M. Alonso y M. Bullejos

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Objetivos: Analizar la adecuación del uso de antifúngicos (AF) en un hospital de tercer nivel tras la implantación de un protocolo para el tratamiento de candidemias e infecciones fúngicas no invasoras en pacientes adultos no hematológicos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se compararon las prescripciones de AF pre-protocolo (julio 2010-junio 2011) y post-protocolo (julio 2012-junio 2012). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en las unidades hospitalización tratados con alguna equinocandina, amfotericina B liposomal y/o azoles. Las variables registra-

das fueron: edad, servicio clínico, indicación, duración, dosis, vía, cultivos microbiológicos y Dosis Diaria Definida de AF/100 ingresos-día (DDD/100 ingresos-día).

Resultados: Se incluyeron 625 pacientes, 212 en el periodo pre-protocolo y 413 en el post-protocolo. El consumo en DDDs/100 ingresos-día fue de 0,018 vs 0,033 respectivamente ($p < 0,001$). Se produjo una reducción del consumo de amfotericina B del 26,5% ($S = 35,8$), de caspofungina del 46,7% ($S = 35,8$), de itraconazol del 92,1% ($S = 3,85$), un aumento en el consumo de anidulafungina del 203,2% ($S = 35,6$), de fluconazol del 578,2% ($S = 61,2$) y de voriconazol del 235,3% ($S = 88,2$). El grado de adecuación de las prescripciones de AF al protocolo fue del 86% ($S = 6,5$). El coste medio por DDD disminuyó de 458,1€ a 263,41€ y el gasto por paciente tratado se redujo un 33,7% lo que ha supuesto unos costes evitados de 360.962€.

Conclusiones: La implantación de protocolos consensuados por equipos multidisciplinares contribuye al uso racional de los medicamentos. El presente estudio es un claro ejemplo de la optimización de los recursos sanitarios en el empleo de AF.

P-058. DETERMINANTES DEL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS EN ESPAÑA

K. Draexler, L. Hernández-Pastor y G. Villa

GlaxoSmithKline España.

Objetivos: Determinar la relación de variables clínicas y económicas con el coste de los medicamentos oncológicos en España.

Métodos: Análisis retrospectivo del coste/año por paciente de todos los medicamentos oncológicos aprobados en España (1998 hasta julio/2012). Criterios de exclusión: administración no sistémica, pediátricos, duración del tratamiento inferior a 2 meses, información no disponible. Se calculó el coste/año en la primera autorización y desde la perspectiva hospitalaria (PVL). Variables explicativas: mejora% en eficacia, coste/año de la alternativa terapéutica de referencia (ATR), autorización con datos fase II/fase III, existencia de alternativas terapéuticas, nueva clase terapéutica, entre otras. Se realizaron análisis descriptivos del coste/año y bivariados del $\log(\text{coste/año})$ y las variables explicativas. Se ajustó un modelo de regresión para explicar el $\log(\text{coste/año})$.

Resultados: El coste/año medio (mediano) [desviación estándar] de los 28 medicamentos analizados fue 45.733€ (40.384€) [34.969€]. El $\log(\text{coste/año})$ mostró correlaciones significativas con el $\log(\text{coste/año})$ de la ATR (+0,62; $p = 0,03$) y con la mejora% en eficacia (+0,48; $p = 0,05$). El $\log(\text{coste/año})$ medio fue significativamente mayor en aquellos medicamentos aprobados con datos fase II ($p = 0,04$), sin alternativas de tratamiento ($p < 0,01$) y que constituyen nueva clase terapéutica ($p = 0,08$) (proxies del grado de innovación). El modelo de regresión explica el $\log(\text{coste/año})$ en un 76%, a partir del $\log(\text{coste/año})$ de la ATR ($p < 0,01$) y de la mejora % en eficacia ($p < 0,01$).

Conclusiones: El coste de los medicamentos oncológicos se asocia positivamente con el coste de la ATR, con la mejora% en eficacia y con otras variables relacionadas con el grado de innovación.

P-059. EPHARCAN: SISTEMA CORPORATIVO DE INFORMACIÓN FARMACÉUTICA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA DIRECCIÓN Y LOS PROFESIONALES

F. Pérez Hernández, M. Martínez Cabarga, J.I. Gutiérrez Revilla, M.I. de Frutos Iglesias, M.L. López Arce y C. de las Cuevas Terán

Servicio de Gestión Farmacéutica, Subdirección de Asistencia Sanitaria, Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Desarrollar un Sistema de Información Corporativo que proporcione información fiable y de calidad, sobre el consumo farma-

céutico realizado a través de receta, como herramienta de gestión para la dirección del servicio de salud y los profesionales sanitarios.

Métodos: Fase I. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar. Fase II. Diseño y desarrollo del sistema de información. Fase III. Implantación en un entorno de preproducción y pruebas. Fase IV. Implantación en un entorno de producción. Fase V. Análisis de resultados.

Resultados: El sistema de información corporativo del Servicio Cántabro de Salud, denominado ePharCan, está operativo. Es una herramienta propia, creada en desarrollo web, que facilita el manejo y la navegación por la información de forma intuitiva. Contempla accesos desde todos los niveles asistenciales: atención primaria, especializada y sociosanitaria. Se ha completado la primera fase de usuarios internos (dirección, gestión y área de farmacia). En desarrollo el acceso de usuarios externos (médicos). Proporciona información completa, de las dispensaciones en farmacias de Cantabria, y consolidada al tratarse de dispensaciones reales, validadas y facturadas; eliminando la necesidad del soporte papel. Incorpora gestión de usuarios, cláusula de confidencialidad y huella de acceso. Las funcionalidades, definidas por los usuarios, evolucionarán en paralelo a la gestión de la prestación farmacéutica.

Conclusiones: Aplicar las nuevas tecnologías de la información y telecomunicaciones ha permitido desarrollar un único sistema de información farmacéutica que gestione el desarrollo de la política farmacéutica, la ejecución de medidas de eficiencia y la auto-mejora en la prescripción por el médico.

Estilos de vida, salud y determinantes socioeconómicos

P-060. PROYECTO PILOTO DE MEJORA DE LA CONDICIÓN FÍSICA RELACIONADA CON LA SALUD EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES BAJO UN PROGRAMA DE EJERCICIO REGLADO

M.M. San Martín Díez de Tera, C.M. Sarabia Cobo, B. Torres Manrique, M.J. Noriega Borge, C. Castanedo Pfeiffer, M.C. Ortego Mate y P. Salvadores Fuentes

Universidad de Cantabria.

Introducción: España es uno de los países en los que su población envejece con más rapidez, encontrándose asociado, con el incremento de la edad, la intensificación de la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas con el consiguiente aumento de la discapacidad en la población mayor. Tan sólo el coste total de los cuidados informales recibidos por personas mayores de 65 años con discapacidad, supone un coste anual estimado entre 9 y 14 mil millones de euros anuales en España.

Objetivos: Estudio del posible impacto de realizar una actividad física reglada de duración determinada en el tiempo, en parámetros físicos, bioquímicos y psicológicos en población mayor. Estudio experimental longitudinal, de medidas repetidas (pre y post intervención) en un grupo experimental sometido a una intervención física, programada y reglada durante 6 meses.

Resultados: La realización de una actividad física reglada, progresiva y adaptada en población mayor de 55 años tiene repercusiones positivas en distintos parámetros físicos, bioquímicos y psicológicos. Se espera una valoración positiva en indicadores de calidad de vida.

P-061. PERCEPCIÓN DE LA POSICIÓN SOCIAL Y SALUD EN MUJERES INMIGRANTES LATINOAMERICANAS

M. Sanchón, A. Bover, D. Gastaldo, M. Paz, M.J. Agudo y D. Prieto

Universidad de Cantabria.

Objetivos: Explorar el impacto del estatus socioeconómico y de la posición social percibida en la salud de las mujeres inmigrantes latinoamericanas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado a partir de un cuestionario auto administrado a 371 mujeres latinoamericanas residentes en Cantabria, entre 16 y 65 años, con experiencia laboral en España. Variables: salud percibida, estatus socioeconómico (medido a través de educación, renta y ocupación), posición social percibida (escala de MacArthur de estatus social subjetivo). Otras variables: edad, estatus legal, apoyo social y tiempo residiendo. Análisis bivariante y multivariante.

Resultados: Se observa una relación muy débil entre el estatus social subjetivo y los indicadores convencionales del estatus socioeconómico: ingresos ($r = 0,193$ $p = 0,000$), educación ($r = 0,030$ $p = 0,560$) y ocupación ($r = 0,087$ $p = 0,130$). Aunque en el análisis bivariante se observa una relación entre salud percibida con la edad ($p = 0,041$) o el estatus social subjetivo ($p = 0,005$), sin embargo, en el análisis multivariante solo se mantiene una asociación significativa entre el estatus social subjetivo agregado y la percepción negativa de la salud ($p = 0,006$). El resto de las variables: edad, nivel de estudios, ingresos, estatus legal, apoyo social y años residiendo en España también varían aunque no de forma significativa.

Conclusiones: Los indicadores de estatus socioeconómico pueden tener limitaciones en el estudio de los determinantes de la salud de los inmigrantes, ya que no captan la posición socioeconómica real en estos grupos. El estatus social subjetivo podría ser un indicador más apropiado ya que incorpora factores derivados del contexto migratorio que influyen en la percepción de la posición social.

P-062. ¿AFECTA EL ESTRÉS LABORAL A LA SALUD?

M.L. González Álvarez y A. Clavero Barranquero

Universidad de Málaga.

Objetivos: El objetivo del trabajo es determinar la dependencia entre el estrés laboral y ciertos problemas de salud física de la población trabajadora y cómo ambos influyen en el estado de salud subjetivo.

Métodos: Con los datos de la Encuesta Nacional de Salud española (2006), se ha planteado un sistema de ecuaciones triangular recursivo, compuesto por nueve ecuaciones, que tiene en cuenta la heterogeneidad individual inobservable y la posible endogeneidad entre las variables. La primera, determina la probabilidad de declarar un estado de salud muy bueno o bueno. Otras siete ecuaciones explican la probabilidad de padecer problemas de espalda lumbares, cervicales, migrañas, colesterol, depresión-ansiedad, hemorroides y úlcera de estómago. Y la última, determina la probabilidad de estar sometido a un nivel de estrés elevado. Como factores explicativos se han considerado aspectos demográficos y socioeconómicos, hábitos de vida y características objetivas y subjetivas del puesto de trabajo.

Resultados: Estos confirman el grado de correlación entre las nueve ecuaciones, por lo que la estimación de modelos independientes sería sesgada. El estrés laboral aumenta la probabilidad de estar deprimido o ansioso, soportar migrañas, dolores de espalda y tener colesterol. Estos problemas de salud físicos y declarar un elevado nivel de estrés disminuyen la probabilidad de declarar un estado de salud bueno o muy bueno.

Conclusiones: La consecuencia más inmediata de tales resultados es un incremento de la utilización de servicios sanitarios atribuible al estrés y a los problemas de salud que genera.

P-063. INFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL SOBRE LA FRECUENCIA DIARIA DE INYECCIONES DE INSULINA BASAL EN ESPAÑA Y SU DOSIS MEDIA ASOCIADA

L. Ruiz, J. O'Hara, A. Leith, A. Ramírez de Arellano y M. Lammert

Adelphi Real World. Novo Nordisk.

Objetivos: La insulina basal (IB) se puede combinar con tratamiento oral en la diabetes tipo 2 (T2) y usar conjuntamente con la insulina de acción rápida en tratamientos intensivos de insulina en pacientes con diabetes tipo 1 (T1) y T2. El objetivo de este análisis es investigar la proporción de pacientes T2 que requieren una versus dos administraciones de IB y el consumo medio equivalente en la práctica clínica habitual.

Métodos: Análisis descriptivo centrado en el régimen y el consumo de insulina en España, usando datos del Programa Específico de Enfermedad de Diabetes 2012. Este programa es un estudio observacional sobre práctica clínica que se nutre de información de médicos y pacientes en países de Europa. Los médicos completaron cuestionarios clínicos relativos a 1.499 pacientes en España.

Resultados: La IB fue administrada una vez al día en el 76% de los pacientes T2 y la dosis media diaria asociada fue de 35 unidades ($n = 339$). Las dosis medias diarias fueron mayores en pacientes con 2 administraciones de IB: un 57% en T2.

Conclusiones: Las dosis diarias de IB observadas en la práctica clínica habitual fueron menores que las contempladas en ensayos clínicos, probablemente debido a los estrictos programas de titulación de estos. Un 24% de pacientes T2 en IB toma la medicación 2 veces diarias y este subgrupo también necesita dosis diarias más altas. Estos hallazgos podrían deberse a la variabilidad en las características de los pacientes, pero se requeriría un análisis más detallado para entender posibles relaciones causales.

P-064. CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

G. Navarro, A. Ruiz, R. Sánchez, N. Collell, F. Epelde, L. Guillamón, M. Bonastre, R. Comet, L. Anarte, J. Orús, M. López, R. Jordana, M.A. Villarino, A. García y Grupo de Trabajo de IC

Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí.

Introducción: Este trabajo forma parte de un proyecto que tiene como objetivo la creación y validación de un modelo pronóstico para clasificar pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) en función de su riesgo de mortalidad y/o reingreso. El objetivo del trabajo es presentar resultados preliminares del mismo.

Métodos: Estudio de cohortes de pacientes ingresados en un centro hospitalario con IC, entre 2010-2012. Se recogieron variables sociodemográficas y clínico-epidemiológicas. Las variables dependientes de interés serán la mortalidad al año, y los reingresos a 30 días. Se estudiará la relación de las posibles variables predictoras en modelos univariantes y de regresión logística.

Resultados: El centro hospitalario atiende aproximadamente 800 pacientes por año con diagnóstico de IC. El porcentaje de reingresos a 30 días es del 8%. Hasta la actualidad se han incluido en el estudio 170 pacientes (46% ingresados en los servicios de cardiología y medicina interna, 37% en la unidad de corta estancia y 16% en la unidad geriátrica). Los pacientes con IC tenían una edad media de 78 años. La estancia media va de 2 días a 33 en función del dispositivo donde era atendido. El 58% se encuentra en el grado II de la NYHA. El 46% había tenido previamente infarto, 17% enfermedad cerebrovascular, 32% EPOC, 34% diabetes mellitus, y 4% demencia. Un 22% fueron exitos.

Conclusiones: Se tratan de resultados preliminares del trabajo, se precisaría un seguimiento de los pacientes para estudiar las variables predictoras de reingreso y mortalidad.

P-065. IMPUESTOS SOBRE LAS LABORES DEL TABACO Y EFECTOS DISTRIBUTIVOS EN LOS HOGARES FUMADORES ESPAÑOLES ENTRE 2006-2011

A. Caballero Hidalgo y J. Pinilla Domínguez

Instituto Canario de Estadística, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Evaluar la diferente reacción entre familias fumadoras con rentas y desigual nivel educativo. La hipótesis central que quiere contrastarse sugiere que si los individuos con rentas más bajas gastan una parte mayor de sus ingresos en tabaco que los individuos de rentas altas, una subida de los impuestos tiene a priori consecuencias distributivas indeseables.

Métodos: Utilizamos los microdatos de la Encuesta de Presupuestos Familiares entre 2006 y 2011. Los ficheros de enlace nos permiten hacer un seguimiento longitudinal durante dos años consecutivos del consumo y situación económica de los hogares. Mediante modelos de panel de datos identificamos los efectos de las últimas subidas en los impuestos sobre las labores del tabaco en el consumo de tabaco por tipo y su reflejo en el resto de la cesta de la compra.

Resultados: Pendientes de resultados definitivos las primeras estimaciones muestran que la prevalencia del hábito tabáquico está inversamente relacionada con la renta, e incluso con el tipo de tabaco. Entre 2006 y 2011 el gasto medio en cigarrillos por hogar aumentó un 8% frente al 1.500% de aumento en el gasto en otros tabacos, donde se incluye la picadura para liar con menor presión fiscal. La subida en los precios afecta especialmente a los colectivos más sensibles económicamente.

Conclusiones: La implementación o modificación de la imposición especial sobre las labores del tabaco requiere un estudio previo acerca de su eficacia. En caso contrario su efecto queda reducido a un mero aumento de la presión fiscal con fines recaudatorios.

P-066. PROGRAMA DE APOYO AL PACIENTE POLIMEDICADO DE EXTREMADURA: HERRAMIENTA DE GESTIÓN EN PACIENTES CRÓNICOS

C. Barragán, J.L. Trigo, A. Aránguez y J.L. Sánchez

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Abordar integralmente el problema de la polimedicación para: favorecer la adherencia terapéutica, prevenir posibles problemas derivados de los tratamientos, identificar dificultades sociales que interfiera en cumplimiento terapéutica e informar y educar en el uso correcto de los medicamentos.

Métodos: **Ámbito:** Atención Primaria Servicio Extremeño de Salud **Agentes participantes:** Atención primaria: médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales. **Externos:** Servicios Sociales Base, auxiliares ayuda domicilio y oficinas de farmacia. **Recursos materiales:** aplicación informática, pastilleros, carteles-folleto Recursos formativos-informativos: formación presencial a profesionales, formación online polimedicación, boletín papel trimestral. **Metodología (fases):** 1. Captación población diana. 2. Intervención enfermería: entrevista clínica. 3. Intervención social en pacientes con riesgo sociosanitario. 4. Intervención farmacéutico. 5. Intervención médico. 6. Revisiones periódicas pacientes.

Resultados: Actividad formativa: cursos-talleres. 198 profesionales, 1.644 docentes, 1.842 horas, 795 actividad informativa. Boletín 4 números (5.000 ejemplar/número). Actividad asistencial: pacientes 2.180,

pastilleros entregados 825 (38%). Problemas tratamiento detectados: 3.750 (1,72 problemas/paciente). Problemas comunicados: 41,63%. Problemas comunicados resueltos: 44,83%.

Conclusiones: Alto valor en el abordaje multidisciplinar en pacientes polimedificados. Estrategia necesaria en el fortalecimiento de la adherencia a los tratamientos. Detecta problemas relacionados con los medicamentos, mejorando la seguridad y calidad de vida. Herramienta válida en la gestión farmacoterapéutica, en el consumo de recursos en pacientes crónicos, y base en la gestión de la cronicidad. Apoyo a la sostenibilidad del sistema sanitario público.

P-067. ANALYSIS OF THE SOCIOECONOMIC WELL-BEING INEQUITIES IN COSTA RICA: UNLIKE HEALTH, IS HAPPINESS SOMETHING THAT MONEY CANNOT BUY?

K. Hernández-Villafuerte

Universidad de Costa Rica.

Costa Rica stands apart as one of the most interesting cases of the effects of income on well-being. Despite a per-capita income much lower than in more developed countries, Costa Rica has achieved the highest level of happiness in the world. However, research on the relationship between happiness and income in this context is limited. Given this, this research analyzes the differences in well-being between the Costa Rican people according with their level of income. The effect of income on well-being is analyzed from the perspective of how socioeconomic inequalities affect well-being. Different well-being measures are explored: Happiness, Life Satisfaction and the satisfaction of nine domains of life (Health, Economic, Partner, Children, Other Family Members, Friendship, Personal, Job and Housing). Particular attention is given to satisfaction in the Health domain since health is considered an equalizing factor in Costa Rica. The socioeconomic inequalities in well-being are measured using the Erreygers Concentration Index (ECI). Additionally, the level of well-being is analyzed using an Ordered Logit model. Finally, we decomposed the ECI in factors that explain the inequalities. The main conclusion of this document is that there are small but significant socioeconomic inequalities in Happiness and Life Satisfaction so that the proportion of happy and satisfied people is higher among the rich people than among the poor people. Income is the most important factor to explain the inequalities in well-being. Finally, there is a significant relationship between self-perceived health and well-being with self-perceived health having relatively strong impact on inequalities in well-being.

P-068. THE DYNAMICS OF HEALTH

S. Ayllón y C. Blanco-Pérez

Universitat de Girona. Universitat Autònoma de Barcelona.

Objetivos: Este trabajo analiza la dinámica de la salud en España, considerando la posible interdependencia existente entre pobreza y la salud, para corregir el sesgo causado por la endogeneidad de la variable renta. Además de utilizar la salud auto-percibida, analizamos la interdependencia entre obesidad y pobreza, para evaluar hasta qué punto periodos reiterados de pobreza tienen influencia en las tasas de prevalencia de la obesidad, permitiendo al mismo tiempo que la obesidad tenga un efecto sobre la probabilidad de experimentar dificultades económicas.

Métodos: Para ello utilizamos el componente español de los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) entre 1994 y 2001, así como la encuesta de Condiciones de Vida (ECV), 2004-2010. Para nuestro objetivo proponemos la estimación de un modelo econométrico que trata la endogeneidad de la renta y los posibles efectos feedback entre ambos, renta y salud. Además, el modelo controla por el proble-

ma de las condiciones iniciales y la heterogeneidad no observada, al tiempo que permite la correlación entre las variables no observadas que afectan a cada uno de los procesos.

Resultados y conclusiones: Los resultados preliminares muestran que el efecto de los ingresos sobre la salud genera efectos de retroalimentación sobre la renta a través de la dotación de capital humano. También encontramos una menor contribución de la heterogeneidad individual observada después de corregir por la endogeneidad.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 20 de junio de 2013. 13:30 a 14:30 h

Evaluación económica III

P-069. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARINA EN LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR EN ESPAÑA. UNA ACTUALIZACIÓN

M. Brosa, R. Graefenhain, D. Carcedo y A. Vieta

Oblikue Consulting, Market Access Bayer.

Objetivos: Realizar un análisis coste-efectividad de rivaroxabán versus enoxaparina en la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes sometidos a artroplastia total de cadera (ATC) y pacientes sometidos a artroplastia total de rodilla (ATR) en España.

Métodos: Se ha actualizado (costes 2013) un análisis de decisiones que replicó los resultados de los estudios RECORD con un submodelo de Markov para comparar los costes y efectos a largo plazo (5 años) del TEV en pacientes sometidos a ATC o ATR, utilizando costes sanitarios locales y una tasa de descuento del 3%. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico para evaluar la robustez de los resultados.

Resultados: Rivaroxabán fue más efectivo que enoxaparina con una menor incidencia de episodios sintomáticos de TEV (16 y 29 eventos evitados por cada 1.000 pacientes, respectivamente) y una mayor supervivencia ajustada por calidad (11 y 22 AVACs adicionales por cada 1.000 pacientes, respectivamente). Rivaroxabán presentó un coste total menor respecto a enoxaparina, con un ahorro por paciente tratado de 106 € y 176 € en ATC y ATR, respectivamente). Los resultados del análisis de sensibilidad probabilístico mostraron la robustez del análisis a cambios en los parámetros principales del modelo.

Conclusiones: La reducción de la incidencia del TEV, con consecuencias económicas y en la calidad de vida de los pacientes a corto y medio plazo, hacen que rivaroxabán sea una opción no sólo más efectiva sino menos costosa, siendo una opción claramente eficiente en comparación con enoxaparina en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor.

P-070. COSTE-EFECTIVIDAD DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO

L. Bohigas

Roche.

Objetivos: Comparar la evaluación económica coste-efectividad de las pruebas de diagnóstico in vitro con los medicamentos.

Métodos: Trabajos de los alumnos del curso de coste efectividad de laboratorios clínicos publicados en dos monográficos de la Revista Signo.

Resultados: Se categorizan los estudios según los métodos utilizados y los resultados obtenidos.

Conclusiones: La evaluación de los diagnósticos es diferente de los tratamientos.

P-071. IMPACTO ECONÓMICO DE LA ADICIÓN DE PLERIXAFOR AL FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS GRANULOCÍTICAS PARA LA MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN O MIELOMA MÚLTIPLE CON PROBLEMAS DE MOVILIZACIÓN

R.F. Duarte, J.A. Pérez-Simón, J. de la Rubia, P. Marín, M.A. Álvarez y B. Espinós

Hospital Duran i Reynals, Institut Català d'Oncologia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Hospital Universitario La Fe. Hospital Clínic de Barcelona. Hospital Reina Sofía. IMS Health Barcelona.

Objetivos: Estimar el impacto económico de la adición de Plerixafor (Mozobil®) a G-CSF o a G-CSF+Quimioterapia (QT) frente a no adición, en pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) o mieloma múltiple (MM) que requieren trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) y son considerados pobres movilizadores.

Métodos: Se comparó el coste total de adicionar Plerixafor a G-CSF o a G-CSF+QT frente a la no adición desde la perspectiva hospitalaria. Los parámetros del modelo fueron obtenidos de dos ensayos clínicos comparativos de fase III y de un panel de expertos. Se consideraron los costes de la medicación, administración, pruebas diagnósticas, sesiones de aféresis y manejo de la neutropenia febril inducida por QT. Los pacientes que no recolectan la cantidad suficiente de células progenitoras hematopoyéticas al cuarto día, reciben Plerixafor adicionalmente a G-CSF. Se realizaron análisis de sensibilidad para verificar la robustez de los resultados.

Resultados: Considerando una cohorte hipotética de pacientes (25 LNH; 25 MM), el coste total asociado a la utilización de los tratamientos de movilización convencionales se estimó en 164.293 € y 44.703 € para los pacientes con LNH y MM, respectivamente. La adición de Plerixafor resultaría en un ahorro medio de 28.339 € (LNH) y 3.510 € (MM). Los análisis de sensibilidad confirmaron estos resultados.

Conclusiones: A pesar del mayor coste de medicación asociado a la adición de Plerixafor, su utilización supondría un importante ahorro, reduciendo el número de intentos de movilización y de sesiones de aféresis requeridas, la estancia hospitalaria y la necesidad de terapias adicionales.

P-072. COSTE-EFECTIVIDAD DE RIVAROXABÁN FRENTE A TERAPIA COMBINADA EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN ESPAÑA

R. Graefenhain, D. Carcedo, E. McLeod, A. Guillermin y A. Vieta

Market Access Bayer HealthCare. HEOR IMS Health.

Objetivos: Determinar el coste-efectividad de rivaroxabán frente a la terapia estándar, (heparinas de bajo peso molecular y acenocumarol (terapia combinada TC)) en el tratamiento del tromboembolismo ve-

noso (TEV), que comprende la trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP).

Métodos: Se ha adaptado para España un modelo de Markov (ciclos de 3 meses) que describe el manejo y las consecuencias del TEV. Los pacientes tras sufrir un TVP o EP son tratados con rivaroxabán o TC durante 3, 6 y 12 meses. Las probabilidades de transición se obtuvieron de los estudios EINSTEIN DVT y EINSTEIN EP principalmente y de la literatura relacionada. Los costes y los resultados en salud fueron asignados a cada estado, y utilizados para estimar el coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC). El análisis tomo la perspectiva del SNS incluyendo los costes directos sanitarios (euros 2012) y una tasa de descuento del 3%.

Resultados: El tratamiento con rivaroxabán mostró una disminución de costes frente a TC a los seis del tratamiento de 626€ y 551€ para TVP y EP respectivamente, así como un incremento de 0,018 y 0,016 AVACs respectivamente para TVP y EP, por lo que es una opción dominante sobre la TC. Los resultados del análisis de sensibilidad probabilístico confirmaron la robustez del modelo.

Conclusiones: La disminución del coste medio por paciente y el incremento de AVACs, muestran a rivaroxabán como una opción dominante con respecto a TC en el tratamiento de TEV.

P-073. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EVALUACIONES ECONÓMICAS DE LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA (RSEEMTOPE) DE LA CAEIP. ACTUALIZACIÓN (2008-2012)

M. Trapero-Bertrán, R. Puig, L. Pellisé, R. Mora, S. Gea, C. Espinosa y A. Gilabert

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra. Gerència d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. CAEIP, Catsalut.

Objetivos: Actualización de la RSEEMTOPE del año 2008, para comprobar si las recomendaciones que se hicieron en ese informe se mantienen después de 5 años y tras la aparición de nuevos medicamentos para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica, realizada por encargo de la Comisión de Evaluación Económica e impacto Presupuestario (CAEIP) del CatSalut.

Métodos: Revisión sistemática de publicaciones relevantes por título y resumen utilizando los mismos términos que en la revisión anterior, acotando de septiembre 2008 hasta noviembre 2012 y añadiendo los nuevos principios activos, denosumab y ácido ibandronico. Se hizo uso del mismo tipo de criterios de inclusión y exclusión, selección de trabajos, extracción de datos y variables y tipo de análisis.

Resultados: La búsqueda bibliográfica identificó 355 estudios; excluyendo duplicados (38) y aplicando criterios de inclusión se redujeron a 12 artículos. No se encontraron estudios de evaluación económica para contexto español. Cuatro estudios realizan comparaciones entre bifosfonatos y con la opción de no tratamiento. Otros cuatro estudios comparan ranelato de estroncio frente no tratamiento y bifosfonatos. Dos estudios comparan denosumab frente no tratamiento y uno denosumab frente alendronico, otro denosumab frente alendronico, risedronico y no tratamiento. Hasta 2012 se observa una tendencia ascendente de las publicaciones de evaluaciones económicas de tratamientos para la osteoporosis posmenopáusica.

Conclusiones: Comparando las conclusiones y recomendaciones que se hicieron en el año 2008 tras la actualización, se comprueba que aún siguen existiendo lagunas en la realización de evaluaciones económicas de este tipo de medicamentos, y que es aconsejable realizar actualizaciones regularmente.

P-074. ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DE OMALIZUMAB EN EL ASMA GRAVE: UNA PERSPECTIVA REAL

N. García-Agua Soler, A. Levy Nahón, A.J. García Ruiz y A. Clavero Barranquero

Cátedra de Economía de la Salud y URM. Universidad de Málaga. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Objetivos: Conocer la eficiencia del uso en práctica clínica habitual de omalizumab en el tratamiento y control del asma grave.

Métodos: Perspectiva: SNS. Sujetos: 79 pacientes con asma grave. Medidas de efectividad: ingresos a urgencias por exacerbación y CVRS analizada con mini-AQLQ transformado en utilidades según dato publicado. Se comparó el periodo previo al tratamiento con omalizumab con el resultado a los 10 meses. Costes analizados: directos sanitarios (ingresos en urgencias y tratamiento con omalizumab).

Resultados: El número de ingresos a urgencias fue de 7,94/paciente en el periodo previo a omalizumab vs 0,19/paciente a los 10 meses de tratamiento ($p = 0,000$). La puntuación obtenida con el mini-AQLQ al inicio fue de 2,30 y al final de 4,11 ($p = 0,000$) (utilidad de 0,5967 y 0,7566 respectivamente). La dosis media de omalizumab fue de 225 mg cada 4 semanas (5.123,6€ en 10 meses; PVL -deducción 7,5%). Omalizumab evitó 7,75 ingresos a urgencias; siendo el ahorro en ingresos a urgencias de 1.806€/paciente (coste/ingreso evitado 462,07€/paciente). El coste por AVAC respecto al paciente sin omalizumab fue de 22.395€, con un coste incremental de 3.581€ y una utilidad ganada de 0,1599 AVAC.

Conclusiones: El uso de omalizumab se puede considerar eficiente desde la perspectiva del SNS.

P-075. IMPACTO ECONÓMICO DE NOVOSEVEN EN EL TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS HEMORRÁGICOS LEVES O MODERADOS EN PACIENTES CON HEMOFILIA A CON INHIBIDORES

L. Kaskens, M. Masferrer Niubó, J.B. Montero Ronsano, A. Ramírez de Arellano Serna y J. Darba Coll

BCN Health. Servei de Farmacia, Hospital General Vall d'Hebron. Novo Nordisk Pharma SA. Universidad de Barcelona.

Objetivos: El objetivo del estudio consiste en determinar el impacto económico de Novoseven en el tratamiento de los episodios hemorrágicos leves o moderados en pacientes con hemofilia A con inhibidores. Se consideran tres estrategias de tratamiento. En la primera estrategia se utiliza Novoseven en las tres líneas de tratamiento. En la segunda estrategia se utiliza Feiba en la primera y Novoseven en la segunda y tercera líneas de tratamiento; y finalmente en la tercera estrategia se utiliza Feiba en la primera y segunda líneas de tratamiento y Novoseven en la tercera.

Métodos: Se desarrolló un modelo de impacto económico para calcular la repercusión económica anual y por episodio de las diferentes estrategias de tratamiento en función del peso, la dosificación, los costes de hospitalización y la efectividad de los tratamientos. El estudio se ha realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Resultados: Para el cálculo de las dosificaciones de la medicación se ha considerado 70 kg como el peso medio por paciente. El coste total del tratamiento de un episodio hemorrágico por paciente es de 10.252€ usando la primera estrategia de tratamiento, de 11.851€ con la segunda y de 12.042€ con la tercera.

Conclusiones: El uso de Novoseven en las tres líneas de tratamiento de episodios hemorrágicos leves o moderados en pacientes con hemofilia A con inhibidores frente al uso de Feiba en la primera línea o el uso

de Feiba en la primera y la segunda representa un ahorro de 1.599€ y 1.789€ por episodio, respectivamente.

P-076. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

R. Alba Ruíz, E. de Antonio Martín, C. García Pérez, C. Bermúdez Tamayo y M. Colmenero Ruiz

Plataforma Provincial Logística de Cádiz. Unidad para Apoyar la Investigación. Complejo Hospitalario de Granada.

Objetivos: Analizar la tipología de los trabajos publicados en el área de evaluación económica en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio observacional y descriptivo, con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos Pub-Med/MEDLINE. Se seleccionaron los artículos publicados en los que el tema principal fuera el SCA. Se utilizó un programa de análisis de texto AntConc que permite explotar grandes conjuntos de textos mediante búsquedas de carácter contextual o estadístico. Para cada documento se seleccionaron diferentes variables.

Resultados: Se identificaron 298 trabajos. Las características más frecuentes fueron sobre análisis coste-efectividad (36%). El principal tema de estudio fueron los factores de riesgo (51%). Los tratamientos farmacológicos más utilizados tratan sobre drogas o agentes que antagonizan o afectan cualquier mecanismo que produzca agregación plaquetaria (25%). Los países que más artículos han publicado son USA (38%) y Reino Unido (9%), mientras que España es la cuarta (4%). Los autores proceden mayoritariamente de las universidades (39%) y de hospitales (20%) y la financiación es mayoritariamente pública. El análisis cualitativo, describe los diferentes temas abordados clasificados por subtemáticas.

Conclusiones: Los resultados describen la tipología de los artículos publicados en evaluación económica, incluyendo aspectos relacionados con las metodologías y poblaciones estudiadas, como las temáticas abordadas. Con el fin de obtener un uso más eficiente de los recursos sanitarios, los métodos de evaluación económica deben ser aplicados con mayor rigurosidad y los resultados deben utilizarse sistemáticamente en los procesos de toma de decisiones.

P-077. COST COMPARISON OF DEEP DRAIN STIMULATION AND LEVODOPA-CARBIDOPA INTESTINAL GEL IN PATIENTS WITH ADVANCED PARKINSON'S DISEASE

S. Eggington, F. Valldeoriola Vallderiola and S. Walleser

Servicio de Neurología, Hospital Clínic, Barcelona. Health Economics & Reimbursement, Medtronic S.A.

Objectives: With growing use of health technology assessment to make treatment decisions, we evaluated the cost profile of deep brain stimulation (DBS) and levodopa-carbidopa intestinal gel (LCIG) in patients with advanced Parkinson's disease (PD), from a UK payer perspective. The objective is to compare the five-year costs of DBS with best medical therapy (BMT), versus LCIG, in patients with advanced PD in the UK.

Methods: With no direct comparative evidence of DBS and LCIG, we assumed equivalent efficacy of the two interventions and used a Markov model to evaluate the cost profile over five-years. The cost analysis covered: device acquisition, implantation, adverse event management, concomitant drug use, device replacements and follow-up. Cost data were taken from UK national tariffs, combined with device/drug price lists and data from previous economic studies of interventions for PD. Disease-related inputs were based on recent

studies of DBS and LCIG in patients with advanced PD, plus long-term data from the literature. Costs were discounted at 3.5% per annum.

Results: Total discounted costs were €77,364 and €165,715 for DBS and LCIG, respectively, over five-years. Key inputs to the analysis were: costs of device acquisition and on-going provision of LCIG cassettes.

Conclusions: The results indicate that DBS with BMT requires less healthcare resources than LCIG over five-years. The difference in costs is primarily driven by the acquisition cost of LCIG cassettes. Comparative clinical data are needed to formally assess the relative cost-effectiveness of the two interventions.

Costes y prevalencia de la enfermedad II

P-078. COSTES SANITARIOS Y ESPECÍFICOS DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA AVANZADA

F. Jódar Sánchez, C. Parra, F. Ortega, S. Leal, P. Bonachela, C. Gómez Suárez y E. Barrot

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Linde Healthcare.

Objetivos: Valorar los costes sanitarios y específicos de un sistema de telemedicina para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado de cuatro meses seguimiento. Un total de 45 pacientes fueron aleatorizados, 21 en el grupo control (GC) y 24 en el grupo de telemedicina (GT). El análisis de costes incluyó el consumo de recursos sanitarios (visitas a urgencias, consultas al especialista e ingresos hospitalarios), tiempo de personal (call center, gestor de casos y personal técnico) y equipamiento (equipos de monitorización, hub y software). Los pacientes fueron clasificados según nivel de comorbilidad baja y alta.

Resultados: El coste del consumo de recursos sanitarios fue menor en los pacientes con baja comorbilidad: 411,24€ frente a 838,47€ en el GC; y 356,91€ frente a 2.951,11€ en el GT. El coste medio asociado al tiempo del personal fue 139,72€ y 153,60€ para los pacientes con baja y alta comorbilidad respectivamente. También se estimó un coste medio asociado al equipamiento de 77,40€ por paciente. El coste medio total fue de 411,24€ y 838,47€ en los pacientes de baja y alta comorbilidad del GC respectivamente; y 574,02€ y 3.182,11€ en los pacientes de baja y alta comorbilidad del GT respectivamente.

Conclusiones: El sistema de telemedicina sólo consigue reducir el coste de consumo de recursos sanitarios en pacientes con baja comorbilidad. Los costes específicos del sistema de telemedicina fueron similares pero representaron el 38% y 7% del coste total para los pacientes de baja y alta comorbilidad respectivamente.

P-079. VARIABILIDAD CLÍNICA Y COSTES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CÁNCER DE MAMA

E. Angulo, S. García-Armesto, M. Ridao y E. Bernal

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Objetivos: Analizar la variabilidad a nivel poblacional del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama mediante cirugía conservadora más radioterapia (CC) y no conservadora (CNC) y estimar el coste de oportunidad asociado a la utilización de una técnica u otra.

Métodos: Estudio ecológico, descriptivo, de las variaciones geográficas en intervenciones de CC y CNC realizadas en 199 áreas de salud españolas durante los años 2008-2009. Los costes de ambas interven-

ciones se calcularon, a partir de los datos de la Red Española de Costes Hospitalarios, distinguiendo entre costes hospitalarios y de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Asumiendo igual efectividad entre CC y CNC, el coste de oportunidad se aproximó considerando el impacto en términos de casos y costes derivado del aumento de la realización de CC mediante CMA.

Resultados: Las tasas estandarizadas de intervenciones de CC y CNC por cada 10.000 mujeres fueron de 6,84 y 4,35 con un rango de variación entre áreas de 2,95 y 3,11. El coste medio fue de 6.161€ en CNC, 7.305€ en CC con ingreso hospitalario y 4.810€ en CC con CMA. A partir de un 45% de CC realizada mediante CMA, la opción de CC igualaría los costes medios de la opción de CNC. El coste de oportunidad asociado equivaldría a 25 millones de euros en 2 años.

Conclusiones: La opción de CC realizada mediante CMA se perfila como la opción con menor coste de oportunidad, en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en estadios iniciales cuando CC y CNC son elegibles.

P-080. COSTE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA PRIMERA LÍNEA DE LOS LINFOMAS NO-HODGKIN INDOLENTES EN ESPAÑA

G. Debén y J.M. Collar

Complejo Hospitalario de La Coruña, Servicio de Hematología. Departamento Médico, Mundipharma Pharmaceuticals.

Introducción: El linfoma no-Hodgkin es una de las neoplasias hematológicas más frecuentes, con un 40% de progresión lenta o indolente (LNHi), caracterizado por distintas fases de respuesta-recaída a los tratamientos. Los pacientes con estadios avanzados que cumplen criterios para el inicio del tratamiento suelen recibir una primera fase de inducción con rituximab (Rtx) + quimioterapia, seguida, en caso de respuesta, por un mantenimiento con Rtx en monoterapia, según se recomienda por numerosas Guías de Práctica Clínica.

Objetivos: Analizar los distintos tratamientos utilizados y el gasto farmacéutico asociado a la primera línea de tratamiento (inducción y mantenimiento) del LNHi en España.

Métodos: Basados en datos de investigación de mercado recientes (IMS Oncology Analyzer™) se ha estimado una población de 3.906 pacientes con LNHi que en 2012 recibieron tratamiento de inducción. El análisis de costes se realizó desde la perspectiva del sistema nacional de salud, considerando el coste farmacéutico a PVL, con las reducciones de precios oficiales vigentes.

Resultados: El coste del tratamiento de la 1ª línea del LNHi supone 53,6 millones €/año, un 63% correspondería a la fase de inducción. Los tratamientos más ampliamente utilizados durante esta fase son RCHOP (42%) y RCVP (25%). El coste de Rtx supone más del 90% del coste farmacéutico durante esta fase de inducción.

Conclusiones: El tratamiento de la 1ª línea del LNHi tiene un elevado coste económico en España, debido fundamentalmente a la utilización del Rtx, que también ha supuesto un indiscutible avance terapéutico, mejorando y prolongando las respuestas de los pacientes.

P-081. AGITACIÓN: APROXIMACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO CLÍNICO EN ESPAÑA SEGÚN EXPERTOS

V. Becerra, D. Gómez-Ulloa, E. Garrido, S. Rojas-Farreras, J. Delgadillo, M. Roset Gamisans y A. Gracia

Área Científica; Asuntos Regulatorios, Grupo Ferrer. IMS Health.

Objetivos: Obtener información sobre la epidemiología y el manejo de la agitación en esquizofrenia y trastorno bipolar por parte de expertos.

Métodos: Encuesta estructurada por correo a expertos clínicos españoles en el tratamiento de pacientes con episodios de agitación. Los criterios de inclusión de expertos fueron trabajar en centros sanitarios públicos, y diagnosticar y tratar un mínimo de 20 episodios de agitación al año en esos pacientes. Los resultados se expresan como mediana (rango intercuartil).

Resultados: Se realizaron un total de 24 encuestas, 83% a psiquiatras. Según los encuestados, el 25% (10-40) de los pacientes esquizofrénicos y el 15% (10-30) de los pacientes bipolares padecerían al menos un episodio de agitación anual, con una mediana de 2 (1,5-3,0) y 2 (1,0-3,0) episodios anuales, respectivamente. Del total de episodios, el 70% (60-80) en esquizofrenia y el 65% (60-80) en trastorno bipolar se podrían clasificar como episodios de gravedad leve/moderada. De éstos, el 70% (50-80) requerirían ingreso hospitalario. Según los encuestados, el 10% (1-10) de los pacientes con agitación leve-moderada no recibirían tratamiento farmacológico para el control del episodio, el 40% (25-60) recibirían inicialmente tratamiento farmacológico por vía oral y el 50% (25-70) por vía intramuscular. Para controlar cada episodio estiman se dedicarían 25 (15-60) y 30 minutos (15-75) de psiquiatra y enfermería, respectivamente.

Conclusiones: Según expertos españoles consultados, la agitación es un problema real de salud psiquiátrica que conlleva un alto porcentaje de ingresos hospitalarios, que podría reducirse mediante un manejo clínico optimizado al perfil de dicha entidad.

P-082. INGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1) Y COSTE ASOCIADO

P. Ros Pérez, J. Moreno Fernández, M. Martín Cano y P. González García

Endocrinología Pediátrica, Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Ciudad Real. Departamento de Economía de la Salud y Reembolso, Medtronic.

Objetivos: En España existe escasa información sobre ingresos en pacientes con DM1 y sus costes. Se analizan los ingresos hospitalarios por complicaciones relacionadas con la DM1, el porcentaje que representan por grupos de edad y su impacto económico.

Métodos: Se utilizó el registro de altas de hospitalización (CMBD) del Ministerio de Sanidad (año 2010). Se analizó el código CIE-9 de ingresos hospitalarios con diagnóstico principal DM1 (código 250, no incluye enfermedad cardiovascular) y su coste medio (CM). Se obtuvo el número de ingresos y se calculó la incidencia ponderada por población para los grupos: a) 0-14 y ≥ 15 años; b) 0-19 y ≥ 20 años; c) 0-34 y ≥ 35 años.

Resultados: Se produjeron 6.990 ingresos hospitalarios en 2010 en pacientes con DM1 (CM: 4.800€/ingreso), sin existir mención de complicación en 1.123 casos y sin especificar el tipo de complicación en 537 ingresos. El 46% de los ingresos con hipoglucemias (CM grupo: 4.062€) y el 40% de los ingresos por cetoacidosis (CM grupo: 4.116€) se producen en ≤ 19 años. El 44% de ingresos por complicaciones renales se produjo entre 25-39 años (CM grupo = 18.658€) y el 36% de ingresos por trastornos circulatorios periféricos ocurrió en el rango de 30-49 (CM grupo = 8.116€). El grupo con mayor incidencia de ingresos ponderada por población fue: ≤ 19 años, seguido de ≤ 14 y ≤ 34 años (tasa de incidencia/100.000 habitantes = 23,6; 22,1; 19,1 respectivamente).

Conclusiones: Según el CMBD, los menores de 19 años con DM1 parecen tener mayor riesgo de ingreso por complicaciones relacionadas con la DM1, representando un coste significativo para el Sistema Nacional de Salud. La optimización del registro CMBD permitiría afinar más los resultados obtenidos sobre el gasto sanitario por DM1.

P-083. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA ESTIMACIÓN DE LOS COSTES DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K (AVK) EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS METÁLICA EN POSICIÓN MITRAL (PM) EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

A. González-Domínguez, A. Hidalgo, I. Aranda, A. Ivanova, P. Llamas, G. Ene, R. Vidal y E. Askari

Instituto Max Weber. Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Cuantificar los costes sanitarios directos que supone el control del tratamiento con AVK en pacientes con prótesis metálica en PM. Comparar costes de los pacientes con PM con los que producen los pacientes con FANV.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en la unidad anti-trombótica de la Fundación Jiménez Díaz (FJD) del 1/10/2009 al 30/09/2010. Se tuvieron en cuenta los siguientes costes: coste del tratamiento (según precios del vademécum del MSSSI), coste de la medicación concomitante (heparinas y vitamina K), coste del control del INR (coste de los materiales sanitarios utilizados), coste de la visita (cuatro escenarios alternativos aplicando tarifas de facturación de Comunidad de Madrid) y, coste de la hospitalización (según coste del GRD de aquellos ingresos hospitalarios derivados de complicaciones, episodios trombóticos o hemorrágicos). Los costes se expresaron en euros del 2011.

Resultados: Durante el período del estudio, la FJD atendió a 129 pacientes (2.033 visitas médicas) con PM en tratamiento con AVK y 1.257 pacientes (17.704 visitas) con FANV. Se observan diferencias estadísticamente significativas al 95% en número de visitas medio y dosis media semanal. Respecto al tiempo en rango terapéutico los pacientes con FANV están mejor controlados que los pacientes con PM en T-AVK. Los costes medios por paciente de PM varían entre 372€-1.266€, siendo superiores que en pacientes con FANV, cuyo coste medio varía entre 337€-1.142€.

Conclusiones: Los resultados indican que el consumo de recursos y los costes de los pacientes con PM son superiores a los que registran los pacientes con FANV.

P-084. EFICIENCIA CONJUNTA DE TRES INTERVENCIONES DE MANEJO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL

G. Villa, P. Rebollo y F. Ortega

Universidad de Oviedo. BAP LA-SER Outcomes. GADDPE.

Objetivos: Analizar la eficiencia conjunta de tres intervenciones de manejo del paciente en tratamiento sustitutivo renal (TSR) desde una perspectiva social: [1] aumento de la proporción de pacientes programados en hemodiálisis (HD), [2] aumento de la incidencia/prevalencia en diálisis peritoneal (DP) y [3] vuelta oportuna a diálisis tras la pérdida del trasplante (Tx). Estas intervenciones estarían basadas en una adecuada información al paciente y en una redistribución de los recursos existentes.

Métodos: A partir de la opinión de expertos, se comparó la actual situación en España (2012) con un escenario ideal en el que [1] la proporción de pacientes programados en HD es del 70%, [2] la incidencia/prevalencia en DP supone el 40%/30% de la incidencia/prevalencia en diálisis y [3] la totalidad de los pacientes que vuelven a diálisis tras el fallo del trasplante lo hacen de manera oportuna. Los costes (directos e indirectos) y las utilidades se obtuvieron de la literatura existente. La incidencia/prevalencia del TSR se obtuvo del registro de la Sociedad Española de Nefrología.

Resultados: En 2012, estaban en TSR 56.586 pacientes. El coste del TSR en España fue 1.644M€ (HD: 1.140M€, DP: 118M€ y Tx: 386M€). El coste/paciente fue 29.061€ y los AVAC/paciente 0,7430. En el escenario ideal, el coste/año del TSR sería 1.520M€ (HD: 803M€, DP: 302M€ y Tx: 415M€). El coste/paciente sería 26.867€ y los AVAC/paciente 0,7497.

Conclusiones: El escenario ideal constituye una opción dominante desde el punto de vista farmacoeconómico, proporcionando más AVAC a un coste menor.

P-085. ESTUDIO DE LOS COSTES DIRECTOS DEL RIESGO HEMORRÁGICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K (T-AVK)

I. Aranda, A. González-Domínguez, A. Hidalgo, A. Ivanova, P. Llamas, G. Ene, C. Miranda, R. Vidal y E. Askari

Instituto Max Weber. Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha. Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Cuantificar los costes directos del riesgo hemorrágico en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre 944 pacientes con fibrilación auricular en T-AVK seguidos en la unidad antitrombótica de la Fundación Jiménez Díaz del 1/10/2009 al 30/09/2010 y con un tiempo, de permanencia en el estudio, mínimo de 5 meses y un día. Los costes del tratamiento y de la medicación concomitante se obtuvieron a partir de los precios del vademécum de MSSSI. Los costes del control de INR se calcularon a partir del coste de los materiales sanitarios utilizados. En el coste de la visita se desarrollaron cuatro escenarios alternativos aplicando las tarifas de facturación de la Comunidad de Madrid. El coste de la hospitalización se calculó imputando el coste del GRD de aquellos ingresos hospitalarios derivados de complicaciones del T-AVK (episodios trombóticos o hemorrágicos). Todos los costes se expresaron en euros del 2011.

Resultados: Se registraron 46 pacientes que habían presentado alguna complicación hemorrágica (11 graves, 33 leves y 2 de ambos tipos). Los costes medios por paciente de aquellos que presentaron alguna hemorragia oscila entre 799,45€ y 1.959,5€. Este coste es muy superior al coste medio de los pacientes sin hemorragias, que oscila entre 392,9€ y 1.341€. Siendo estas diferencias estadísticamente significativas al 95%.

Conclusiones: El sangrado es un efecto adverso muy importante en lo relativo al consumo de recursos, llegando prácticamente a duplicar el intervalo inferior de los costes del grupo de pacientes sin riesgo hemorrágico.

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario II

P-086. SISTEMA DE COSTES EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

C. Loran Constans y N. Solé Padullés

Control de Gestión, Parc Sanitari Pere Virgili.

Objetivos: Para hacer frente al nuevo entorno en el que, ante las restricciones presupuestarias, es necesario reducir y optimizar los re-

cursos de acuerdo con el valor que ofrecen a sus usuarios. Se pretende calcular los costes de los servicios prestados y conocer su importancia para la toma de decisiones.

Métodos: Para escoger un método de costes idóneo, hemos tenido en cuenta varias variables para la elección: características de la entidad, sector de actividad en el que opera, tipos de costes del centro, necesidades de información e información disponible. El sistema de costes utilizado dependerá de los costes de la entidad (costes directos y costes indirectos). Inicialmente, la empresa se divide en secciones principales (vinculadas a los servicios que presta a usuarios) y secciones auxiliares (prestaran servicio a las principales).

Resultados: La utilización del Sistema de Costes ha posibilitado que el cálculo de costes sea más preciso y que la asignación de los costes indirectos sea más rigurosa. Ha permitido a la entidad tener un mejor conocimiento de los costes por actividades, además de identificar aquellas actividades que podrían ser deficitarias y ayudando a la toma de decisiones estratégicas.

Conclusiones: El Sistema de Costes es considerado como un proceso para imputar los gastos a las diferentes actividades y que beneficia la elección de decisiones estratégicas y operacionales. Principalmente, un sistema de costes ayuda a tener un conocimiento más analítico sobre qué parte de los gastos se están financiando con los ingresos obtenidos, para cada una de las líneas de actividad.

P-087. NÚMERO ÓPTIMO DE UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL A ALMACENAR EN UN BANCO PÚBLICO: LA EXPERIENCIA DE ANDALUCÍA

A. Caro, L. García-Mochón, J. Espín, A. Álvarez, I. Prat, M.C. Hernández, B. Miranda y M. Alonso

Escuela Andaluza de Salud Pública. Banco de Sangre de Cordón Umbilical. Centro de Sangre de Transfusiones Sanguíneas de Málaga. Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía.

Objetivos: Estimar el coste de recepcionar, procesar y almacenar una unidad de sangre de cordón umbilical (SCU) y determinar el número de unidades óptimas a almacenar en el Banco Público de Málaga en el 2010.

Métodos: Se han considerado el coste fijo y variable, diferenciado las fases del proceso de producción, según el Proceso Asistencial Integrado Células y Tejidos Humanos. El número óptimo de unidades de SCU a almacenar ha partido de la hipótesis de que el coste incurrido en el banco debe ser recuperado por los ingresos generados por el mismo a través de las unidades que se envían para trasplante, para en un horizonte temporal a 5 años y modificando parámetros que permitan obtener una mejora de eficiencia. Así, se ha analizado la capacidad diagnóstica del peso como media de "cribado", y el valor umbral que mejor relación muestra entre el porcentaje de muestras válidas y no válidas.

Resultados: El coste total por unidad de SCU es de 1.259,59€, siendo el coste variable de 945,72€. Existe una relación estadísticamente significativa entre el peso y la calidad de las muestras, siendo 130 gramos el peso que mejor resultado ofrece: un ahorro agregado de 534.923,66€ frente al escenario basal. El escenario presupuestario con este peso umbral y 2.328 unidades almacenadas implicaría una significativa reducción del déficit en el periodo analizado.

Conclusiones: La variación de parámetros y el análisis de los escenarios obtenidos han permitido incorporar márgenes de mejora y eficiencia en el empleo de los recursos del BSCU.

P-088. INNOVACIÓN LOGÍSTICA PARA DAR AL PACIENTE LO QUE NECESITA...PERO NO MÁS

A. Ortega Salazar, M.T. Acaiturri Ayesta, C. León Araujo, E. Gómez Inhiesto, S. Garate Pérez, J.A. Herrero Pastor, B. Sánchez Sastre, M.A. Gómez Rodríguez, M.A. Durán Díaz del Real y B. Basozábal Zamacona

Hospital Galdakao Usansolo.

Objetivos: Evaluar la eficiencia, en el área quirúrgica, de un nuevo modelo de gestión logística frente al modelo tradicional.

Métodos: Estudio descriptivo de la cadena logística con identificación de actividades por tiempos de dedicación. El estudio se limita a la cadena generada en 7 especialidades quirúrgicas, excluida Traumatología, por la ubicación física de los 3 quirófanos de esta especialidad. Los costes se obtienen del sistema de información económica y la efectividad la medimos a través indicadores logísticos cuantitativos y cualitativos.

Resultados: El primer resultado es una reducción del 53% en la variable tiempo de dedicación lo que supone una reducción del 24% en el coste hora de las actividades que se describieron. La recuperación de la inversión se estima entre 2 y 3 años. El Índice de Rotación de Materiales mejora en 3 puntos en 5 años, las roturas de stock se han reducido de un 63% al 26% en este mismo periodo, observándose asimismo una mejora en la variable "valor de stock" en el nuevo modelo. En cuanto a resultados cualitativos, destacar la fiabilidad y transparencia que se traslada al sistema económico financiero así como la reasignación adecuada de competencias del personal de enfermería y de logística.

Conclusiones: Invertir en la automatización de procesos significa ahorrar tiempo y dinero. Es necesario aplicar la evaluación económica con criterios de coste-efectividad para priorizar proyectos e incorporar tecnologías. Y la imputación de materiales a paciente garantiza la trazabilidad y favorece la seguridad clínica.

P-089. HERRAMIENTAS DE GESTIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD UNE 166002:2006 DE LA I+D+I DE UN HOSPITAL

R. Alba-Ruiz, C. García-Pérez, E. de Antono-Martín y C. Bermúdez-Tamayo

Complejo Hospitalario de Granada, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Plataforma Provincial Logística Integral. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objetivos: Aplicar herramientas de gestión para establecer y mantener un sistema de gestión I+D+i en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) basado en la Norma UNE 166022: 2006.

Métodos: Se diseñó e implementó un sistema de información científica mediante una base de datos relacional específica diseñada ad hoc, accesible a través de la página Web del hospital, para la elaboración de informes basados en parámetros bibliométricos y según la documentación de referencia "UNE 166002:2006: Gestión de la I+D+i". El diseño de la base de datos consta de diversos módulos donde se almacenan los datos del personal investigador, servicios a los que pertenecen, publicaciones en revistas, libros, comunicaciones a congresos, tesis, patentes, premios, ideas, proyectos de investigación, y líneas de investigación.

Resultados: Se creó un Sistema de información integral que gestiona la actividad científica del Hospital desde los módulos: Banco de Proyectos, Banco de Ideas y Producción Científica. Se han podido observar varios puntos fuertes: elaboración de Informes, memorias de investigación, talleres de creatividad en investigación y docencia, herramienta que facilita la generación de ideas. Igualmente ha permitido identificar actuaciones para la mejora de la gestión del sistema y de la propia organización.

Conclusiones: Las aplicaciones diseñadas son un instrumento útil para la toma de decisiones, aplicables a diferentes niveles de agregación. El Sistema ha permitido al hospital sistematizar sus actividades de I+D+i. Durante la Auditoría se ha podido constatar gran esfuerzo llevado a cabo para la implantación del Sistema de Gestión de la I+D+i.

P-090. IMPACTO DE LA ORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE TRAUMÁTICO GRAVE EN LA RED ASISTENCIAL PÚBLICA DE CATALUNYA

L. Espinosa, H. Biescas, J. Fusté y J. Estany

Consorci Sanitari de Barcelona. CatSalut. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut.

Objetivos: Dotar a la red asistencial de Catalunya de atención a las urgencias y emergencias de criterios asistenciales y organizativos para atender de la forma más eficaz posible a los pacientes traumáticos graves.

Métodos: Para facilitar la ordenación se dispone de las siguientes herramientas: el Protocolo y código de activación para la atención del paciente politraumático (código PPT), la Instrucción del CatSalut 04/2011 de ordenación de la atención inicial a estos pacientes y el Registro de pacientes traumáticos graves atendidos.

Resultados: Criterios de triaje para la clasificación de pacientes La descripción de cartera de servicios de cada nivel asistencial: 1, 2a, 2b y 3, con 50 centros implicados, 9 de ellos de nivel 3 La sectorización territorial para adaptar la ordenación y flujos de pacientes Los códigos PPT activados por el SEM de pacientes adultos y pediátricos han sido 1.102 en 2011 y 5.740 en 2012 En los 6 primeros meses el Registro ha informado 446 adultos y 57 pediátricos, el 58% con código prehospitalario activado, 57% accidentes tránsito o atropellamiento, 10% de mortalidad. Otras variables informadas: tensión arterial, intubación, vía venosa, tiempo actuación SEM.

Conclusiones: El proceso de ordenación realizado a través de la implantación del código PPT en toda la red favorece la atención del paciente en el dispositivo más adecuado según su capacidad de resolución. Se ha mejorado la coordinación entre SEM y hospitales y entre hospitales de diferentes niveles y prestaciones. El seguimiento y análisis de la actividad completa y mejora el sistema desplegado.

P-091. MEJORANDO LOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL DE LA TUBERCULOSIS EN UNA GRAN CIUDAD

L. Espinosa, A. Orcau, J. Caylà, J. Estany, A. Vilella, M. Gurgui, F. Sánchez, M.L. de Souza-Galvao e I. Molina

Consorci Sanitari de Barcelona. CatSalut. Agència de Salut Pública de Barcelona. Hospital Clínic. Hospital de Sant Pau. Hospital del Mar. Unitat de Tuberculosi de Drassanes. Hospital Vall d'Hebron.

Objetivos: Implantar un modelo organizativo y de coordinación de la tuberculosis en la ciudad de Barcelona.

Métodos: Se identificó a los profesionales dedicados a TB de los hospitales de referencia. Cada hospital organizó una Unidad Clínica (UC), con facultativos referentes para atender al paciente y sus contactos del Área Integral de Salud (AIS) de referencia. La UC dispone de una gestora de casos, que ejerce la interlocución con los diferentes servicios del hospital y con el programa de TB. En cada AIS se impulsó un comité operativo en TB (COTB), como coordinador territorial de todos los agentes implicados. Se ha comparado la exhaustividad en el cribaje de los contactos (EC) de los casos de TB pulmonar, el cumplimiento del tratamiento (TCT) y la mediana del retraso diagnóstico (RD) entre los

períodos 2003-2007 y 2008-2011, para evaluar la efectividad del modelo.

Resultados: Desde 2007 se han definido y consolidado 5 UC como referente de TB en su territorio, y la gestora de casos como profesional clave en el modelo. Cada COTB se ha reunido 4 veces año, se han clarificado los circuitos y las relaciones con los diferentes proveedores de servicios. El EC pasó del 81% al 84%, la TCT del 96,5% al 97,6% y la mediana del RD de 41 a 40 días.

Conclusiones: La centralización de la asistencia en las UC dota de multidisciplinariedad y eficacia la atención, y ha mejorado la coordinación, fortalecido el Programa de TB y los indicadores de control.

P-092. PROBLEMÁTICA DE LA MEDICIÓN DE RESULTADOS ECONÓMICOS EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA. EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE FERROL

A. Facio, J. Puente, M. Vázquez, C. Fernández, J.L. Aboal y A. Núñez

Gerencia y Servicio de Psiquiatría, Hospital Arquitecto Marcide. Aplica Asociados.

Objetivos: Identificar los problemas para la de medición de resultados económicos en unidades de gestión clínica.

Métodos: Los datos provienen de los acuerdos de gestión clínica de los años 2011 y 2012 y de las evaluaciones de los mismos. Se ha utilizado la clasificación económica de las administraciones pública.

Resultados: Se han identificados como información fiable y utilizable para la medición de resultados económicos, el gasto en personal, de farmacia hospitalaria, corrientes directos, y parcialmente de farmacia prescrita, y los ingresos por facturación a terceros. El resto de gastos no han podido ser conseguidos con el nivel de fiabilidad y precisión suficientes para poder realizar una evaluación objetiva. Se han identificado intervenciones externas a la gestión de la propia unidad que deberían ser controladas al realizar una valoración de las intervenciones de la propia unidad con el objetivo de mejorar su eficiencia.

Conclusiones: Los actuales sistemas de información económica deben adaptarse para facilitar una adecuada gestión económica de las unidades de gestión clínica. Existe una necesidad de identificar adecuadamente a nivel meso y microgestión, cuáles son las intervenciones que realmente impactan en la eficiencia del sistema con datos reales de los costes de cada dispositivo asistencial integrado actualmente en la UGCSM de Ferrol. La identificación de mejoras y cambios en los procesos asistenciales con movimiento de recursos hacia dispositivos asistenciales con mayores niveles de eficiencia, (cuando se sepa el "coste de Utilidad" cada uno de ellos) debe ser una línea prioritaria en las unidades de gestión clínica.

P-093. DISTRIBUCIÓN DE GASTOS EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE FERROL Y ORIENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

A. Facio, J. Puente, M. Vázquez, C. Fernández, J.L. Aboal y A. Núñez

Gerencia y Servicio de Psiquiatría, Hospital Arquitecto Marcide. Aplica Asociados.

Objetivos: Analizar la distribución de los gastos imputables de forma fiable a una unidad de gestión clínica para identificar proyectos con mayor impacto en la mejora de la eficiencia. Datos y metodología: Se ha realizado una descripción de la distribución de los gastos imputados al área de gestión clínica clasificados por las partidas presupuestarias para las administraciones públicas.

Resultados: El área de gestión clínica de salud mental de Ferrol está compuesta por 24 camas de agudos, 1 hospital de día (20 plazas P.

completo y 60 en P. Parcial), 1 de Continuidad de cuidados (85 plazas), 3 Unidades de Salud Mental. Trabajan 32 facultativos (11 en formación), 13 DUE, 16 TECAE, 2 TO, 3 trabajadores sociales y 4 administrativos. Los ingresos en 2011 fueron 391 y consultas 27.525. El gasto imputable al área de gestión clínica fue de 4,1 millones de euros para el año 2011. Se distribuye: gasto de personal supuso el 58,6%, prescripción farmacéutica por receta el 36,4%, farmacia hospitalaria el 4% y el resto de capítulo II (suministros, radiología, analíticas) el 1%.

Conclusiones: Cualquier acción o intervención que se realice con el objetivo de mejorar la eficiencia deberá estar orientada prioritariamente hacia la gestión de recursos humanos o la gestión del gasto de farmacia por receta. Actuaciones en otros ámbitos tendrían limitado impacto en la mejora de la eficiencia global de la Unidad. Este perfil de gasto es diferente al de otras Unidades como puede ser cirugía en la que los suministros tienen un papel más importante.

P-094. CONCEPTO DE UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN HOSPITALARIA EN TÉRMINOS DE EFICIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. VALORACIÓN DEL PROCESO DE ISQUEMIA CRÍTICA

J. Corral Cano, M.P. Hernández Hernández, J.F. Gutiérrez Díez y J.C. Dueñas Puebla

Servicio Cántabro de Salud. Hospital de Día, Hospital de Laredo. Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: 1. Definir y situar el concepto de Unidad de Alta Resolución Hospitalaria en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. 2. Evaluarlo en términos de eficiencia general. 3. Estudiar la oportunidad de introducir un nuevo proceso de atención a la isquemia crítica.

Métodos: Revisión y estudio de: 1. Memorias de la Unidad. 2. Costes por proceso de la Unidad. 3. Proceso asistencial de la isquemia crítica de extremidades. 4. Bibliografía específica.

Resultados: Tras establecer el marco conceptual, estructura organizativa, cartera de servicios y catálogo de prestaciones; se comprueba la eficiencia global del servicio. La gestión por procesos y utilización de protocolos de pasos críticos se muestran como herramientas más eficientes que la hospitalización convencional en los procesos incluidos en la cartera de servicio de la unidad. La aplicación de un modelo transversal de gestión como el de la unidad de alta resolución a un proceso de atención multidisciplinar como el de la isquemia crítica muestra ventajas potenciales tanto en la coordinación del proceso como en la disminución de costes.

Conclusiones: La Unidad de Alta Resolución Hospitalaria del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, creada como un servicio de hospitalización no convencional, ofrece una atención continuada, multidisciplinar y semintensiva de reconocida eficiencia. Es factible la introducción de nuevas vías clínicas de atención a diferentes patologías, que puedan beneficiarse de estas particularidades. Es viable y eficiente la implantación del proceso de atención a la isquemia crítica, como parte del abordaje al paciente inestable o grave.

Demanda, utilización y cuidados de larga duración

P-095. EL IMPACTO DE LA TELEMEDICINA, TELEASISTENCIA Y EHEALTH EN LA ASISTENCIA SANITARIA

J. del Llano, L. Quecedo y S. Pinto

Fundación Gaspar Casal.

Objetivos: Analizar el impacto de la telemedicina, teleasistencia y eSalud (eHealth) en la asistencia sanitaria.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica (RSL), de aquellos estudios publicados entre el 2003 y 2013, de adultos afectados por varias enfermedades crónicas, en los que se realiza un seguimiento clínico con apoyo de tecnologías como la telemedicina, teleasistencia y eHealth. Los resultados suelen ser comparados con el seguimiento convencional.

Resultados: De los 57 estudios seleccionados, 21 cumplieron con los criterios de inclusión y de éstos 6 correspondieron a ensayos clínicos controlados, 12 fueron revisiones sistemáticas, uno fue de casos y controles, otro prospectivo y un último de descripción de costes. De los 21 estudios seleccionados para esta revisión, todos demostraron tener en mayor o menor grado un impacto positivo. Al menos uno de los tres aspectos analizados como medidas de resultado: resultados clínicos, utilización de recursos y calidad de vida, fue marcadamente superior a la alternativa convencional. El más significativo en cuanto a reclutamiento, el WSD con más de 3.000 pacientes seguidos 12 meses, con DM2, IC y EPOC, presentaron una mortalidad de 4,6 vs 8,3% $p < 0,0001$.

Conclusiones: La telemedicina, teleasistencia y salud electrónica son iguales en muchos aspectos a otro tipo de tecnologías sanitarias, en las cuales disponer la mejor evidencia sobre su seguridad y eficacia es fundamental. Su impacto sobre la asistencia sanitaria es positivo desde el punto de vista resultados clínicos y satisfacción de los pacientes. Sin embargo en relación a su coste-efectividad, se mantiene un alto grado de incertidumbre.

P-096. FACTORS AFFECTING THE ENTRANCE TO A DEPENDENCY STATUS ON THE NEW BILL CONTEST IN SPAIN

G. López-Casasnovas, C. Nicodemo and H.M. Hernández-Pizarro

CRES-UPFCRES-UPF.

Objectives: Population aging jointly with the family's change (i.e. shrinking of families, women's participation in labor force and intra-family distances) have driven the formal demand on Long Term Care (LTC). In 2006, Spanish government passed the Dependency Bill to afford the LTC demand. The aim of this work is to assess the long term care in Spain on the new Bill contest studying the factors that directly affect the dependency degree.

Methods: By employing a unique individual dataset, with information on all LEPA's applicants in Catalonia, a Spanish region, we estimate the different effects of covariates (age, civil status, disability status and location) on the degree of dependency.

Results: Our results show how both age and psychical disability are the most important factors to explain the dependency degree, with substantial role from gender. Findings indicate that there are no relevant differences across cities.

Conclusions: We conclude that the Bill covers part of Spanish population who do not perform daily basic activities and face high financial expenses.

P-097. EVOLUCIÓN DEL BARÓMETRO SANITARIO 1997-2011

D. Prieto, O. Pérez y R. Pesquera

Fundación Marqués de Valdecilla. Observatorio de Salud Pública de Cantabria.

El Barómetro Sanitario con periodicidad anual desde 1997 permite conocer la evolución de la opinión ciudadana sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario y la satisfacción con el mismo. Estudio transversal. Entrevista domiciliaria a residentes de 18 y más años. Muestreo polietápico, estratificado por conglomerados. Muestra diseñada: 7.800 entrevistas cada año. Variables: funcionamiento del SS (%); satisfacción con el SS público (escala 1 a 10); elección y valoración de los distintos niveles de asistencia pública (%); medidas de control gasto; y gasto sanitario per capita. Análisis descriptivo y correlación entre satisfacción y gasto. Ha aumentado ligeramente (10%) la proporción de personas que opinan que el Sistema Sanitario funciona bastante bien o bien pero necesita cambios, a costa de la reducción de los que opinan que son necesarios cambios fundamentales o rehacerlo. La satisfacción con Servicios públicos viene aumentando desde 2002 (5,9 a 6,6 en 2011). En 2011 hay un descenso del -3,7% en el gasto per cápita en España. Existe alto acuerdo con las medidas propuestas de control del gasto sanitario (más de 8/10). La asistencia pública vuelve a ser la mejor elección en los diferentes niveles asistenciales, observándose las menores diferencias en la Hospitalización (7,9% sobre un 30% en los otros niveles). Los aspectos más valorados de los Servicios Públicos son la tecnología y los medios disponibles, y la capacitación profesional (aspectos que ha ido aumentando desde el 2006). El descenso en el gasto sanitario per cápita no supone variación en la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios.

P-098. ASIGNATURA DE ECONOMÍA DE LA SALUD APLICADA AL CUIDADO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS: OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DEL MÁSTER OFICIAL EN GESTIÓN INTEGRAL E INVESTIGACIÓN EN LOS CUIDADOS DE HERIDAS CRÓNICAS

R. Sarabia Lavín, J. Zabala Blanco, J.E. Torra i Bou, J. Soldevilla Ágreda, J. Verdú Soriano, M. Paz Zulueta, B. Torres Manrique y C.M. Sarabia Cobo

Departamento de Enfermería, Universidad de Cantabria. División de Curación de Heridas. Smith&Nephew Iberia. Servicio Riojano de Salud, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

Objetivos: Describir la opinión del alumnado sobre una asignatura de economía de la salud en el área de las heridas crónicas.

Métodos: La Escuela de Enfermería de la Universidad de Cantabria oferta desde el 2011-12 el "Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación en los Cuidados de Heridas Crónicas". Se propone la asignatura "Instrumentos para la gestión, planificación y organización de la atención de las heridas crónicas" con el objetivo de aportar argumentos al alumno para que en su práctica en la atención de heridas pueda interiorizar, generar y utilizar también decisores no clínicos que le permitan tomar las mejores decisiones teniendo en cuenta las dimensiones coste/beneficio/efectividad. Finalizada la 1ª edición, desde el Vicerrectorado de Calidad e Innovación Educativa, se analiza la docencia impartida.

Resultados: 55% encuestas cumplimentadas online (11), 20 matriculados. 17 preguntas puntuadas entre 0 (totalmente en desacuerdo) y 5 (totalmente de acuerdo). Puntuación media de todos los ítems: 4,20 (sobre 5); 6 estudiantes realizan comentarios: sobre metodología se valora la necesidad de incorporar presencialidad (100% online) y sobre el contenido del curso se destaca su utilidad en la práctica.

Conclusiones: Los alumnos entienden que conseguir una atención de calidad a las personas con heridas crónicas obliga no solo a prepararse bajo un punto de vista clínico para prestar cuidados basados en las mejores evidencias sino también a conocer modelos de gestión para su manejo eficiente y sostenible bajo un punto de vista económico. La economía de la salud une las dimensiones clínica-económica.

P-099. PROYECTO DE OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS Y RESIDENCIALES DE EXTREMADURA

J.L. Trigo, C. Barragán, J.L. Sánchez, C. Domínguez y A. Aranguéz

Servicio Extremeño de Salud.

Objetivos: Coordinar, a nivel autonómico, la prestación y atención farmacéuticas en centros sociosanitarios y residenciales con el fin de racionalizar el consumo de recursos en beneficio de la sostenibilidad del sistema, y de mejorar la seguridad y calidad asistencial de los pacientes institucionalizados.

Métodos: Material: aplicación informática, protocolos normalizados de trabajo, guía farmacoterapéutica, programa alternativas terapéuticas equivalentes. Programa de coordinación. Fases: Análisis situación. Implementación herramienta informática. Gestión depósitos (dotación, organización, control y normalización de procedimientos). Seguimiento farmacoterapéutico (vinculación farmacéuticos, optimización farmacoterapia, farmacovigilancia y minimización problemas relacionados con medicamentos). Investigación y formación. Evaluación proyecto.

Resultados: Iniciado en 14 grandes centros que acogen a más de 1.600 pacientes con 11 farmacéuticos integrados. Reducción media anual del 10% en gasto total de medicamentos y de un 19% del número de recetas prescritas (2011 frente a 2010). Corregidas situaciones que suponían una pérdida evitable de recursos y un riesgo sanitario en materia de medicamentos. Más de 1.300 pacientes registrados en la aplicación informática, 130 en seguimiento, con un total 114 "intervenciones farmacéuticas" en seguridad aceptadas. Ahorro aproximado en 2011 de 830.000 € por gestión directa de estos depósitos.

Conclusiones: Un programa autonómico de coordinación, que contemple la integración de farmacéuticos apoyados por una herramienta informática integradora, se configura como una estrategia sostenible, eficaz y de calidad para alcanzar los objetivos propuestos.

P-100. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE FILTROS INFORMATIZADOS PARA EL ESTUDIO DEL HIERRO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

F. Rodríguez, B. Alarco, J.A. Navarro, R. Colino y J. García Dopico

Laboratorio Central, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Objetivos: El Laboratorio Central (LAC) del Hospital Universitario de Canarias se planteó para gestionar la demanda de pruebas diagnósticas, el establecimiento de filtros informatizados en la solicitud.

Métodos: Los pasos necesarios fueron: Evaluación pruebas instaurar filtro, sin comprometer el diagnóstico ni terapéutico del paciente. Establecimiento de criterios para no realización. Consenso con Servicios Médicos. Comunicación a médicos peticionarios. Programación del filtro en SIL: OpenLab (Nexus It). Cambios en flujos de trabajo del Laboratorio. Exclusión del filtro determinados Servicios. Se permite solicitud justificada de pruebas filtradas. Evaluación (entrevistas a médicos solicitantes y revisión de reclamaciones).

Resultados: Se muestran en las tablas. Se solicita exclusión del filtro en 3 peticiones/día para un total 1.200 peticiones/día. Se presentaron solo 4 reclamaciones de pacientes en el año 2012, motivadas por el establecimiento de filtros.

	Ferritina	Sideremia	Transferrina
Pedidas 2011	83.706	82.750	55.665
Anuladas 2011	40.539	39.690	23.364
%	48,43	47,96	41,97
Pedidas 2012	144.670	151.072	100.097
Anuladas 2012	76.428	74.584	43.442
%	52,82	49,36	43,39

Ahorro 2011	96.342,48 €	5.359,80 €	33.119,81 €	134.822,09 €
Ahorro 2012	161.645,22 €	8.950,08 €	50.740,26 €	221.335,56 €
Ahorro total	257.987,70 €	14.309,88 €	83.860,06 €	356.157,64 €

Conclusiones: Se puede conseguir un ahorro muy importante en pruebas diagnósticas sin afectar a la calidad de la atención al paciente. Se necesitan: herramientas informáticas (SIL de Lab, petición electrónica), información sobre diagnóstico y tratamiento, buena comunicación con los pacientes y clínicos para explicar los filtros implantados.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 20 de junio de 2013. 14:30 a 15:30 h

Evaluación económica IV

P-101. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE ILOPROST, EPOPROSTENOL Y TREPROSTINIL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: UNA ACTUALIZACIÓN

I. Oyagüez, E. Sabater, J. Mendivil, L. Febrer y M.A. Casado

Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia.

Objetivos: Analizar el coste-efectividad de iloprost inhalado (ILO), epoprostenol intravenoso (EPO) y treprostnil subcutáneo (TRE) en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) que inician terapia con un prostanoides, desde la perspectiva del Sistema Sanitario.

Métodos: Modelo de Markov con cinco estados de salud (4 clases de New York Heart Association y muerte) simulando la evolución durante 3 años (ciclos de 12 semanas) de una cohorte de pacientes con HAP en clase-III, que podían cambiar de tratamiento cuando evolucionaban de clase-III a IV. Los costes unitarios (€, 2013) proceden del Catálogo de Medicamentos y de eSalud. La información sobre recursos sanitarios y protocolos de tratamiento fue validada por expertos. La eficacia en años de vida ganados (AVGs) de los prostanoides procede de ensayos pivotales. Costes y efectos fueron descontados al 3%. Se realizaron análisis de sensibilidad (AS) para determinar la robustez del modelo.

Resultados: A los 3 años, la terapia inicial con ILO es la estrategia con menor coste (110.507€), seguida de EPO a precio de genérico (274.031€) y de TRE (315.373€). Los AVGs fueron 2,729 (EPO), 2,695 (ILO) y 2,690 (TRE). La terapia con ILO resultó dominante frente a TRE. Considerando un umbral de eficiencia de 30.000€/AVG, EPO no es coste-efectivo, frente a ILO y TRE. Los AS confirmaron los resultados.

P-102. ARTROSCOPIA CON LAVADO ARTICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE RODILLA. ANÁLISIS ECONÓMICO. ¿DESINVERSIÓN PARCIAL O TOTAL?

A. Gutiérrez, I. Gutiérrez-Ibarluzea, L. Galnares, M. Mateos y M. Errezola

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba, Gobierno Vasco. Servicio de Registros e Información Sanitaria.

Introducción: El lavado articular es un procedimiento terapéutico realizado durante una artroscopia para mejorar sintomáticamente la artrosis de rodilla previamente a la prótesis como tratamiento final.

Objetivos: Realizar un análisis sobre seguridad y efectividad del lavado articular en el tratamiento de la artrosis de rodilla y analizar el coste económico. Elaborar recomendaciones clínicas y de cobertura.

Métodos: Revisión sistemática de la evidencia. Búsqueda 2009 a 2012 en las bases de datos bibliográficas en ciencias de la salud (MEDLINE EMBASE, Cochrane, Tripdatabase,... e INAHTA. Uso de FLC de Osteba y AGREE II en la lectura crítica. Uso codificación ICD-9 en cálculo de costes directos.

Resultados: Los ECAs y GPC de alta calidad muestran que este procedimiento no es eficaz respecto al tratamiento conservador medido por disminución del dolor y movilidad. En la CAPV, el coste de 46 artroscopias con lavado articular fue de 87.676€ (2010) siendo el 80% evitables.

Conclusiones: La artroscopia con lavado articular en el tratamiento de la artrosis de rodilla no es más efectiva que el placebo. La desinversión de esta tecnología en fase subaguda del tratamiento de la artrosis de rodilla, generaría un ahorro a menos que la persona presente una historia clara de bloqueo mecánico.

P-103. ANÁLISIS DE COSTES DEL USO DE UN QUIRÓFANO CON O-ARM Y NAVEGACIÓN

C. Botella Asunción, D. Rodríguez Bezos y P. González García

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Departamento de Economía de la Salud y Reembolso en Medtronic.

Objetivos: El uso de navegación e imagen intraoperatoria permite llevar a cabo un gran número de procedimientos de forma más precisa y segura. El objetivo fue estimar el ahorro económico que ofrece un quirófano integrado con O-arm y sistemas de navegación (O-arm+NT) frente a un quirófano estándar en tres tipos de cirugía: estimulación cerebral profunda, fusión lumbar, y fusión cervical.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis de costes, desde la perspectiva hospitalaria, mediante una revisión de la literatura publicada sobre O-arm+NT. Se identificaron los estudios con ahorros en recursos hospitalarios en comparación a un quirófano estándar (pruebas de imagen fuera del quirófano). Posteriormente, se estimó el ahorro potencial para cada cirugía utilizando costes procedentes de la base de datos e-Salud y tarifas de comunidades autónomas.

Resultados: El uso de O-arm+NT versus un quirófano estándar aumenta la eficiencia del proceso quirúrgico gracias a: evitar escáneres pre y post cirugías para confirmar el éxito del procedimiento; aumentar la precisión de las intervenciones quirúrgicas; disminuir las complicaciones y reducir la necesidad de re-intervenciones; reducir la duración de la cirugía, recuperación más rápida del paciente y reducir los días de hospitalización. Los ahorros potenciales por tipo de cirugía fueron 2.532€, 2.596€, y 3.659€, para estimulación cerebral profunda, fusión cervical posterior, fusión lumbar, respectivamente.

Conclusiones: El uso de O-arm y navegación produce una mejora de los resultados clínicos y una mayor eficiencia hospitalaria en las intervenciones quirúrgicas realizadas con él.

P-104. ANÁLISIS DEL COSTE POR MICROGRAMO DE LAS PRESENTACIONES DE INTERFERÓN BETA-1A PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE RECURRENTE (EMRR) EN ESPAÑA

R. Villoro

Instituto Max Weber.

Objetivos: La EMRR representa el 60-85% de la prevalencia de la EM y en el manejo terapéutico de primera línea de estos pacientes se emplea interferón beta-1a, disponible en distintas dosis para su administración intramuscular y subcutánea. El análisis ponderado del coste y la actividad biológica de cada presentación de interferón beta-1a contribuiría a optimizar el coste directo sanitario de estas terapias.

Métodos: Se estima la dosis semanal biológicamente activa en millones de unidades internacionales y microgramos a partir de la dosificación de cada terapia y su actividad específica. Asimismo se calculan los costes farmacológicos por microgramo para interferón β -1a intramuscular e interferón β -1a subcutáneo de 22 μ g y 44 μ g (con fecha febrero de 2013 y expresados como PVL menos el 7,5% en base al RDL 8/2010). De la ponderación de ambas variables resulta el coste por unidad de dosis semanal biológicamente activa.

Resultados: El coste farmacológico por microgramo es de 6,44€ para interferón β -1a intramuscular, 2,73€ para interferón β -1a subcutáneo de 22 μ g y 2,04€ para interferón β -1a subcutáneo de 44 μ g.

Conclusiones: Se ha demostrado la relación creciente entre dosis y eficacia de la terapia con interferón beta-1a. El análisis del coste por microgramo de dosis biológicamente activa resulta una útil herramienta, especialmente en patologías crónicas con elevada prevalencia e impacto socioeconómico como la EMRR.

P-105. MODELO COSTE-EFICACIA DE EVIPLERA COMPARADO CON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE INICIO ACTUALMENTE MÁS UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Antela, J. Mallolas, J. López-Aldeguer, T. Caloto, M. Roset y M. Ramos

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Hospital Clínic de Barcelona. Hospital La Fe. Acceso al Mercado y Reembolso, Gilead. IMS Health.

Objetivos: El Sistema Nacional de Salud Español (SNSE) recomienda simplificar las terapias farmacológicas, para prevenir efectos adversos y mejorar la adherencia y la eficiencia. El objetivo es evaluar la relación coste-eficacia de Eviplera®, comparado con cuatro de las terapias utilizadas en España, en pacientes naïve, mayores de 18 años con carga viral basal (CVB) \geq 100.000 copias/ml.

Métodos: Se empleó un modelo de Markov, con distintos rangos de linfocitos CD4+ y ciclos anuales. Se consideró la perspectiva del SNSE, un horizonte temporal de toda la vida del paciente y una tasa de descuento del 3%. Las características de la población representan las características basales de los pacientes en los estudios ECHO y THRIVE. Únicamente se consideraron costes médicos directos del tratamiento. Se ha desarrollado un análisis de sensibilidad probabilístico (ASP), con análisis de Monte Carlo, para los intervalos de CD4+ y los costes médicos.

Resultados: El tratamiento con Eviplera® presenta un ahorro de 7.180€ versus la combinación de efavirenz+tenofovir/emtricitabina, 22.292€ versus la combinación de IPs (darunavir y atazanavir) potenciados con ritonavir+tenofovir/emtricitabina, y 40.129€ respecto a raltegravir+tenofovir/emtricitabina; y una ganancia de 0,112, 0,076 y 0,056 Años de Vida Ajustados por Calidad respectivamente. Los resultados del ASP demuestran la robustez del modelo.

Conclusiones: En pacientes VIH+ naïve, con CVB \geq 100.000 copias/ml, Eviplera® representa una alternativa dominante versus las alterna-

tivas terapéuticas más prescritas y recomendadas en la práctica clínica española.

P-106. ECONOMIC EVALUATION OF CABAZITAXEL AGAINST ABIRATERONE ACETATE IN THE TREATMENT OF METASTATIC PROSTATE CANCER RESISTANT TO CASTRATION IN SPAIN

E. Giménez, S. González de Riancho and J. Marfà

Antares Consulting. Sanofi España.

Objectives: Evaluate the treatment costs of cabazitaxel (Jevtana®, sanofi) and abiraterone acetate (Zytiga®, Janssen Cylag) in patients with metastatic castrate resistant prostate cancer (mCRPC) who progress after docetaxel treatment under the National Health System (NHS) perspective.

Methods: As no head-to-head trial data were available for cabazitaxel vs abiraterone acetate, an indirect cost-effectiveness model was developed using clinical data including overall survival (OS) and number of cycles, using TROPIC and COU-AA-301 pivotal phase III trials data. Comparability between both studies was based on the palliative nature of both study comparators -placebo and mitoxantrone. Total treatment costs considered were the sum of acquisition, administration and Adverse Events (AE) management. For the AE management quantification, conservative to abiraterone estimations from a Valencian (Spanish region) public institution evaluation were used. The unitary cost estimation was based on Official Bulletins' tariffs from Spanish regions published in 2012. The acquisition costs were taken from the official pharmaceutical college Database, applying the corresponding Royal Decrees' discounts.

Results: The estimation of cabazitaxel total treatment cost was less (27,910€) than abiraterone acetate cost (31,450€). Despite higher cabazitaxel administration and AE costs (5,155€), those costs do not compensate the higher abiraterone acetate acquisition costs (22,750€-31,450€).

Conclusions: The total treatment costs of cabazitaxel appear to be a less expensive option compared with abiraterone acetate for the second-line treatment of mCRPC, under the Spanish NHS perspective.

P-107. ESTIMACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO Y SANITARIO DE LAS COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (CAM)

F. Arrieta, M. Piñera, P. Nogales, G. Mora, B. Novella, L. Barutel, J. Sagredo, R. Iglesias, B. de Llama, M.T. Jubete, A. Herranz, L. Campos, J.I. Botella-Carretero, I. Zamarrón, A. Calañas, P. Iglesias, J. Balsa y C Vázquez, en representación del Grupo Estudio DM2 de la CAM

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Ciber obesidad y nutrición, IRYCIS, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Médicos de Familia de CS AP de la CAM.

Objetivos: Estimar el impacto económico y sanitario de las complicaciones de la DM2 en la CAM.

Métodos: Las complicaciones (macro y microvasculares) se estimaron según la prevalencia observada en un estudio descriptivo transversal en la CAM (3.268 pacientes). Su coste (€ de 2012) se valoró a nivel hospitalario (grupos relacionados por el diagnóstico, GRD) y en atención primaria (AP). El número de consultas médicas en AP y el tratamiento farmacológico de las complicaciones, se obtuvo mediante un panel de 21 médicos con experiencia en la DM2. Los datos poblacionales, epidemiológicos y los costes sanitarios se obtuvieron de fuentes españolas.

Resultados: En la CAM hay 390.944 pacientes con DM2, que padecerían 172.406 y 212.283 complicaciones macro y microvasculares en su vida. El coste promedio de las complicaciones de la DM2 por paciente se calcula en 4.121,54 € (el 66% por complicaciones macrovasculares). En consecuencia, el impacto económico de estas complicaciones en la CAM, a lo largo de la vida de la cohorte, se estima en 1.611 millones de euros (1.066 en las complicaciones crónicas de tipo macro y 545 en las complicaciones de tipo microvascular). En poblaciones con una prevalencia de entre 303.150 y 608.774 pacientes con DM2, el impacto económico oscilaría entre los 1.249 y los 2.509 millones de euros.

Conclusiones: Las complicaciones de la DM2 tienen un gran impacto, tanto sanitario como económico en la CAM, debiendo ser tenidas en cuenta tanto en la valoración asistencial como en los presupuestos sanitarios.

Financiación estudios DM2:PS09/00680 y Sanofi.

Evaluación de políticas de salud y servicios sanitarios II

P-108. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA

M.R. Lorente

Universidad de La Rioja.

Calcular el coste de la reproducción asistida en España, tanto la correspondiente a centros públicos como a centros privados. Se ha realizado una revisión de la literatura y de páginas web para determinar los costes unitarios privados y públicos. También se han utilizado los datos facilitados por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), el Vademécum y la base de datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, además de la opinión de expertos clínicos. Se ha extrapolado la actividad pública y privada registrada por la SEF para estimar la actividad total en España, diferenciando ambos ámbitos. Se han actualizado con el índice de precios al consumo, al año 2012, los costes unitarios seleccionados y se han aplicado para determinar el coste sanitario total de la reproducción asistida. El coste de la reproducción asistida en España es aproximadamente de 325 millones de euros (casi el 31% son costes farmacéuticos). En concreto, la inseminación artificial supuso unos 58,5 millones (con un reparto muy parecido entre centros públicos y privados) y la fecundación in vitro significó unos 266,5 millones de euros (73,3% correspondiente a la actividad privada). La fecundación in Vitro se realiza más en centros privados (62%) con un coste equivalente al 73,3% del total para esta alternativa de reproducción asistida. Sin embargo, en el caso de la inseminación artificial, tanto el volumen de actividad como el coste total apenas presentan diferencias entre centros públicos y privados.

P-109. CUANTIFICACIÓN DEL COSTE DIRECTO Y SELECCIÓN DE LA ALTERNATIVA MÁS EFICIENTE EN LA REALIZACIÓN DE TPK EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA

D. Moreno Sanjuán, N. García-Agua Soler, J. Bujalance Hoyos, M.J. Gómez Márquez, A.J. García Ruiz y F. Gómez Páez

Hospital Regional Carlos Haya. Universidad de Málaga.

Objetivos: Cuantificar el coste directo generado por la realización de topografías corneales, versus modificación del trámite de

asignación de centro por principios de eficiencia asistencial y económica.

Métodos: Se han medido y evaluado el total de 9 topografías corneales realizadas en un año y derivadas según el protocolo al Hospital Torrecárdenas de Almería. Se ha medido el coste total de realizar esa prueba en centro no concertado de Málaga.

Resultados: El coste total para las topografías corneales en el año fue de 1.764 euros sin incluir coste de realización de la topografía (exclusivamente pago de dietas). El coste total de esas pruebas en Málaga habría sido de 540 euros. Dicha comparación identifica un área de ineficiencia económica de 1.224 euros, a la que habría que añadir el coste de realizar la topografía en el Hospital de Almería junto con la incomodidad de los pacientes en el desplazamiento.

Conclusiones: Se identifica aquí un área de ineficiencia. Los costes no justifican la adquisición de un topógrafo corneal. Es cierto que el importe es bajo en sí para los presupuestos de los Hospitales Generales de este tipo pero supone una mejora en la eficiencia en la gestión del centro y un cambio en la filosofía organizacional.

P-110. COSTE DE LAS GUARDIAS EN URGENCIAS DURANTE 3 AÑOS DE RESIDENCIA

A.B. García Garrido, M.A. Ramos Barrón y J.A. Vázquez Rodríguez

Centro de Salud Suances, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Analizar los costes, según Orden SAN de precios públicos vigentes en el período de estudio, de las guardias realizadas por un médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria desde junio 2006 hasta mayo 2009., es decir, durante 3 años completos de residencia MIR.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan las 144 guardias realizadas en la urgencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, hospital nivel I, tanto en adultos como en pediatría. Se agrupan por años: de 2006 a 2009. Se aplica la Orden SAN correspondiente para el cálculo de los servicios prestados por paciente en urgencia de dicho hospital. No se tienen en cuenta otros costes como el de traslado, hospitalización... Análisis de los datos con SPSS 15.0.

Resultados: Desde junio de 2006 a diciembre 2006 se ven un total: 603 pacientes, lo que tiene un coste de 70.659,54 €. En 2007 (de enero a diciembre) para un total de 1.078 pacientes el coste asciende a 134.534,4 €. En 2008 (de enero a diciembre) a un total de 1.146 pacientes corresponderían 148.166,36 €. El año 2009 incluye desde enero hasta mayo con 579 pacientes y 74.858,91 €.

Conclusiones: El coste medio anual, según aplicación de Orden SAN vigente, asciende a 142.739,73 € anuales para los pacientes vistos en las guardias del Servicio de Urgencias de un médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. La realización de estas guardias es parte necesaria e imprescindible para la formación de los residentes.

P-111. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INTRODUCCIÓN DE DENOSUMAB PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS DE TUMORES SÓLIDOS EN ESPAÑA

D. Isla, M.A. Seguí, I. Durán, I. Oyagüez, C. Roldán, M.A. Casado, L. Gutiérrez y J.A. Gasquet

Departamento de Oncología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivos: Evaluar el impacto presupuestario de denosumab para la prevención de Eventos Relacionados con el Esqueleto (EREs) en pacien-

tes con metástasis óseas (MO) de tumores sólidos desde la perspectiva del Sistema Sanitario.

Métodos: El modelo utilizado comparó un escenario de referencia (100% pacientes tratados con ácido zoledrónico [AZ]), con un escenario futuro con 10%, 20% y 30% de uso de denosumab, en 2013, 2014 y 2015. Se incluyeron costes farmacológicos (PVL+IVA-deducción 7,5%), administración, monitorización y manejo de EREs. Los costes de administración y monitorización [calcemia (denosumab); calcemia y creatinina (AZ)] se calcularon según administraciones anuales [denosumab: 13 (ficha técnica); AZ: 14,47 (práctica clínica)], imputándose únicamente en dosis no sincronizadas con quimioterapia intravenosa. La población objetivo (12.043 pacientes/año) se calculó considerando la prevalencia de MO en tumores sólidos, los pacientes tratados con bifosfonatos y el uso de AZ. Los datos epidemiológicos y costes unitarios (€, 2012) se obtuvieron de literatura y bases de datos nacionales. Adicionalmente, se estimó el impacto presupuestario de denosumab frente a AZ genérico.

Resultados: Con un coste medio anual/paciente de 6.225,65€ (denosumab) vs 8.631,34€ (AZ), se estimó un coste anual total de 103.947.273€ (escenario de referencia) y 101.048.228€ (2013), 98.154.217€ (2014) y 95.262.229€ (2015), considerando 1.205, 2.408 y 3.614 pacientes tratados con denosumab cada año. El uso de denosumab supuso ahorros de 2.899.045€ en 2013 (2,8%), 5.793.056€ en 2014 (5,6%) y 8.685.044€ en 2015 (8,4%). Denosumab también supuso ahorros frente a AZ genérico.

Conclusiones: La administración de denosumab en lugar de AZ generaría ahorros al Sistema Sanitario.

P-112. COSTES EVITABLES EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN EN EL GRUPO RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO 541 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIA

R. Sabatel Hernández, M. Fuentes García, G.N. Perdomo, S. González Rodríguez, J.F. Rodríguez Sánchez, C. Valcárcel Nazco, S. Pitti Reyes y M.S. Pastor Santoveña

Hospital Universitario de Canarias.

Objetivos: Identificar los factores de la variabilidad en la práctica médica VPM Determinar si existe influencia de VPM en estancia hospitalaria Cuantificar el coste de VPM Calcular el coste de una unidad relativa de valor URV para el cálculo de costes en el GRD 541 y en cada Servicio Calcular el coste medio de URVS por paciente Calcular el coste medio por prueba Calcular el coste medio por paciente.

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo observacional sobre días de estancia y número de pruebas. Fuentes de datos. Hospital Universitario Canarias. Historia Clínica CIE-9 MC CMBD RIS-PACs. Casuística: 355 ingresos 2006 con edades (0-94 años) Análisis estadístico test Student. Análisis de varianza método Bonferroni. Correlación Pearson.

Resultados: Hay relación entre días de estancia y el servicio responsable. Existe VPM en el número medio de pruebas según el servicio responsable. Existe correlación significativa entre días de estancia y el número de pruebas. Coste medio por prueba y coste medio por paciente no son uniformes y depende de cada servicio.

Conclusiones: La Economía de la Salud tiene como uno de los principales campos de estudio la variabilidad en la práctica médica. Protocolos consensuados y guías de práctica clínica contribuyen a la disminución en la VPM del número de pruebas días de estancia recursos empleados costes hospitalarios. Este trabajo abre posibilidades de investigación en los nuevos conceptos que en la actualidad están empezando a desarrollarse en la disciplina de la Economía de la Salud: uso inapropiado, costes evitables, como expresiones de investigación en desinversión.

P-113. ETAPAS HACIA UN MODELO DE ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE RECURSOS FINANCIEROS EN BASE CAPITATIVA

I. de Pablos Vaca, I. Gaviña Santamaría, A. Jiménez de Aberasturi Corta y R. Martínez de Morentín Rebolé

Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria.

Objetivos: Establecer un modelo de distribución, en base capitativa, del presupuesto por áreas geográficas, que deberá recoger como mínimo la morbilidad de la población de referencia.

Métodos: Clasificación de la población en diversos grupos en función de la morbilidad mediante el método de estratificación de pacientes en base a los diagnósticos registrados en Osabide-AP (historia clínica informatizada de primaria) y los procedentes del CMBD hospitalario. Asignación, a los pacientes, de costes de las diferentes actividades realizadas (hospitalización, prescripciones, AP...). Análisis del flujo de personas que atendidas en hospitales (que en principio no son de su área de referencia), u hospitales que cubren varias áreas (terciarismo).

Resultados: Distribución del presupuesto por microsistemas (engloban toda la atención al paciente) y territorios. La distribución porcentual del presupuesto de las zonas cubiertas es la siguiente: Comarca Bilbao- Hospital Universitario Basurto- Hospital Santa Marina 17,06%, Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bidasoa 3,41%, OSI Goierri-Alto Urola 4,47%, OSI Bajo Deba 3,71%, OSI Alto Deba 2,96%, Clínica La Asunción-Comarca Tolosaldea 2,76%, Comarca Uribe-HU Cruces-Hospital Gorliz 8,18%, Comarca Interior-Hospital Galdakao- Hospital Santa Marina 13,64%, Comarca Eskerraldea-Enkarterri-Hospital San Eloy-HU Cruces 13,64%, Comarca Ekialde-HU Donostia 16,35%, HU Araba-Comarca Araba 13,83%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos servirán para realizar una distribución del presupuesto asignado, teniendo en cuenta la morbilidad de la población y la comparabilidad por zonas.

P-114. CUANTIFICACIÓN DE LOS COSTES DIRECTOS ASOCIADOS A FALSOS POSITIVOS EN EL CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

B. García Lorenzo

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Un falso positivo (FP) es la sospecha inicial de un cáncer de mama (CM) tras la realización de la mamografía y la obtención de un resultado final negativo que descarta el diagnóstico del CM. A pesar de la difusión de los cribados de CM, el conocimiento sobre las consecuencias económicas de los FP es escaso. En este trabajo se pretende cuantificar el coste directo asociado a los FP y su distribución para un Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM).

Métodos: Se utiliza la base de datos del PDPCM de la Comunidad de Canarias en los años 2009-2010. A través de herramientas estadísticas se calcula y se analiza cómo se distribuye este coste a nivel individual y a nivel agregado a través de las diferentes características del PDPCM y de las propias mujeres.

Resultados y conclusiones: Un 3,2% de las mujeres cribadas presentaron un FP al final del episodio. Solamente un 14% de las mamografías anómalas terminan siendo diagnosticadas como cáncer de mama mientras que el 86% restante acaban siendo FP. El coste adicional de un caso de FP oscila entre 56,41 y 1.313,24€. La distribución del coste por edad muestra que las edades tempranas de la población diana, entre 49 y 55, soportan el 50% del coste total de los casos de FP. El coste acumulado de los casos de FP durante dos años de cribado del PDPCM es de 335.202,50€, un 0,07% del coste total del PDPCM, pero un 57% del coste total de las derivaciones a hospital.

P-115. IMPACTO FISCAL A LARGO PLAZO DE LAS TERAPIAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN ESPAÑA

R. Villoro, A. González-Domínguez, S. Pérez-Camarero, A. Hidalgo y C. Polanco

Instituto Max Weber. Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha. Merck S.L.

Objetivos: En AES 2012 se presentó una revisión de la literatura empírica sobre el impacto fiscal de la financiación pública de terapias de reproducción asistida (TRA). Este estudio calcula la contribución fiscal neta (CFN) de un individuo concebido a través de una TRA en España, con el fin de informar la toma de decisiones en políticas de apoyo a la natalidad.

Métodos: Utilizando encuestas representativas a nivel nacional y datos tributarios recogidos en los informes anuales de recaudación de la agencia tributaria, se desarrolla un modelo de contabilidad generacional que simula las interacciones financieras (transferencias recibidas y contribuciones fiscales medias) entre el gobierno y un individuo hipotético a lo largo de su vida. La diferencia entre las transferencias recibidas y los impuestos pagados, menos el coste de la TRA equivale a la CFN individual. El coste de TRA se calculó como el promedio entre el coste de fecundación in vitro y el de inseminación artificial. El año base elegido fue 2006 por tratarse de un año de estabilidad macroeconómica, descontando un 3,5% en transferencias e impuestos. Análisis de sensibilidad sobre los parámetros con mayor incertidumbre.

Resultados: En el caso base, un individuo concebido con TRA tendrá una CFN de 45.689 euros a lo largo de su vida. Cada euro invertido en la financiación de TRA revertirá en beneficios fiscales para el Estado de 5€.

Conclusiones: La financiación pública de TRAs generará un valor fiscal positivo en España, al que habría que añadir la aportación individual al PIB.

Eficiencia en la cobertura, aseguramiento y provisión de asistencia sanitaria

P-116. EFICACIA DE LOS ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTRODESIS DE COLUMNA

M. Sáenz Jalón, B. Torres Manrique, C.M. Sarabia Cobo, M.P. Fabo Navarro, M.D. Dacuba Pascual, S. Belén Briz Casares y G. Valverde Sanjuán (con la participación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria)

HUMV, SCSHUMV.

Introducción: La prevalencia de UPP en España, en asistencia especializada es del 8,24%. De las cuales se podrían prevenir el 95%. Este hecho tiene repercusiones negativas sobre la salud y calidad de vida, la morbimortalidad se ve aumentada, además de aumentar hasta 5 veces su estancia hospitalaria sin contar los costes derivados de ellas. Su presencia se ha asociado con riesgo de muerte de 2 a 4 veces superior a no presentar este tipo de lesiones. El gasto no es sólo en estancias hospitalarias alargadas, sino en recursos humanos y materiales, dado que el coste medio del tiempo empleado por enfermería en el tratamiento de UPP representa el 19,2% del gasto y el aumento de estancias un 66% del total. La GNEAUPP califica su aplicación con evidencia alta en prevención de UPP en pacientes de riesgo.

Objetivos: Identificar si hay diferencias en la incidencia de UPP en dos grupos de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas de larga duración (artrodesis de espalda) usando ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en el grupo experimental.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y controlado. Muestra: Todo paciente sometido a intervención quirúrgica de artrodesis de espalda en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de manera programada.

Resultados: La aplicación de AGHO por vía tópica en zonas de riesgo retrasa y/o previene la aparición o gravedad de incidencia de UPP tras una intervención quirúrgica de larga duración.

P-117. DETECCIÓN DE MULTIPLICIDAD DE NÚMEROS DE HISTORIA

A. Suárez Arjona, D. Castellano Bernal, C. Palomino González, R. Romo Sánchez, C. Yagüe Lora, R. Nieto Alcántara, M. Márquez Rodríguez, M.L. Martínez Pagés y R.M. García Moreno

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) orienta su actividad a promover y garantizar la calidad y mejora continua de los servicios sanitarios, concretamente de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), impulsando diferentes programas de certificación, que integran 109 estándares.

Métodos: Estándar [ES 5 10.08_01] de Acreditación: La UCEIMP tiene establecido un procedimiento seguro de identificación. Asimismo, entre los Objetivos de los Acuerdos de Gestión de los dos últimos años, la UCEIMP ha elaborado e implementado el Mapa de Riesgos. Para todo ello, el personal administrativo desarrolla y evalúa periódicamente la detección de multiplicidades de números de historia (MNH), aplican medidas correctoras e identifican áreas de mejora. Un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para dicha detección es aplicado en el área de hospitalización y en consultas externas de la UCEIMP.

Resultados: En 2011 el porcentaje de MNH halladas fue 9,17% del total de pacientes estudiados/as (582) en las distintas áreas de la UCEIMP. Durante 2012 fue 3,68% de 570 pacientes analizados/as. Este descenso conlleva, a su vez, que los/as pacientes atendidos en la UCEIMP (y en los demás Servicios del HUVR) no vuelvan a aparecer en sucesivos episodios con más de un número de historia, incrementándose la seguridad en diagnósticos y tratamientos.

Conclusiones: La Tarjeta Sanitaria es el documento que identifica individualmente a los/as usuarios/as del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El objetivo de los PNT es establecer una sistemática de trabajo conjunto que garantice la calidad y mejora continua de los servicios sanitarios.

P-118. REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFICIENCIA DE LA COLONOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA FRENTE A COLONOSCOPIA COMO PRUEBA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL

S. Márquez-Peláez, E. Martín, D. Adam, J.A. Navarro Caballero y R. Rodríguez-López

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía.

Introducción y objetivos: La colonoscopia (CLP) es la prueba recomendada para el cribado del cáncer colorrectal (CCR). Las técnicas no invasivas como la colonografía (CTC) están bajo evaluación, siendo los aspectos de eficiencia económica relevantes para la toma de decisiones. El objetivo de este trabajo ha sido conocer la eficiencia de la CTC frente a la CLP para el cribado del CCR.

Métodos: Revisión sistemática (junio 2012) en bases de datos MedLine, Embase, las bases del CRD, CEA Registry y el metabuscador SCOPUS. La calidad se midió mediante el cuestionario CASPe.

Resultados: Se obtuvieron 187 referencias sin duplicados, por título y resumen se excluyeron 158. De los 29 estudios revisados, 19 cumplieron todos los criterios de inclusión: 13 análisis coste efectividad, 3 análisis coste utilidad, 1 análisis coste beneficio, 1 análisis de costes y 1 análisis de impacto presupuestario. La mayoría realizados en Norteamérica, cinco en Europa (ninguno en España). En su mayoría partían de una cohorte hipotética de 10.000 o 100.000 pacientes. El horizonte temporal varió de tres años hasta la vida completa del paciente. Siete estudios no utilizaron tasa de descuento. El análisis de sensibilidad estuvo presente en todos los trabajos excepto uno.

Conclusiones: La CTC se consideró una alternativa de cribado eficiente a CLP en términos coste-efectividad y coste utilidad bajo los umbrales de disponibilidad a pagar habitualmente utilizados. Sin embargo, en algunos estudios otras formas de cribado como el test de sangre oculta en heces permitían obtener resultados de efectividad comparables a CTC a coste muy inferior.

P-119. EFICIENCIA EN ONCOLOGÍA: ¿QUÉ PASA CON LA SUPERVIVENCIA?

J.J. Muñoz González y C. Grávalos Castro

Hospital Universitario Santa Cristina. Hospital Universitario
12 de Octubre.

Objetivos: La medida diferencial de la supervivencia entre países se ha propuesto como un indicador del funcionamiento de los países en el manejo del cáncer. Nos propusimos conocer el impacto de la supervivencia en la evaluación de la eficiencia en la atención a pacientes con cáncer entre diversos países europeos.

Métodos: Se utilizan datos de 19 países europeos considerando como variables de input los costes de medicamentos oncológicos, los equipos de radioterapia y el gasto directo asociado al cáncer y como variable de output: la incidencia de neoplasias (modelo IN), la supervivencia al 1 año (modelo S1) o a los 5 años (modelo S5). La eficiencia se analiza mediante envolvente de datos (DEA).

Resultados: La eficiencia CRS media observada ha sido de 78%, 87% y 90% y la eficiencia VRS media 87%, 92% y 94% (IN, S1, S5, respectivamente). La frontera (CRS) para el manejo del cáncer está formada por 3, 4 o 6 países (IN, S1, S5, respectivamente) y la frontera VRS por 9 u 11 países (IN, S1 y S5). La correlación negativa observada entre el PIB destinado a sanidad y la eficiencia en el modelo IN pierde significación estadística al considerar la supervivencia.

Conclusiones: Considerar la supervivencia de los pacientes oncológicos corrige algunas de las ineficiencias en el manejo del cáncer observadas en el modelo IN.

Financiación: Fundación Mutua Madrileña AP10757-2012.

P-120. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LOS EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

J.J. Muñoz González, M. Ochandorena Juanena, J. Vázquez Castro
y L. Catalán Cólera

Hospital Universitario Santa Cristina, Gerencia Atención Primaria.

Objetivos: Los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) son unidades de apoyo a los centros de salud para la asistencia a pacientes paliativos. En este trabajo analizamos la eficiencia de los ESAD madrileños mediante técnicas DEA.

Métodos: Se incluyen datos de 2011 de los 11 ESAD de Madrid. Como variable input se considera el número de profesionales y como outputs el número de pacientes oncológicos, no oncológicos, las publicaciones

y el porcentaje de pacientes que fallecen en el domicilio. La eficiencia se evalúa mediante DEA con rendimientos a escala constantes (CRS) y variables (VRS), clasificando las unidades en las distintas regiones según la orientación output (OO) o input (OI) y sus rendimientos a escala.

Resultados: Se aprecia una amplia variabilidad en la eficiencia CRS entre los distintos ESAD con un mínimo del 30%. El 36% de las unidades son eficientes y el resto muestra una ineficiencia vinculada a la escala. Las eficiencias CRS medias han sido OI: 69,7% y OO: 59,7% y las eficiencias VRS medias OI: 95,4% y OO: 67,2%. Cuatro ESAD operan en la región II (eficientes CRS), 2 en la región IV (rendimientos crecientes en OI y CRS en OO) y 5 en la región I (rendimientos crecientes en OO y OI).

Conclusiones: Hay una gran variabilidad en la eficiencia de los ESAD y las ineficiencias se podrían mejorar corrigiendo la escala de las unidades de manera creciente.

Trabajo parcialmente financiado con una ayuda de la Fundación Mutua Madrileña (AP10757-2012).

P-121. TRANSPORTE SANITARIO PROGRAMADO: EFICIENCIA FRENTE A COPAGO

D. Doncel Molinero, M.M. Martín Aguilera, N. García-Agua Soler
y D. Moreno Sanjuán

Hospital Costa del Sol. Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional
del Medicamento, Universidad de Málaga.

Objetivos: Análisis del impacto presupuestario de la introducción de medidas de adecuación de la prescripción de transporte sanitario.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Los datos se obtuvieron de la aplicación de transporte sanitario del HCS. Se incluyeron los traslados para consulta programada, ingreso y alta hospitalaria. Análisis desde la perspectiva del SNS con horizonte temporal de 2 años. Para el cálculo de costes por traslado se utilizaron precios del Real Decreto.

Resultados: Durante el año 2012 se prescribieron 1.341 menos órdenes de traslado. Si establecemos en 50 euros el precio medio de cada traslado según lo establecido en el Decreto, supone una disminución en el impacto presupuestario de 67.050€. Por otro lado, lo máximo recaudado mediante aportación del paciente podría llegar a 83.140€ pero teniendo en cuenta que existen unas aportaciones máximas mensuales y anuales, hemos estimado que esta cifra bajaría como mínimo un 10%. No hemos tenido en cuenta los costes directos ocasionados por la gestión de esta facturación ni el posible efecto de moderación de la demanda.

Conclusiones: La introducción de herramientas para evaluar la necesidad del transporte sanitario permite disminuir ineficiencias que tienen un impacto presupuestario similar a la introducción de aportaciones del paciente. Es una medida aceptada socialmente y no tiene costes adicionales. Por tanto, el secreto de la eficiencia está en la correcta indicación del transporte y no en hacer pagar a los pacientes parte del transporte.

Este trabajo recibió un premio de la Cátedra de Economía de la Salud y URM (Universidad Málaga).

P-122. EVALUAR ESTANCIAS DE TRASLADOS INTERSERVICIOS CON GRUPOS RELACIONADOS POR DIAGNÓSTICO

C. Blázquez Gómez, Z. Jiménez Falcón y M. Rey Mesa

Servicio de Admisión y Documentación Clínica; Servicio de Gestión de la Información.; Servicio de Informática. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Servicio Canario de Salud.

Objetivos: Difundir información del proceso hospitalario desagregada por traslados interservicios con GRD (Grupos Relacionados por

Diagnóstico) imputando estancias y costes a servicios por los que pasa el paciente y no solo al servicio de alta.

Métodos: Analizador estadístico clínico-asistencial ALCOR-GRD, CMBDH 2.012, traslados codificados (CIE-9-MC), coste-punto-GRD... Informes-tipo: Traslados-datos-servicio, Traslados-impacto-EM servicio egreso, Traslados-GRD-servicio, Traslados-impacto-servicio vs servicios egresos... Variables: estancias reales (altas más traslados), EM real, casos reales, peso medio GRD real, porcentajes de pacientes y estancias respecto al servicio de egreso...

Resultados: Intensivos ingresó 837 pacientes, trasladó 644 a otros servicios con estancia media real: 10,7 días, dando 193 altas. Estancias reales: 8.993, peso medio real: 9,7280. La EM depurada y peso medio depurado: 14,8 días y 9,9619. De las 3.044 estancias de traslados desde Intensivos a Neurocirugía, el 40% son atribuibles a Intensivos, el 60% restante a Neurocirugía. De las 3.941 estancias de trasladados desde Intensivos a Medicina Interna, el 38% son atribuibles a Intensivos, el 62% a Medicina Interna...

Conclusiones: Analizando traslados interservicios, conoceremos: GRD de pacientes que pasaron por un servicio (traslado y alta). Impacto de estancias reales de trasladados en el servicio de alta y de origen. Impacto de traslados en la EM del servicio de alta. Servicios de procedencia de "traslados a" y de destino de "traslados desde". Una metodología sencilla facilita el uso y comparaciones con sistemas de ajustes de riesgo, permitiendo conocer márgenes de mejora en gestión y protocolización de procesos asistenciales.

P-123. AN EFFICIENCY STUDY ON SEVERE HYPONATREMIA IN SIADH AND TOLVAPTAN

O. de Solà-Morales, I. Runkle, E. Gómez Hoyos and M. Cuesta

HITTIISPV-Institut investigació Sanitària Pere Virgili. HITT-Health Institute for Technology Transfer. Servicio de Endocrinología, Hospital San Carlos.

Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) is an uncommon though potentially leading to severe complications if symptomatic and untreated. Under these circumstances, current guidelines recommend treatment with new vaptans. The objective of this economic evaluation is to show if tolvaptan in moderate and severe symptomatic hyponatremia is efficient. To prove so, we have searched the literature for the effects of tolvaptan on length of stay and have drawn on available inpatient costs per day. According to the literature, we have also considered that some of these patients may require ICU treatment because of the hyponatremia. We have built a cost-effectiveness model, and extensively checked the results by sensitivity analysis, and explored the potential budget impact analysis. The results are that, treating patients with Tolvaptan reduces 14% the overall inpatient costs (-65€). These results are deemed to be robust on a one-way and two way sensibility analysis, and could only be challenged in an unlikely scenario of Tolvaptan about twice its current face-value cost. Using Tolvaptan as recommended, would have a savings impact on the budget (900K€ per year in Spain). Other explored benefits could be the opportunity cost of freeing ICU and general ward beds (about 24 beds could be spared in Spain per year, at a cost of 2.8M€/year). The variables tested in this analysis were also tested and have proven to be robust. In conclusion, despite its high face-value cost, Tolvaptan is an efficient option for symptomatic cases of severe hyponatremia secondary to SIADH.

P-124. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE FRACTURA DE FÉMUR EN MUJERES TRATADAS CON BIFOSFONATOS ORALES

D. Frigola, L. Tamarit, B. Cruzado y M.E. Rey

Catalut. Región Sanitaria de Barcelona.

Objetivos: El objetivo es analizar si la terapia con bifosfonatos en mujeres mayores de 50 años se relaciona con la incidencia de fracturas de fémur.

Métodos: Se analiza una población de 580.344 mujeres mayores de 50 años del ámbito metropolitano de Barcelona durante dos años 2010-2011. Se utiliza el sistema de facturación de recetas de farmacia y el CMBD de hospitalización de agudos. El método utilizado es la regresión logística. Las variables dependientes son las incidencias de fractura de fémur, diferenciando entre fractura subtrocantérica (ICD-9; 820.22); diafisaria (ICD-9; 821.00; 821.01) y fractura clásica (ICD-9; 820.xx).

Resultados: Los resultados muestran que la incidencia de fractura atípicas es de 7,8 por 10.000 personas/año y la de fractura clásica es de 44,2 por 10.000 personas/año. El consumo de bifosfonatos durante dos años muestra un riesgo mayor de fractura subtrocantérica y/o diafisaria (OR 1,352, IC 1,040-1,756) y una propensión menor a sufrir una fractura clásica (OR 0,494, IC 0,443-0,551).

Conclusiones: El consumo de bifosfonatos a largo plazo puede tener un efecto significativo en el riesgo de sufrir una fractura atípica de fémur. El estudio epidemiológico permite procesar un gran número de casos pero no permite asignar unívocamente una fractura subtrocantérica y/o diafisaria con una fractura atípica, que requeriría una definición de caso más detallada incluyendo un análisis de imagen médica. Como principal limitación se destaca la necesidad de un estudio de cohorte durante un periodo de entre 5 o 10 años para identificar los riesgos a largo plazo.

Valoración de los estados de salud

P-125. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO NUEVO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO MÉDICO EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR (SAFUCA)

M. de Salas, M. Ruiz, F. Villasante, J.R. González-Porras, E. Franco, J.L. Aranguren, J. Tuñón, T.J. González, A. Pardo y J. Soto

Departamento de Investigación de Resultados en Salud y Farmacoeconomía, Unidad Médica, Pfizer España.

Objetivos: Validar un nuevo cuestionario desarrollado para medir la satisfacción con el cuidado médico (efectividad y control del tratamiento antitrombótico, interferencia en la vida cotidiana) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Métodos: El instrumento de 25 ítems, reducido de la versión inicial de 37 ítems, fue administrado a una muestra de 234 pacientes en tratamiento antitrombótico para la FANV, junto con el cuestionario concurrente, Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) y 5 escalas visuales analógicas (EVA) midiendo: calidad de vida (paciente), efectividad percibida (paciente e investigador), satisfacción general (paciente) y tolerabilidad (investigador). Se valoró la estructura dimensional mediante acuerdo inter-jueces y análisis factorial confirmatorio, así como la correlación convergente y divergente con las otras mediciones.

Resultados: El panel de 6 jueces valoró una alta correspondencia con el constructo teórico con índices de concordancia elevados (0,53-0,81) con la dimensión objetivo. Se confirmó un buen ajuste ($\chi^2/gl = 1,54$; CFI = 0,70; RMSEA = 0,051) a la estructura de 7 dimensiones (n° ítems): 1. Eficacia (3), 2. Comodidad (3), 3. Interferencia de los INR (4), 4. Impacto en CVRS (6), 5. Efectos indeseables (3), 6. Satisfacción con el cuidado (3) y 7. Satisfacción global (3). Las correlaciones con las dimensiones convergentes del TSQM fueron medio/mayores (0,351; 0,632) que las observadas con dimensiones divergentes. El patrón de correlaciones con las escalas EVA fue acorde a lo esperado.

Conclusiones: El cuestionario reducido presenta buenas propiedades de validez de constructo, estructural, convergente y divergente. Las 7 dimensiones propuestas son estables y están bien definidas en la versión de 25 preguntas.

P-126. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD METASTÁSICA ÓSEA SOBRE EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.L. García, L. Quecedo, J. del Llano y A. Hidalgo

Hospital Ramón y Cajal. Fundación Gaspar Casal.

Objetivos: Analizar el impacto económico que la enfermedad metastásica ósea tiene sobre los recursos sanitarios. Conocer el abordaje terapéutico más eficiente para reducir la morbilidad asociada.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura sobre pacientes con tumores sólidos y enfermedad metastásica ósea, bajo el enfoque carga de la enfermedad. Dos grupos de discusión con expertos de los niveles micro, meso y macro de la gestión sanitaria, para la búsqueda de consenso acerca de las alternativas terapéuticas más coste-efectivas para reducir la morbilidad asociada.

Resultados: En todos los estudios se observa un aumento del consumo conforme aumenta la carga de enfermedad metastásica ósea y la gravedad de las complicaciones. El coste medio anual del paciente con metástasis óseas es de 75.329\$ frente a los 31.382\$ sin extensión ósea. El precio ajustado de la alternativa terapéutica más eficaz inclina a los expertos a aceptar la incorporación y su uso extenso para la indicación EMO en el catálogo público desde la perspectiva social.

Conclusiones: La enfermedad metastásica ósea ocasiona un importante consumo de recursos sanitarios; un 59% por los costes de la hospitalización cuya estancia media aumenta de 2-7 días a 9-11. Los eventos relacionados con el hueso incrementan aún más la duración de la hospitalización: 12-18 días. Serían necesarios estudios de coste-efectividad o coste-utilidad en España, teniendo en cuenta por parte de los productores, la sensibilidad al precio de los modelos y por parte de los autores de los mismos, las diferencias que plantean la perspectiva del análisis.

P-127. IMPACTO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

J. Mosquera Nogueira y E. Rodríguez

Unidad de Alcoholismo de Vigo. Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Economía, Universidad de Vigo.

Objetivos: Calcular el impacto de la dependencia alcohólica sobre la calidad de vida relacionada con la salud, comparando el resultado obtenido mediante el SF-6D en población alcohólica y en sus familiares, con el de la población general.

Métodos: Se reclutaron tres muestras: 150 alcohólicos, 63 familiares y 600 de población general. Se utilizó el SF-6D como instrumento de medida, aplicando la tarifa obtenida por Abellán et al en población española. Se compararon las utilidades medias de las tres muestras. Además, se realizó un análisis de regresión para controlar por el posible efecto de las variables sociodemográficas.

Resultados: La pérdida de calidad de vida que supone tener dependencia alcohólica se ha estimado en 0,144 AVACs. Esta pérdida se ha estimado en 0,085 AVACs para sus familiares cercanos. Estos resultados permanecen cuando se controla por el posible efecto de otras variables.

Conclusiones: Este estudio permite obtener una aproximación al coste intangible de la dependencia alcohólica, aspecto escasamente tratado en la literatura. Nuestros resultados sugieren que ignorar estos costes puede provocar una importante infravaloración de los efectos de la dependencia alcohólica y, por tanto, de los beneficios derivados de su tratamiento. Los resultados que se presentan en este trabajo tienen una inmediata aplicación, tanto en estudios epidemiológicos, como en estudios de evaluación económica.

P-128. CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON MACROMASTIA EN LISTA DE ESPERA

A. Martínez, F. Hernanz, A. Hernanz y P. Muñoz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de las pacientes en lista de espera quirúrgica que padecen macromastia (MM). Comparar la calidad de vida de las pacientes ya operadas con las que aún permanecen en lista de espera. **Pacientes y métodos:** el estudio se realizó en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (Cantabria, España), se incluyeron 68 pacientes diagnosticadas de MM, de las cuales 41 fueron posteriormente operadas. La evaluación corresponda a la situación que tenían ambos grupos de pacientes mientras estaban en la lista de espera. Empleamos el cuestionario SF-36 autoadministrado. Los resultados se expresan en medianas. Se empleó el test de Mann-Whitney en los test de hipótesis.

Resultados: La mediana del componente físico fue de 42,5 y para el componente mental de 39,2. Las escalas que presentaron unas puntuaciones bajas, indicativas de peor calidad de vida, fueron: "dolor corporal" (36,5), "rol físico" (50,0), y "vitalidad" (50,0). Las pacientes que aún permanecen en lista de espera presentan peor calidad de vida en el componente mental comparadas con la que presentaban las ya operadas antes de la operación (36,4 vs 45,4; $p < 0,05$). En el componente físico las que permanecen en lista de espera tienen peor calidad de vida (40,7 vs 42,5) aunque esta diferencia no fue significativa.

Conclusiones: La pacientes con MM tienen una importante disminución de la calidad de vida, especialmente en algunos componentes de la misma como el dolor corporal, el rol físico o la vitalidad. La disminución es mucho más acusada en el componente mental.

P-129. IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE UNA INTERVENCIÓN DE TELEMONITORIZACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES DOMICILIARIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y/O BRONCOPATÍA CRÓNICA. ESTUDIO TELBIL

J.C. Bayón, I. Martín-Lesende, A. Bilbao, E. Orruño, M.C. Cairo, E. Reviriego, R. Abad, I. Vergara, M.I. Romo, J. Asua y J. Larrañaga

Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA), Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Comarca Bilbao de Atención Primaria, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Unidad de Investigación, Hospital Universitario Basurto. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Gipuzkoa, Red de Investigación en Servicios Sanitarios y Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Objetivos: Evaluar el impacto sobre la CVRS de una intervención de telemonitorización domiciliar controlada desde la atención primaria

en pacientes domiciliarios con IC y/o broncopatía crónica, en comparación con el tratamiento habitual.

Métodos: En la Comarca Sanitaria Bilbao, se realizó un ECA de un año de duración. 58 pacientes fueron reclutados, 28 para la intervención de telemonitorización (GI) y 30 para el tratamiento habitual (GC). La CVRS se midió con el cuestionario genérico EuroQoL-5D validado para España. Los pacientes completaron el cuestionario en el tiempo basal y a los 3, 6 y 12 meses. Se realizó un análisis descriptivo de las 5 dimensiones del cuestionario y, entre el GI y GC, se comparó el índice EVA y las diferencias encontradas en el mismo a los 3, 6 y 12 meses con respecto al tiempo basal.

Resultados: A los 12 meses, una proporción de 73% de pacientes del GI y GC señalaron tener problemas en las dimensiones movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas. En las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión, la proporción fue 48% en el GI y 81% en el GC. La mediana del índice EVA en el GI fue de 50 (RIQ (40-62,5)) y en el GC de 30 (RIQ (20-40)), diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0008$).

Conclusiones: Los resultados parecen indicar que, gracias a la intervención de telemonitorización, los pacientes del GI señalan una mejor CVRS. En comparación con el GC, una proporción menor indicó tener problemas en las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión y la puntuación mediana obtenida en la EVA fue mayor.

P-130. GANANCIA DE AÑOS AJUSTADOS POR CALIDAD DE VIDA TRAS LA CIRUGÍA EN MUJERES CON MACROMASTIA. LA EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

A. Hernanz, A. Martínez, F. Hernanz y P. Muñoz

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: Cuantificar la ganancia en años ajustados por calidad de vida (QUALY) en las pacientes con macromastia (MM) sometidas a cirugía de reducción mamaria.

Métodos: El estudio se realizó en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (Cantabria), se incluyeron 34 pacientes intervenidas de reducción mamaria con datos válidos para el análisis, entre los años 2010 y 2012. La intervención se realizó en todos los casos por el mismo cirujano del Servicio de Cirugía General y Digestivo. Empleamos el cuestionario SF-6D generado a partir del SF-36 autoadministrado, calculando posteriormente los QUALY. Se empleó el test de Wilcoxon en los test de hipótesis.

Resultados: Media de edad 43,3 (DE: 14,9). Cantidad media resecada por mama 676,0 gramos (DE: 319,2). La mediana del score de utilidad pre operatorio fue de 0,62 y el score a los 3 meses de la operación 0,81. Mediana de QUALY ganados 0,16 (P25: 0,06 – P75: 0,25), siendo esta ganancia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: La intervención quirúrgica de reducción mamaria realizada en el Servicio de Cirugía General consigue a los tres meses de la operación una ganancia significativa de QUALYS. Esta ganancia es comparable a otras intervenciones sanitarias de un coste más elevado.

P-131. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA DIÁLISIS EN COLOMBIA

L. Acuña, L.A. Soler y M.A. Castro

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo.

Introducción: En Colombia la enfermedad renal crónica (ERC) es una de las patologías que ha sido objeto de seguimiento por la Cuenta de Alto Costo desde el 2008. Se elaboró un documento de los indicadores mínimos para el análisis de resultados clínicos de diálisis, concer-

tado con todos los actores del SGSSS convirtiéndose este proceso en un aporte necesario que crea valor para el sistema y la sociedad.

Objetivos: Analizar y evaluar el resultado de los indicadores clínicos mínimos de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) en pacientes con ERC estadio 5 y la sobrevida del primer año en diálisis.

Métodos: Estudio descriptivo en pacientes en diálisis de 63 aseguradoras en 2010 y 2011. Se compararon los dos periodos para observar mejoría, deterioro o ausencia de cambio en: dosis de Kt/v, albumina, hemoglobina, fósforo y proporción de pacientes en hemodiálisis con catéter. Se observó el cambio del año 2010 a 2011 en dosis de Kt/v en DP de: 59,2% a 58,7% ($p = 0,005$), hemoglobinaHD: 63,6% a 66,1% ($p = 0,05$). En los demás indicadores, no se presentaron diferencias significativas entre 2010 y 2011, $p > 0,05$. Sobrevida: 85%.

Conclusiones: Se evidencia que la terapia dialítica es buena mejora y que los indicadores son modificables por las prácticas clínicas de las Unidades Renales y está soportado con evidencia que su modificación se asocia a mejores resultados en mortalidad, sobrevida, hospitalización y costos, a su vez permiten medir la calidad de la Terapia dialítica en Colombia para poder realizar comparación de unidades de diálisis y ranking por resultados en salud suministrando información relevante para todos los actores del SGSSS.

P-132. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN A PORTUGUESE COHORT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

C. Mateus and M.F. Moraes-Fontes

National School of Public Health, Nova University of Lisbon. Hospital Curry Cabral.

Objetivos: To analyse the impact of systemic lupus erythematosus (SLE) on Portuguese patients' quality of life.

Methods: Study conducted in one Portuguese hospital with an Auto-immune Disease Unit, sample size were 116 patients with SLE. All patients fulfilled the ACR 1997 revised criteria for the classification of SLE. Patients were grouped into 3 distinct phenotypes namely neuropsychiatric (NPSLE), nephritis and non-NPSLE non-nephritis sub-groups. Quality of life measured through SF-36 and EQ-5D. Questionnaires were sent by mail and participation was voluntary and confidential.

Results: Sixty eight per cent valid answers were received ($n = 79$). Respondents were predominantly female (89%) with average age 45 years. In these, the average length of disease was 12.3 (± 8.7) years. Average ACR criteria was 5.1 (± 1.26) Quality of life measured through EQ-5D was 0.61 (± 0.32) with a large majority of answers between 0,5 and 1,0. The average value for SF-36 mental component was 65 and the physical component was 66.

Conclusions: Age was negatively correlated at a significant level with results obtained for EQ-5D and the physical component of SF-36. Disease duration was also negatively correlated at a significant level with the physical component of SF-36. Correlation between QoL instruments was found to be in accordance with studies in other countries. QoL measured through SF-36 was consistently lower than the Portuguese norm. Results of QoL in Portuguese patients with SLE found to be comparable to the scarce available evidence in other countries. For both instruments Portuguese patients with SLE reported worst HRQoL than Portuguese patients with psoriasis.