

XXXVII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Ciencia para la Acción

Barcelona, 6-8 de septiembre de 2017

SESIONES DE PÓSTERES

SESIÓN DE PÓSTERES I

Sesión de pósteres 1.1. Análisis de la toma de decisiones médicas

Miércoles, 6 de septiembre, 13:15-14:15

P-01. MODELIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE FÁRMACOS BIOSIMILARES EN 5 PAÍSES DE EUROPA

A.G. Manganelli, M. Solozábal, L. Planellas, P. Rebollo y J. Puig-Junoy

CRES-Universitat Pompeu Fabra. RWI, QuintilesIMS.

Objetivos: Desarrollar un modelo que permita predecir el comportamiento de futuros lanzamientos de fármacos biosimilares.

Métodos: Se obtuvieron datos de venta en euros (€) de los biosimilares comercializados de la base de datos de QuintilesIMS PADDs para 5 países europeos (Alemania, España, Francia, Reino Unido e Italia) desde junio 2009 hasta mayo 2016. Los biosimilares analizados fueron epoetina, filgrastim y somatropina. Mediante un modelo empírico de regresión lineal de mínimos cuadrados ordinarios se proyectó en el tiempo el comportamiento de cada biosimilar en cada país. Asimismo, con datos sobre nuevas moléculas, se planea evaluar el impacto de distintas variables en la cuota alcanzada para cada biosimilar (patología, especialidad, prevalencia y alternativas terapéuticas).

Resultados: La evolución de las cuotas de mercado de los biosimilares, en términos de velocidad y niveles alcanzados, se comporta de manera muy distinta según la molécula. También existen diferencias considerables por país, aunque la variabilidad inter-país es inferior que la inter-molécula. A través de las proyecciones obtenidas de cada biosimilar se podrá predecir el comportamiento en el mercado de los nuevos biosimilares que encajen con el perfil del biosimilar utilizado para calcular la proyección.

Conclusiones: La variabilidad observada entre moléculas es mayor que la variabilidad entre países, por tanto para proyectar el comportamiento de nuevos biosimilares se deberá utilizar el modelo que mejor se ajuste a las características de cada biosimilar y las evoluciones de cada país.

P-02. CÁLCULO DEL NÚMERO DE PACIENTES QUE ES NECESARIO TRATAR EN EL MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA EN ESPAÑA

A.R. Rubio Salvador y S. Gea Sánchez

Hospital Virgen de la Salud. Amgen España.

Objetivos: La tendencia actual en el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple en recaída (MMR) es el tratamiento con combinaciones triples de fármacos que incluyen lenalidomida (LEN) + dexametasona (DEX) (régimen Rd) o bortezomib (BTZ) + dexametasona (DEX) (régimen Vd). En este trabajo se compara el número necesario de pacientes a tratar (NNT) para que un paciente adicional obtenga respuesta completa (RC) o mejor en MMR.

Métodos: Se revisaron las tasas de respuesta completa (TRC) o mejor de 6 estudios de fase 3 sobre combinaciones triples de fármacos: ASPIRE, carfilzomib + Rd vs Rd; POLLUX, daratumumab + Rd vs Rd; CASTOR, daratumumab + Vd vs Vd; TOURMALINE, ixazomib + Rd vs Rd; PANORAMA 1, panobinostat + Vd vs Vd; ELOQUENT-2, elotuzumab + Rd vs Rd. Para determinar los NNTs se calculó la diferencia entre la TRC o mejor del fármaco de estudio y la del fármaco comparador (inverso de la reducción absoluta de riesgo).

Resultados: La TRC en los estudios ASPIRE y POLLUX tiene un valor favorable en los respectivos grupos experimentales con un NNT de 4. En los estudios CASTOR, TOURMALINE y PANORAMA-1 la NNT es de 10, 20 y 20, respectivamente. En el estudio ELOQUENT-2 la NNT es de -33, al ser la RC del grupo experimental inferior a la del Rd.

Conclusiones: La comparación del NNT se ha realizado en estudios con diferentes diseños. Los estudios ASPIRE y POLLUX han obtenido el mismo NNT, siendo éste el más bajo observado hasta la fecha en los 6 estudios de fase 3 analizados.

Estudio financiado por Amgen S.A.

P-03. MEDIA FRENTE A MEDIANA EN ESTUDIOS FARMACOECONÓMICOS DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS

N. García-Agua, A.J. García Ruiz, A.C. Montesinos Gálvez, F. Jódar Sánchez, L. Pérez Costillas y F. Martos Crespo

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento, Departamento de Farmacología y Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga. Hospital Regional Carlos Haya. Grupo de Innovación Tecnológica, Hospital Virgen del Rocío.

A pesar de la popularidad que tiene la ratio coste-efectividad incremental (ICER), su uso es polémico, ya que las estimaciones pueden ser

altamente variables o, simplemente, porque una interpretación correcta de este indicador no siempre es sencilla. Centrándonos en estudios oncológicos, frecuentemente es la mediana (y no la media) el estadístico que se utiliza para estimar la eficacia de los tratamientos (mediana del tiempo de supervivencia), por lo que habría que pensar también en términos de mediana para el cálculo de los costes. En este trabajo pretendemos mostrar el diferente uso del cálculo de la ICER a partir de la mediana o de la media, para lo cual simularemos varios ejemplos. Ejemplos: para ilustrar la utilización de uno u otro estadístico en el cálculo de la ICER, vamos a simular tres ejemplos para los tres tipos de distribución de la variable: el caso en el que el tiempo hasta observar el evento sea simétrico o el caso en el que sea asimétrico teniendo en cuenta si esa asimetría es a la izquierda o a la derecha. Sabiendo que la media y la mediana son valores diferentes, con significados e interpretación distintos, y que miden diversos aspectos de la distribución, la ICER basada en la media y la ICER basada en la mediana aportarían un añadido más al estudio. En el escenario de tratamientos oncológicos, si utilizáramos la mediana como estimador de eficacia, deberíamos emplear la misma medida para la estimación del coste, lo que facilitaría la interpretación del indicador.

P-04. EFFICACY OF THE TREATMENTS USED IN MULTIPLE SCLEROSIS: FROM META-ANALYSIS TO NUMBER NEEDED TO TREAT

M.L. González Álvarez, A.J. García Ruiz, N. García-Agua Soler, G. Izquierdo Ayuso, G. Navarro Mascarell, M. Correa, A.C. Montesinos Gálvez, F. Martos Crespo and F. Jódar Sánchez

Health Economics & Rational Use of Drugs. University of Málaga. Multiple Sclerosis Unit. Virgen Macarena Hospital. Department of Nursing and Podiatry, Faculty of Health Sciences, University of Malaga. Technological Innovation Group, Virgen del Rocío University Hospital. Department of Applied Economics, Faculty of Economics Sciences and Business, University of Granada.

Objectives: The aim of this study was to analyze the efficacy of drugs used in relapsing-remitting multiple sclerosis, first- and second-line drugs, using the number needed to treat (NNT) as a measure of efficacy.

Methods: Data from randomized clinical trials were analyzed for 3 categories of clinical efficacy outcomes: relapse, change in Expanded Disability Status Scale, and number of new lesions in magnetic resonance imaging. Meta-analysis results are expressed as odds ratios.

Results: The global odds ratio was 0.41 (95% confidence interval [CI], 0.34-0.49). For analyzed clinical outcomes, the odds ratio was less for second-line drugs (odds ratio 2.0). For all studied clinical conditions, in the control group, 47 of 100 patients do not get benefits, compared with 25 (95%CI 18-32 patients) of 100 for the active treatment group. The NNT was 5 patients (95%CI 4-7 patients). For the proportion of patients free of relapses, in the control group, 56 of 100 patients had a relapse at 2 years, compared with 37 of 100 patients in the treatment group, with an NNT of 6 patients (95%CI 5-8 patients).

Conclusions: Active treatments produced statistically significant improvements compared with placebo.

P-05. REVISIÓN DE MODELOS ECONÓMICOS DE COSTE-EFECTIVIDAD/COSTE-UTILIDAD DESARROLLADOS CON LOS NUEVOS AGENTES ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HEPATITIS C

L. Planellas, N. Pascual, M. Solozábal, P. Rebollo y J. Puig-Junoy
RWI, QuintilesIMS. CRES-Universitat Pompeu Fabra.

Objetivos: Revisar la metodología e inputs en modelos de coste-efectividad/coste-utilidad (CE/CU) en pacientes infectados con el virus de la hepatitis C, que evaluarán tratamientos con antivirales de acción directa (AAD) de segunda generación.

Métodos: Se realizó una revisión de literatura estructurada mediante la plataforma OVID en las bases de datos EBM Reviews-NHS Economic Evaluation Database, Embase y Medline, y una búsqueda en agencias internacionales de evaluación de tecnologías sanitarias para identificar modelos adicionales. Se revisaron los abstracts y se excluyeron los artículos duplicados o que no cumplieran con los criterios de inclusión/exclusión preestablecidos. Seguidamente se revisaron los artículos completos. De los artículos incluidos se recogió información sobre las características del modelo, inputs incluidos y fuentes utilizadas.

Resultados: Se identificaron 1.479 referencias y 34 fueron seleccionadas para el análisis. Los artículos incluidos se publicaron entre 2013-2016, y corresponden a 12 países (3 españoles). La mayoría (32) utilizaban un modelo de Markov, nueve de los cuales lo combinaban con un árbol de decisión inicial, y uno utilizó eventos discretos. El horizonte temporal más común (91%) fue el de toda la vida del paciente. Un 57% de los artículos se centraron en pacientes con genotipo-1 y un 50% en pacientes sin tratamiento previo (naïve). Ningún modelo consideró costes indirectos.

Conclusiones: Con la comercialización de los nuevos AAD se han realizado modelos de CE para demostrar la eficiencia de estos tratamientos. La mayoría son modelos de Markov con pacientes naïve y genotipo-1, simulando toda la vida del paciente e incluyendo exclusivamente costes directos.

P-06. MODELIZACIÓN DE LA DEMANDA DE VACUNAS PARA LA POBLACIÓN ADULTA COMO CONSECUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

R. Morano, F. Pérez y A. Moure

GSK Madrid. Oblikue Consulting.

Objetivos: El envejecimiento de la población supondrá un reto para la prestación de servicios públicos tales como los programas de vacunación en población adulta. El objetivo del trabajo es modelizar la demanda de vacunas para la población adulta en España considerando el factor demográfico.

Métodos: Usando proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística, el modelo estima la necesidad futura de dosis de vacunas para la población adulta. El modelo considera 3 variables: población a vacunar, cobertura y pauta de vacunación. Para gripe se considera una dosis anual a población > 60 años y 60% cobertura; para difteria-tétanos-tos ferina (DTPa) una única dosis a los 60 años y cobertura 40%; neumococo y herpes zoster se considera administración única a población > 65 años y cobertura 10% anual.

Resultados: En los próximos 10 años el volumen de dosis necesarias para cubrir los programas de gripe se incrementarán un 20% con unos 7,5 millones de dosis/año de media y se requerirán 2,6 millones de vacunas DTPa. Para neumococo se necesitarán 5 años y 3 millones de dosis (media 650.000/año) para alcanzar una cobertura del 50%. Con zoster se requerirán 7 años y el uso de 8 millones de dosis (media 1.100.000/año)

Conclusiones: El envejecimiento de la población será un reto para el Sistema Nacional de Salud. La predictibilidad en la demanda de servicios permitiría a los gestores anticipar necesidades futuras, asegurando la provisión de los recursos necesarios, y a los suministradores ajustar la producción a la demanda real y evitar problemas de suministro.

Sesión de pósteres 1.2. Políticas de salud y su evaluación

Miércoles, 6 de septiembre, 13:15-14:15

P-07. INFLUENCIA DE LOS ARREGLOS RESIDENCIALES DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE EL BIENESTAR RELATIVO A LA SALUD

Y. Xirinachs-Salazar, V. Jiménez-Rodríguez y J. Rafael Vargas

Universidad de Costa Rica.

El cambio demográfico de la población costarricense ha provocado diferentes efectos sociales y económicos sobre los ciudadanos. Como grupo etario, las personas adultas mayores cuentan con características específicas; en este trabajo interesa analizar la importancia de los arreglos residenciales, sobre el bienestar relativo a la salud de estas personas. Los datos se obtienen de la segunda ronda de las encuestas sobre envejecimiento: CRELES. La variable dependiente se trata de una medida basada en el EQ-5D, donde las 5 dimensiones tomadas en cuenta fueron: movilidad, actividades de la vida diaria, dolor/disconformidad, ansiedad/depresión y autocuidado. A partir de lo anterior, se planteó un modelo con variables típicamente asociadas al bienestar. Se emplearon como variables de control el género, la edad, el estado civil, la religión, el ingreso y factores de interacción social. Los resultados obtenidos muestran que en Costa Rica, el hecho de vivir con alguien más o de estar casado o en unión libre no tiene un efecto positivo sobre el bienestar relativo a la salud. No obstante, los factores de interacción social sí tuvieron un efecto significativo positivo, sobre la variable dependiente. Sugiriendo que es más importante contar con un grupo de apoyo social sólido, que el hecho de vivir con alguien.

P-08. CAUSALIDAD DE GRANGER ENTRE SALUD Y DESARROLLO SOCIOECONÓMICO: EL CASO DE COSTA RICA

J. Rafael Vargas e Y. Xirinachs-Salazar

Universidad de Costa Rica.

El objetivo del estudio es determinar la causalidad en el sentido de Granger entre variables de resultados sobre la salud: mortalidad en adultos mayores y mortalidad infantil; variables de desarrollo social: nivel educativo, asistencia médica en el parto, alfabetismo; y variables económicas: producto interno bruto, importaciones, exportaciones y gasto de gobierno; en dos períodos diferentes 1910-1982 y 1910 y 2014, para el caso de Costa Rica. Se utiliza la metodología de Granger para determinar las relaciones, unidireccionales y bidireccionales, positivas o negativa entre las variables propuestas. Se utilizan datos públicos con periodicidad anual para el período 1910-2014. Los principales resultados señalan que tanto la mortalidad infantil como la general son precedidas por el nivel educativo y alfabetismo. Este último precede a las importaciones, que es simultánea en el tiempo con el gasto per cápita en salud que a su vez es simultáneo con el PIB per cápita. Estas relaciones no se mantienen cuando se estudia el siglo, donde el parto con asistencia médica causa la mortalidad infantil al igual que el alfabetismo; el PIB y el presupuesto público le preceden, lo cual es macroeconómica esperable y explicable. Una de las principales conclusiones, es que si bien es cierto se encuentran las relaciones esperadas, la significancia de estas cambia en los períodos propuestos.

P-09. EL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO COMO HERRAMIENTA EFICIENTE PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS SANITARIAS PÚBLICAS: EL CASO DEL PAI DE CÁNCER DE MAMA EN ANDALUCÍA

M. Segura, J. Aureliano, M.J. Sánchez Pérez y M.G. Blanco García

Departamento de Organización de Empresas, Universidad de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Junta de Andalucía, Consejería de Salud.

El trabajo "El Proceso Asistencial Integrado como herramienta eficiente para el desarrollo de políticas sanitarias públicas: el caso del PAI de cáncer de mama (PAI-CM) en Andalucía" es un estudio de cohortes de base poblacional para el análisis de la supervivencia de pacientes con cáncer de mama y estudio descriptivo transversal para el análisis de la eficacia. Objetivos general y específicos: determinar la incidencia de CM femenino en Granada, describir patrones asistenciales, y estimar supervivencia y principales factores asociados, para determinar la eficiencia de las Políticas Públicas de Salud en Andalucía a propósito del PAI-CM. 1. Estimar la supervivencia observada y relativa a 1, 3 y 5 años de los casos de CM en Granada. 2. Estudiar la adecuación en la atención del cáncer de mama a las recomendaciones del PAI-CM y su influencia en la supervivencia. 3. Determinar la incidencia de cáncer de mama en la provincia de Granada, según grupos de edad y centro sanitario. Evaluar los costes asociados a la aplicación o no del PAI-CM. 4. Evaluar la repercusión para la eficiencia de la política sanitaria pública de la adecuación de la atención al PAI-CM. Hipótesis: el estadio en el momento del diagnóstico, el tratamiento realizado, los receptores hormonales y algunos otros marcadores tumorales están asociados a la supervivencia del cáncer de mama, así como las demoras en el diagnóstico y tratamiento, y la adherencia al PAI-CM la cual incide sobre el grado de eficacia de las políticas públicas de salud de Andalucía.

P-10. OBSERVATORIOS DE RESULTADOS EN SALUD EN EL SNS

F. Montes Barroso, F. Montes, B. Deza y J.R. Luis-Yagüe

Farmaindustria.

Objetivos: Analizar las iniciativas desarrolladas en el SNS relacionadas con la recogida, análisis y difusión de indicadores en resultados en salud, costes y actividad asistencial.

Métodos: Revisión narrativa sobre las iniciativas desarrolladas en el SNS dirigidas a disponer y difundir indicadores sobre los recursos sanitarios disponibles, actividades desarrolladas y resultados, bajo el epígrafe de observatorios de resultados del sistema sanitario, o de sus centros e instituciones.

Resultados: En los últimos años las administraciones sanitarias (AASS), así como algunas sociedades científicas (SSCC) o entidades y agrupaciones sanitarias han ido poniendo en marcha diferentes iniciativas dirigidas a facilitar a los ciudadanos, profesionales y gestores información clave sobre el estado de salud de la población, así como indicadores de los centros y servicios sanitarios, incorporando en algunos casos indicadores de carácter socioeconómico. Los indicadores que facilitan son básicamente de estructura asistencial, de procesos atendidos y, en muy menor medida de resultados de salud. No se han encontrado indicadores de resultados de salud que tomen en consideración la visión del paciente.

Conclusiones: Es aún escasa y desigual la implementación de este tipo de iniciativas. Sobresale la actividad desarrollada por sociedades científicas y agrupaciones de carácter profesional. Las diferencias de criterio en los indicadores que se recogen hace difícil la comparación entre comunidades autónomas. Únicamente en el ámbito hospitalario se han observado progresos en este sentido, aunque sigue existiendo una carencia importante de información integrada (atención primaria-atención hospitalaria).

P-11. EVALUACIÓN DE LA CARGA DEL CUIDADO INFORMAL EN PERSONAS CON EPOC

I. Aranda Reneo, Á. Hidalgo Vega y E. López Gabaldón

Universidad de Castilla-La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Evaluar el impacto de la gravedad de la EPOC en la carga de cuidado informal.

Métodos: Estudio observacional, recogida de datos prospectiva en servicio de neumología entre septiembre y diciembre de 2014. Se incluyeron pacientes que acudían a consulta, con diagnóstico de EPOC. Se recogieron características demográficas, clínicas y necesidades de cuidado personal. Se estimó el valor monetario del cuidado informal y formal según el método de sustitución, usando el precio hora del servicio de ayuda a domicilio. Mediante un análisis multivariante se estudió el impacto en la carga del cuidado informal la gravedad de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes (68,1 años 9,14), el 63% se encontraba en edad laboral, 88% fueron hombres. Según el índice BODE, 18,5% de los pacientes presentaban riesgo leve, 31,7% moderado, 25,1% alto y 24,5% muy alto. El 59,3% indicaron necesitar cuidados personales y el 92% de los cuidadores principales fueron mujeres con edad media de 60 años (13,92). La valoración monetaria de los cuidados informales ascendió a 13.093,34 euros/paciente/año, suponiendo más del 90% de los costes no-sanitarios. El análisis estadístico mostró una probabilidad cercana al 50% de prestar más de 28 horas de cuidados a la semana, confirmando una probabilidad mayor de prestar más horas de cuidado cuando aumenta el riesgo del paciente.

Conclusiones: Los cuidados informales representa un elevado peso entre los costes no sanitarios, la gravedad de la enfermedad influye notablemente en el número de horas.

Sesión de pósteres 1.3. Gasto y financiación del sistema sanitario

Miércoles, 6 de septiembre, 13:15-14:15

P-12. INVERSIÓN EN VACUNACIÓN INFANTIL EN LA UNIÓN EUROPEA Y SUS PAÍSES MIEMBROS

M.R. Lorente

Universidad de La Rioja.

Las recomendaciones de la UE, sobre vacunas, pretenden que se aumente la inmunidad adquirida mediante una mayor cobertura en la vacunación. La vacunación infantil es una de las más importantes para garantizar una mayor inmunidad en la población general. El objetivo es cuantificar la inversión en vacunas correspondientes a la vacunación infantil en los distintos países miembros de la UE. Se han considerado las siguientes vacunas (para niños menores de 2 años): Tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, hepatitis B, *Haemophilus influenzae* tipo B, sarampión, paperas y rubeola. Los cálculos, a partir de datos de varias fuentes internacionales, se han realizado para cada país miembros de la UE, en los tres últimos años disponibles (2013-2015). Se ha considerado el precio máximo, el promedio y el ajustado por volumen. Existe cierta proximidad en los calendarios de vacunación de los distintos países, así como en las tasas de coberturas, salvedad de la tuberculosis. La mitad de los países miembros han visto reducidas ligeramente sus tasas de cobertura. La inversión, en la UE, con precios ajustados por volumen da unos

700 millones de euros, con el coste medio un poco más mil millones de euros, y con el coste máximo entre 1,7 y 2,1 mil millones de euros (un 0,02% del PIB). Los esfuerzos para seguir manteniendo altas tasas de cobertura en la vacunación infantil están suponiendo una inversión relevante con vistas a unos ahorros futuros mayores. Las diferencias entre los países miembros de la UE proceden, principalmente, por variables demográficas y migratorias.

P-13. EL COPAGO DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA PARA LOS AÑOS 2012 Y 2016. UN ANÁLISIS GRÁFICO

F. Escribano, I. Pardo, R. del Pozo, P. Moya, E. Amo y R. Martínez

Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estimar el coste de la dependencia y su financiación. En particular, determinar y comparar el copago de los usuarios según el grado de dependencia y la comunidad autónoma de residencia para los años 2012 y 2016 por servicio recibido.

Métodos: Se estimó el grado de dependencia a partir de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia de 2008. El coste de la dependencia por grado y comunidad autónoma se calculó a partir de la información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El copago se calculó a partir de la renta de las personas dependientes. Se proyectó la muestra al año 2016 utilizando la distribución demográfica de ambos años, y el número de personas dependientes por grado para cada una de las CCAA.

Resultados: El servicio que más recursos precisa es la atención residencial, con importantes diferencias sobre el resto de servicios (ayuda a domicilio y centros de día-noche) así como sobre la prestación económica para cuidados informales. Los principales flujos de atención residencial pivotan hacia la Comunidad-Valenciana, Madrid, Cataluña y Andalucía, mientras que los referentes a la prestación económica para el cuidado informal lo hacen hacia Cataluña y Madrid principalmente.

Conclusiones: El copago a partir del año 2012 es superior al tercio establecido inicialmente en la Ley de Dependencia, y el análisis gráfico de los datos muestra la necesidad de reflexionar acerca de la desigual aplicación de la Ley y del uso tan diferente de cada uno de los servicios por CCAA.

P-14. TRATAMIENTOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA (2004-2016): GASTO Y EVOLUCIÓN

Á. Hidalgo, A. Ivanova y N. Zozaya

Instituto Max Weber.

Objetivos: Analizar la evolución del gasto en terapias modificadoras de la enfermedad (TME) para los pacientes con esclerosis múltiple en España.

Métodos: Análisis de la evolución anual de pacientes y gasto en TME en 2004-2016, así como del coste farmacológico por paciente y año de tratamiento según TME y línea (primera línea: interferón (IFN)-1a intramuscular y subcutáneo, IFN-1b subcutáneo, acetato de glatirámico; Segunda línea: natalizumab, fingolimod y natalizumab). Análisis desde 2007 (inicio de comercialización de TME de segunda línea).

Resultados: Durante 2004-2016 el gasto en TME aumentó de 115,5M€ a 434,5M€ por un mayor número de pacientes tratados (209%; 9,89% anual) y por un mayor crecimiento del coste anual por paciente (21,97%; 1,67% anual). En diciembre de 2016 las segundas líneas representan el 38,31% de gasto en TME en España. El coste anual por paciente en segunda línea es un 47% superior al coste por paciente tratado y 77% mayor que el coste por año de terapia en primera línea. Omitiendo del análisis el año 2007 (68 tratamientos de

segunda línea y 1,44M€ de gasto asociado), las terapias de segunda línea suponen el 48% de los nuevos tratamientos y el 61% del aumento del gasto en TME entre 2008-2016. La participación de éstas alcanza en 2016 el 50% de los nuevos tratamientos causando el 37,43% del aumento del gasto en TME.

Conclusiones: La creciente incorporación de nuevas terapias y el considerable aumento del número de pacientes tratados (9,89% anual) son factores a considerar en la gestión presupuestaria farmacéutica.

P-15. CONCENTRACIÓN Y PERSISTENCIA DEL GASTO SANITARIO. UN ANÁLISIS POR COMPONENTES DE GASTO

J.M. Inoriza, M. Carreras, P. Ibern y J. Coderch

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES). Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF).

La concentración y persistencia del gasto sanitario es un fenómeno ampliamente descrito. No obstante, debido a la dificultad de disponer de datos de cohorte, los estudios existentes muestran más frecuentemente la concentración que la persistencia. El objetivo de este estudio es mostrar concentración y persistencia de los componentes del gasto sanitario y la influencia de cada componente en el conjunto. Se sigue una cohorte de 79.554 personas durante 5 años (2011-2015), todos presentes todos los años. Se analiza el coste individual que se descompone en 7 líneas (atención primaria, especializada ambulatoria y de ingreso, pruebas diagnósticas, atención socio-sanitaria, farmacia y urgencias). Se analiza la concentración para gasto total y cada una de las líneas. Se dispone de datos demográficos, residencia y morbilidad atendida medida mediante Clinical Risk Groups. Los pacientes Top5 acumulan entre el 45-52% del gasto en estos años. El 86% de la población nunca está en el grupo de alto coste, el 1,1% son Top5 todos los años y un 12,9% al menos un año. Para el gasto farmacéutico es 91,5%; 2,4% y 6,2% respectivamente lo que implica mayor persistencia. Un análisis de coincidencia muestra que el 86% de los pacientes Top5 en gasto farmacéutico también lo son en coste total todos los años. El análisis de componentes de gasto sanitario puede ser una herramienta adicional para el proceso de identificación de la concentración y persistencia, con implicaciones importantes para la gestión y la elaboración de modelos predictivos.

P-16. GESTIÓN DINÁMICA DE LAS PREVISIONES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS EN FINANCIADORES DE SALUD

J.M. Paladino

OSPREA, Área Técnica-Gerencia General.

El objetivo del presente trabajo es dejar planteada una metodología de optimización de la gestión presupuestaria basada en la Gestión dinámica de las variables financieras y no financieras, permitiendo alcanzar las metas organizacionales presupuestarias y alineando a los mandos medios e inferiores, no financieros en el proceso de control. El caso se desarrollará en un Agente del seguro nacional de salud argentino, una Obra Social Nacional con más de 950.000 beneficiarios en sus ejercicios económicos 2015 y 2016. Se propone un estudio de tipo desarrollo, ya que se pondrá en marcha una herramienta de gestión y se medirá el impacto de la misma en las áreas. La estrategia metodológica para el análisis de datos recogidos será de tipo cualitativo. Para la determinación de los indicadores de gestión, se utilizará bibliografía relacionada y se presentarán en las entrevistas a cada uno de los responsables de las áreas que intervienen. Como fuente de datos se utilizarán registros administrativos, médicos y

contables existentes en los sistemas informáticos. Los resultados se pueden ver en dos planos, por un lado permitió un seguimiento mucho más preciso de la pauta presupuestaria, donde las alertas tempranas, permitieron tomar decisiones mucho más precisas y oportunas, se redujo la variación en el desvío presupuestario para el segundo año a un 3,87% en comparación con el 8,75% del año anterior. Produjo un cambio cultural en los niveles de responsabilidad de cada área crítica de la organización, alineando fuerte mente a todas las áreas con los objetivos organizacionales.

Sesión de pósteres 1.4. Evaluación de las tecnologías sanitarias I

Miércoles, 6 de septiembre, 13:15-14:15

P-17. ESTUDIO FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

N.García-Agua Soler, A.J. García Ruiz y F. Vivancos-Matellano

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento, Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga. Unidad de Trastornos del Movimiento, Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Efectuar un análisis farmacoeconómico comparativo del uso de apomorfina en infusión subcutánea (ASBI) con la bomba de infusión duodenal continua de levodopa/carbidopa (IDL) y la estimulación cerebral profunda (ECP); como objetivo secundario, discutir el perfil del candidato ideal para cada una de las técnicas.

Métodos: Se extrajo información sobre datos de años de vida ganados y años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC) según la escala de Hoehn y Yahr, e información sobre costes y consumo de recursos para cada alternativa. La perspectiva del análisis fue la del Sistema Nacional de Salud, y el horizonte temporal fue de cinco años para los costes y toda la vida del paciente para las utilidades. Las medidas de resultado utilizadas fueron los años de vida ganados y AVAC, y en su comparación se usó la ratio coste-utilidad incremental.

Resultados: El coste-utilidad obtenido para cada opción fue: 31.956 euros/AVAC para la ECP, 38.249 euros/AVAC para la ASBI y 75.206 euros/AVAC para la IDL.

Conclusiones: Los resultados permiten evaluar la efectividad y utilidad de los diferentes tratamientos para la enfermedad de Parkinson avanzada, pues se presentan en ganancias de años vividos en plena salud. Los datos obtenidos contribuyen a la toma de decisiones que determinen la planificación y gestión de cada caso, sin olvidar las preferencias del paciente y del neurólogo, así como las limitaciones presupuestarias.

P-18. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DEL USO DEL DICLORURO DE RADIO-223 EN PREQUIMIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO EN ESPAÑA

E. Tirado Mercier, D. Callejo Velasco, M. Rubio Cabezas, C. Moretones Agut y M. Granell Villalón

Bayer Hispania SL. QuintilesIMS.

Objetivos: Realizar un análisis de coste-efectividad (CE) de dicloruro de radio-223 (radio-223) junto con el mejor tratamiento de so-

porte (BSC) en comparación con BSC en el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) que no hayan recibido tratamiento previo con docetaxel, en España.

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov para comparar radio-223 frente a BSC, utilizando la perspectiva del pagador y un horizonte temporal de 10 años. Se seleccionaron los años de vida ajustados por calidad (AVACs) y los años de vida (AVs) como resultados en salud para medir la efectividad de las alternativas de tratamiento. La utilización de recursos sanitarios y los resultados de eficacia se obtuvieron a partir de un ensayo clínico controlado aleatorizado que compara radio-223 frente a placebo. Los costes unitarios se obtuvieron de bases de datos españolas y publicaciones. Para evaluar la incertidumbre se realizaron análisis de sensibilidad probabilístico y univariante.

Resultados: Los costes totales y los AVACs fueron de 65.067 € y 1,12 AVACs para radio-223, y de 55.437 € y 0,77 AVACs para BSC, resultando en un coste incremental por AVAC de 27.606 €. El análisis de sensibilidad probabilístico mostró que, con una disposición a pagar de 30.000 €/AVAC, radio-223 tendría una probabilidad del 48% de ser coste-efectivo frente a BSC.

Conclusiones: Aunque los resultados deben ser interpretados con cautela, este análisis de CE muestra que radio-223, en comparación con BSC, es coste-efectivo en España en pacientes con CPRCm que no hayan recibido previamente docetaxel.

P-19. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DE LA HERNIA DISCAL LUMBAR

C. Selva Sevilla, P. Ferrara y M. Gerónimo Pardo

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Análisis coste utilidad comparando tratamiento conservador, discectomía y discectomía + fusión para pacientes que han sufrido recidiva de hernia discal lumbar.

Métodos: Revisión de historias clínicas y cumplimentación de cuestionarios de salud SF36, EQ5D y Oswestry Disability Index (ODI). Población: 50 pacientes intervenidos de hernia discal lumbar mediante discectomía entre 2007 y 2010 que hayan recidivado hasta diciembre de 2014. Perspectiva: sistema sanitario público. Fueron calculados los costes directos sanitarios en euros de 2011. Las utilidades fueron calculadas a partir de SF6D, EQ5D y estimadas las utilidades asimilables a la SF6D (SF6D-ODI) y a la EQ5D (EQ5D-ODI), según algoritmos publicados. Los AVAC para el caso base fueron calculados a partir de la utilidad SF6D. Tanto costes como AVAC han sido descontados al 3%. Fueron practicados análisis de sensibilidad a la variación de aquellas variables que pueden presentar mayor incertidumbre.

Resultados: Los costes medianos por paciente para conservador (905€) son significativamente menores ($p < 0,001$) que para discectomía (6.720€) y discectomía + fusión (9.365€). Los AVAC medianos por paciente para conservador (3,48) son mayores que para discectomía (3,18) y fusión (1,92), aunque no es estadísticamente significativo. El análisis coste-utilidad conservador/discectomía muestra que conservador es dominante. El análisis coste-utilidad discectomía/discectomía + fusión muestra que discectomía es dominante. Los análisis de sensibilidad mostraron que el análisis coste-utilidad es mínimamente sensible a la encuesta utilizada para calcular los AVAC.

Conclusiones: Tratamiento conservador es el tratamiento más coste efectivo. Discectomía puede considerarse un tratamiento de elección porque obtiene un resultado en salud muy similar al grupo conservador a un coste razonablemente aceptable.

P-20. COMPARACIONES INDIRECTAS DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL CAMPO DE LA FARMACOECONOMÍA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

M. Comellas, I. Gonzalbo y L. Lizán

Outcomes 10.

Objetivos: Analizar las comparaciones indirectas (CI) de los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) en el campo de la farmacoeconomía.

Métodos: Revisión sistemática (PubMed, Cochrane Library, IBECS, web congresos: AES y ISPOR) de las evaluaciones económicas (EE) de ACOD en pacientes con FANV que incluyesen CI, publicadas en español o inglés entre 2012-2016 (artículos originales) y 2014-2016 (comunicaciones a congresos). Se evaluó la calidad metodológica de las CI (guía PRISMA).

Resultados: Se identificaron 39 EE; 15 (38,5%) comunicaciones a congresos y 24 (61,5%) artículos originales. El 80% ($n = 12$) de las comunicaciones a congresos no detallan la fuente de información de eficacia/seguridad y el 20% ($n = 3$) reportan los datos del análisis de sensibilidad univariante (OWSA) de los parámetros de eficacia/seguridad. El 54% ($n = 13$) de los artículos originales reportan los datos de eficacia/seguridad, otro 54% ($n = 13$) incluye un OWSA y detalla sus resultados, observándose que en 6 cambia el resultado de la EE según el límite coste-efectividad. De las 7 EE donde se podía evaluar la calidad metodológica de la CI, sólo 2 reportaban índice de heterogeneidad.

Conclusiones: Las CI de los ACOD en el campo de la farmacoeconomía presentan una gran variabilidad en los resultados y metodología empleada, y no incluyen información suficiente para valorar su calidad metodológica. Además, los estudios pivotaes de los ACOD difieren en aspectos clave. Existen notables dudas sobre la robustez de las conclusiones alcanzadas en las EE publicadas, imposibilitando concluir que ACOD es más coste-efectivo.

P-21. COSTE-UTILIDAD DE NINTEDANIB VS. PIRFENIDONA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA EN ESPAÑA

S. Soulard, A. Ramón y N. Malé

Boehringer Ingelheim SA.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad huérfana grave. Hoy en día, dos antifibróticos están comercializados en España para tratar la FPI: nintedanib y pirfenidona. Este análisis pretende comparar el coste-utilidad de estos fármacos en el contexto español.

Métodos: Se adaptó un modelo de Markov simulando una cohorte hipotética de pacientes con FPI seguidos durante toda su vida bajo la perspectiva del Sistema Nacional de Salud de España. Se calculó la efectividad relativa a partir de un metanálisis publicado de los ensayos pivotaes de ambos fármacos. El modelo consideró la mortalidad, pérdida de función pulmonar, exacerbaciones, eventos adversos graves y discontinuación. Un descuento anual del 3% fue utilizado para los costes y los beneficios en salud. Los análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos incluyeron escenarios alternativos de resultados de eficacia, seguridad, costes, horizontes temporales, valores de utilidad y de discontinuación. Los costes se expresaron en euros de 2017.

Resultados: Nintedanib se asoció a un mayor número de años de vida ajustados a calidad (AVAC) que pirfenidona (0,04 AVAC más) y a costes menores (1.694€ menos), sobre todo por una menor incidencia de exacerbaciones. En el análisis de sensibilidad probabilístico y con-

siderando una disposición a pagar de 21.000€/AVAC, nintedanib es una estrategia coste-útil o dominante en el 92% de las simulaciones frente a pirfenidona. Si el precio de pirfenidona fuera 15% menor, nintedanib seguiría siendo dominante.

Conclusiones: En España, nintedanib es una alternativa económicamente dominante (menos costosa y más efectiva) frente a pirfenidona, sobre todo debido a menos exacerbaciones.

P-22. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD ENTRE EL PROCEDIMIENTO DENOMINADO LIGASURE® Y OTRAS TÉCNICAS DISPONIBLES PARA LAS MISMAS INDICACIONES

J. Núñez Alfonso, F. Aldea, R. Díaz, S. Irurita, Á. Hidalgo y C. Belda

Fundación de Investigación HM Hospitales. HM Hospitales. Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estimar el procedimiento más coste-efectivo de entre todos los termoselladores o técnicas afines.

Métodos: Se ha analizado una cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos sometidos a un procedimiento precisando la utilización de un termosellador en HM Hospitales. Se han extraído de la contabilidad analítica los costes asociados a los procedimientos y a la estancia hospitalaria. Como medida de efectividad se ha considerado el consumo de sangre. Se han extraído las transfusiones de sangre asociadas a la técnica utilizada. La variable principal es el Ratio de Coste-Efectividad Incremental (ICER), calculado mediante el cociente entre el incremento de costes y el incremento de efectividad entre una técnica y otra. Se considera coste-efectivo al procedimiento que asocia menor coste y menor consumo de sangre.

Resultados: La cohorte analizada estuvo compuesta por 784 procedimientos, con un coste medio de 2.609,12€ y un consumo de bolsas de sangre (BS) medio de 1,27 BS. El coste medio para los procedimientos que precisaron Ligasure® fue 3.331,75€ frente a 2.049,97€ del resto de termoselladores. El consumo de BS medio de Ligasure® fue 1,97 BS frente a 0,73 BS de las demás alternativas. Ligasure® es coste-efectivo en: hemicolectomía con un ICER de -2.780€/BS y laparotomía exploradora, con un ICER de -610,59€/BS. El ICER de colectomía fue 73,60€/BS, nefrectomía parcial 268,29€/BS, prostatectomía total 454,84€/BS, hepatectomía 527€/BS, cistectomía parcial y total 1.042,67€, Amputación abdomino-perineal de recto 3.003,45€/BS.

Conclusiones: Ligasure® no es una aproximación coste-efectiva para todos los procedimientos en los que se precisa el empleo de un termosellador.

P-23. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA EN ESPAÑA

C. Barrull, M. Massafrets, L. Planellas y N. Perulero

RWI, QuintilesIMS. Market Access Department, Boehringer Ingelheim.

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad de empagliflozina para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (CV) establecida frente a placebo (tratamiento estándar) en base al estudio EMPA-REG OUTCOMETM.

Métodos: Se adaptó un modelo de simulación individual (eventos discretos) al contexto sanitario español utilizando un enfoque de tiempo hasta el evento. Se estableció una cohorte de 7.020 pacientes con las características de los pacientes del estudio EMPA-REG OUTCOMETM. El modelo estimó los costes y resultados clínicos de empagliflozina y del tratamiento estándar prediciendo el número de eventos cardiovasculares y renales, los años de vida (AV), los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los costes totales en base a los resultados del estudio EMPA-REG OUTCOMETM. La perspectiva utilizada fue la del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el horizonte temporal fue de 10 años. Los costes (€ 2016) y los resultados en salud se descontaron al 3%. Se realizaron análisis de sensibilidad univariante y probabilístico para evaluar la robustez del modelo.

Resultados: Empagliflozina mostró una mejora de 0,44 AV y 0,29 AVAC y un ahorro de 389 € en costes totales frente al tratamiento estándar a lo largo del horizonte temporal, significando que es una opción dominante. Los análisis de sensibilidad confirmaron la robustez de los resultados.

Conclusiones: Empagliflozina ha demostrado ser una opción coste-efectiva para pacientes con DM2 con enfermedad cardiovascular establecida. Este resultado se debe a la importancia de reducir las tasas de mortalidad CV, que fueron estadísticamente significativas en el ensayo EMPA-REG OUTCOMETM.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Sesión de pósteres 2.1. Evaluación de las tecnologías sanitarias II

Miércoles, 6 de septiembre, 14:15-15:15

P-24. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LOS NUEVOS ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS PRASUGREL (EFIENT®) Y TICAGRELOR (BRILIQUE®) FRENTE A LA TERAPIA ESTÁNDAR CON CLOPIDOGREL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SOMETIDOS A INTERVENCIÓN

I. Talegón Albariño, J.M. Rodríguez Barrios, C. Crespo Palomo, J. García García, E. Gross Kasztanovits y J.A. Martín Conde

Daiichi Sankyo España. Daiichi Sankyo Europe GmbH. Departamento G.M. Estadística. Universidad de Barcelona. Aexitiva Solutions. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Servicio de Cardiología, Hospital Insular de Gran Canaria. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Objetivos: Estimar el impacto presupuestario (IP) de una mayor administración de prasugrel y ticagrelor frente a clopidogrel en el tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo sometidos a intervención coronaria percutánea en España.

Métodos: Se ha desarrollado un modelo de IP reflejando los costes (€2017) farmacológicos y de eventos clínicos (infarto agudo de miocardio, ictus, revascularización urgente de vaso tratado (RUVT) y hemorragias mayores/menores) a los 3 años. Los escenarios evaluados fueron 1) escenario actual, 2) incrementar prasugrel o 3) incrementar prasugrel/ticagrelor.

Resultados: El impacto total a los 3 años es 243 M€ para el escenario I, 257 M€ para el escenario II y 274 M€ para el escenario III, equivalente a incrementos del 5,73% y 12,72%, respectivamente. La mayor incorporación de prasugrel y ticagrelor implica una reducción de los eventos y el coste de los infartos de miocardio (-5,75M €; -6,36% escenario II vs I, -11,38M €; -12,58% escenario III vs I), ictus (-0,82 M€; -6,67% escenario II vs I, -0,79 M€; -6,40% escenario III vs I) y RUVT

(-4,76 M€; -8,52% escenario II vs I, -2,72 M€; -4,87% escenario III vs I). El incremento del coste por hemorragias es por la incorporación de ticagrelor, tal como se puede observar en el escenario III frente al escenario I y II.

Conclusiones: El mayor uso de prasugrel y ticagrelor reduce la tasa de eventos con un IP reducido. El coste por paciente con prasugrel es inferior al de ticagrelor por menor coste farmacológico y de eventos como RUVT, ictus y hemorragias.

P-25. COSTE DE LOS NUEVOS FÁRMACOS PARA EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO/METASTÁSICO

A. Ramón, N. Paladio y N. Malé

Boehringer Ingelheim España S.A.

Objetivos: Estimar el coste del tratamiento de un paciente con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado/metastásico después de quimioterapia previa con los nuevos tratamientos comercializados en España en el último año y medio.

Métodos: Cálculo del coste de nintedanib -triple inhibidor angioquinasa oral; nivolumab y pembrolizumab -anti-PD1 intravenosos- para CPNM avanzado/metastásico después de quimioterapia previa en base a: 1) Precio venta laboratorio (PVL) notificado a marzo 2017 (se aplica RD8/2010 e IVA); y 2) Tiempo medio de tratamiento de cada fármaco según los respectivos ensayos clínicos de registro. No se considera la optimización de viales ni el coste de administración. Se han realizado análisis de sensibilidad asumiendo que el precio de cada fármaco para el Sistema Nacional de Salud será previsiblemente más bajo.

Resultados: El coste estimado de 28 días de tratamiento con nintedanib es de 2.160€, con pembrolizumab de 6.860€ y con nivolumab de 6.580€. El coste estimado del tratamiento completo por paciente es de 12.600€; 40.700€, 41.500€ con nintedanib, pembrolizumab y nivolumab respectivamente. El coste incremental de pembrolizumab sería de 21.100€ (+223%) y el de nivolumab 28.900€ (+230%) ambos comparados con nintedanib. Los análisis de sensibilidad indicarían que el coste incremental entre tratamientos se mantendría en rangos similares.

Conclusiones: El coste del tratamiento de pacientes con CPNM avanzado/metastásico después de quimioterapia previa puede multiplicarse hasta por 3 veces según el fármaco elegido. La selección de tratamientos basados en el perfil de los pacientes asegura que estos reciben la mejor alternativa disponible y contribuye a un mejor uso de los recursos económicos.

P-26. COSTES DE LAS VISITAS A LOS SERVICIOS DE SALUD ASOCIADOS A LA ALIMENTACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

P. Moya, F. Escribano, R. del Pozo, E. Amo e I. Pardo

Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: La salud está fuerte e intrínsecamente relacionada con el estilo de vida, y en ambas variables, la alimentación juega un rol importante. A mayor edad aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud por lo que las personas mayores representan un colectivo especialmente sensible. Además, se hace evidente que las personas con peores estado de salud suponen mayores costes sanitarios. Con estas premisas, el objetivo del presente trabajo es valorar el coste de las visitas al médico de familia, especialista y urgencias derivadas de que las personas mayores no tengan unos hábitos alimentarios saludables.

Métodos: Se utilizó la Encuesta Europea de Salud en España para el año 2014 y mediante la técnica Propensity Score Matching, consistente en asignar sujetos a dos grupos en base a una variable sobre la que se buscan diferencias y un conjunto de covariables de ajuste, se generó una muestra que simula a la obtenida en un ensayo clínico y permite ver diferencias en un conjunto de sujetos que no están aleatorizados.

Resultados: Observamos asociación estadísticamente significativa entre el número de visitas a urgencias y no cumplir con unos criterios de alimentación saludable. Estimamos que aproximadamente un 5,6% del coste total de visitas a urgencias de los mayores españoles (731M€) podrían ser debidos a la alimentación no saludable.

Conclusiones: Es importante plantear en las agendas de los gestores y políticos las posibles intervenciones de prevención de alimentación no saludable e inactividad física que permitirían ahorrar enormes costes en atención sanitaria.

P-27. SITUACIÓN ACTUAL DE LA ACCESIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN ESPAÑA

M. Iniesta, N. Zetchi, N. López, M. Cuesta y M. Brosa

AELMHU (Asociación Española de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos). Oblikue Consulting S.L.

Objetivos: El objetivo es evaluar el descenso del acceso al mercado de los medicamentos huérfanos (MMHH) en España y analizar el impacto económico que supondría la comercialización de algunos MMHH sobre el gasto sanitario.

Métodos: Se han analizado datos de los MMHH autorizados en la Unión Europea (UE) y financiados en España en los periodos 2002-2012 y 2012-2015. Además, se ha realizado un análisis de 15 MMHH no oncológicos pendientes de precio y financiación (P&R) en España. Los datos presentados proceden de páginas web públicas y datos internos de AELMHU.

Resultados: En España han obtenido P&R tres veces menos MMHH en los últimos 4 años, se ha cuadruplicado el número de MMHH no financiados y quintuplicado el número de MMHH pendientes de P&R. Los 15 MMHH de patologías no oncológicas evaluados tienen código nacional de la AEMPS pero todavía se encuentran en proceso de P&R, mientras algunos ya han sido comercializados en otros países europeos. El acceso a estos 15 MMHH posibilitaría, en 3 años, el tratamiento de aproximadamente 3.000 pacientes. El impacto económico asociado dentro del gasto farmacéutico hospitalario actual, y del gasto sanitario global español, sería limitado.

Conclusiones: El acceso al mercado de los MMHH ha descendido en los últimos años. A España llegan un 25% de MMHH menos y se comercializan un 46% de MMHH menos que en la UE. La comercialización de los 15 MMHH analizados en proceso de P&R en España tendría un impacto presupuestario limitado y permitiría a los pacientes el acceso al tratamiento.

P-28. COSTE-EFICACIA DEL CIMAVAX-EGF® EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS

O. Torres Gemeil, I. Fernández Hernández, A. Suárez Jiménez, R. Lima Martínez, E. Neninger Vinageras y Y. Saumell Nápoles

Centro de Inmunología Molecular, Cuba.

El cáncer de pulmón está entre las primeras causas de muerte en Cuba. El objetivo fue determinar el costo eficacia (CE) de la vacuna terapéutica contra el cáncer de pulmón CIMAVax-EGF®, en pacientes incluidos en un ensayo clínico (EC). La eficacia clínica se determinó

retrospectivamente, a partir de la base de datos (BD) de 405 pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas, incluidos en el EC fase III, controlado, aleatorizado en vacunados y no vacunados, con ese EC se obtuvo el Registro Sanitario cubano de CIMAvax-EGF®. Previo a la inclusión los pacientes recibieron el tratamiento oncoespecífico definido en la Norma Cubana. Los costos totales se determinaron de las fichas y BD del Sistema de Costos del Hospital Hermanos Ameijeiras. El gasto en CIMAvax-EGF® fue 2.386,45 pesos/paciente para 12,43 meses de tiempo medio de supervivencia (TMS). En quimioterapia fue 228,36 pesos para 9,43 meses. La tasa de SV de los vacunados alcanzó el 14% de pacientes vivos a los 84 meses, en los no vacunados fue cero. La toxicidad por la vacunación ha sido clasificada en ligera y moderada, sin eventos adversos graves. Un hallazgo adicional en los vacunados fue que con alta concentración de EGF sérico tuvieron 14,66 meses de TMS. La vacuna CIMAvax-EGF® es un tratamiento de alto costo, bien tolerada que incrementa el TMS de los que la reciben, a corto plazo y más aun a largo plazo con alta concentración de EGF sérico.

P-29. COSTE DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO EN EL TRATAMIENTO CON PREGABALINA O GABAPENTINA A DOSIS TERAPÉUTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

A. Sicras Mainar, J. Rojas Gutiérrez, M. Pérez Paramo y R. Navarro-Artieda

Fundación Rediss (Red de Investigación en Servicios Sanitarios). Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Pfizer SLU. Departamento Médico, Pfizer GEP SLU. Documentación Médica, Hospital Germans Trias i Pujol.

Objetivos: Analizar el coste del tratamiento del dolor neuropático periférico (DNp) con pregabalina o gabapentina a dosis terapéuticas en práctica clínica habitual.

Métodos: Análisis post-hoc de un estudio observacional-retrospectivo con registros médicos electrónicos de pacientes seguidos en atención primaria. Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con pregabalina (150 mg) o gabapentina (900 mg) para el DNp durante los años 2008-2012, y fueron seguidos durante dos años. Se midió comorbilidad, tipo de DNp, medicación, uso de recursos y costes sanitarios y no-sanitarios (año 2015).

Resultados: se analizaron 923 pacientes (pregabalina; N = 711, gabapentina; N = 212). La edad media fue de 59,4 años y el 62,3% mujeres. La duración del tratamiento fue menor con pregabalina que con gabapentina (5,8 vs 5,4 meses; $p = 0,423$), con dosis medias de 238,8 (180,1) mg y 1.210,8 (409,6) mg, respectivamente. El promedio del coste/paciente de la medicación antiepiléptica fue ligeramente mayor para pregabalina que para gabapentina; 229,2 vs 224,2 EUR, $p = 0,762$, aunque el coste de medicación analgésica concomitante fue inferior; 184,1 (279,0) vs 386,2 (603,9), $p < 0,001$. El coste total promedio/paciente corregido fue inferior en los tratados con pregabalina que con gabapentina; 2.464€ (2.197-2.730) vs 3.142€ (2.670-3.614), $p = 0,014$; debido principalmente a los costes sanitarios significativamente inferiores; 1.333€ (1.274-1.392) vs 1.636€ (1.530-1.741), $p < 0,001$, y en menor proporción no-sanitarios; 1.130€ (874-1.387) vs 1.507€ (1.051-1.961), $p = 0,159$. Por los diferentes tipos de DNp también se mostraron estas diferencias.

Conclusiones: A dosis terapéuticas, pregabalina muestra menores costes sanitarios y no-sanitarios que gabapentina en el tratamiento del DNp en práctica clínica habitual.

Sesión de pósters 2.2. Valoración de los estados de salud

Miércoles, 6 de septiembre, 14:15-15:15

P-30. COMPARACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS DE SALUD EQ5D, SF6D E ÍNDICE DE DISCAPACIDAD DE OSWESTRY EN PACIENTES CON HERNIA DISCAL LUMBAR

C. Selva Sevilla, M. Gerónimo Pardo y P. Ferrara

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivos: Evaluar las propiedades psicométricas de cuestionarios de salud EQ5D, SF6D e Índice de Discapacidad de Oswestry (ODI).

Métodos: Complimentación de EQ5D, SF36 y ODI para 275 pacientes intervenidos de hernia discal lumbar entre 2007 y 2010. Cálculo de utilidades EQ5D y SF6D, según tarifas españolas. Estimación de utilidades calculadas a partir de ODI asimilables a las utilidades EQ5D (EQ5D-ODI) y SF6D (SF6D-ODI), según algoritmos publicados. Validación convergente mediante coeficientes de correlación rho de Spearman inter-utilidades e inter-dimensiones de los cuestionarios. Validación por grupos conocidos según nivel de dolor de espalda (leve/moderado/intenso) y según recidiva de hernia discal (Sí/No). Concordancia entre cuestionarios según test de Bland-Altman. Evaluación de efectos techo y suelo.

Resultados: Utilidad mediana de EQ5D (1,00) significativamente superior ($p < 0,001$) a utilidades de SF6D (0,84), EQ5D-ODI (0,86), y SF6D-ODI (0,73). Correlación inter-utilidades (rho de Spearman): EQ5D/SF6D: 0,79; EQ5D/EQ5D-ODI: 0,82; SF6D/SF6D-ODI: 0,79 (todos $p < 0,001$). Correlación inter-dimensiones: utilidad EQ5D muy correlacionada con todas las dimensiones de la SF6D. Utilidad SF6D muy correlacionada únicamente con la dimensión Dolor/Malestar de la EQ5D (todos $p < 0,001$). Grupos conocidos: en todas las encuestas mayor utilidad en dolor "leve" que en "intenso" ($p < 0,001$), y en "No recidivados" que en "Sí recidivados" ($p < 0,001$). Efecto suelo: presente en todas las dimensiones de los cuestionarios; mayor en EQ5D. Efecto techo: no presente en ninguna dimensión. Bland-Altman: no concordancia entre utilidades derivadas de las tres encuestas.

Conclusiones: EQ5D, SF6D y ODI son cuestionarios válidos para medir calidad de vida en estos pacientes, pero no son intercambiables para análisis coste-utilidad.

P-31. EFECTO DE LA CLASE SOCIAL Y LA OBESIDAD EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

A. Arrospide, M. Machón, J.M. Ramos Goñi, O. Ibarrodo, M. Soto Gordo, I. Larrañaga y J. Mar

Unidad de Investigación AP-OSIs Gipuzkoa, OSI Alto Deba. Instituto de Investigación Sanitaria Biodonostia. Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Objetivos: Estudiar en la población española adulta el efecto de la clase social y la obesidad en la calidad de vida relacionada con la salud medida con el EQ-5D-5L.

Métodos: Se analizaron los datos de la encuesta nacional de salud realizada en el 2011 realizada a 21.077 personas. La clase social, recogida en la encuesta fue reclasificada en tres niveles y fueron considerados obesos aquellos con índice de masa corporal > 30 . Para el

cálculo de utilidades se aplicó el nuevo algoritmo basado en preferencias de la población española. Se calculó la utilidad media y su desviación estándar para la población general así como las subpoblaciones en base a su clase social y su condición de obeso. Finalmente, mediante una regresión lineal generalizada en dos etapas se evaluó el efecto conjunto de la edad, sexo, clase social, obesidad y sus interacciones.

Resultados: El 81,4% de los encuestados eran de clase social media o baja y el 19,0% eran obesos. La población encuestada tenía una utilidad media de 0,90. La utilidad media para aquellos en clase social baja era 0,88 y 0,86 para las personas obesas. El mayor impacto de la obesidad se da en mujeres mayores de clase social baja.

Conclusiones: Las mujeres mayores de clase social baja tiene mayor prevalencia de obesidad y además el impacto en la calidad de vida de la obesidad es también mayor. Esta debería ser la población diana de las intervenciones dirigidas a reducir la obesidad para tener mayor efectividad.

P-32. BAREMOS NORMATIVOS DE LOS VALORES DE UTILIDAD DE LA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA

F. Albertos, M. Coca y J. Rejas-Gutiérrez

Departamento de Relaciones Institucionales y Acceso al Mercado, Pfizer SLU. Departamento Médico, Roche España. Departamento de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Pfizer SLU.

Objetivos: Construir los baremos normativos de los valores de utilidad y estado de salud representativos para la población española.

Métodos: Se utilizan los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/2012 disponibles en el sitio web del MSSSI (<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>), que incluye la versión extendida del cuestionario EQ-5D-5L. Las tarifas o valores sociales (utilidades) se derivan a partir de las respuestas utilizando el algoritmo de conversión de las tarifas del EQ-5D-3L al nuevo sistema descriptivo del EQ-5D-5L, desarrollado por el grupo EuroQoL para distintos países, incluido España. Una vez calculadas las tarifas, se construyen los baremos normativos, identificando 7 grupos de edad (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 y 75 años), para ambos sexos de manera conjunta y separados por género. Se calcularon el valor medio, la desviación típica y los percentiles 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50, 60, 70, 75, 80, 90 y 95 utilizando SPSS v.19., basándonos en la metodología más comúnmente utilizada por otros autores al revisar la literatura relacionada.

Resultados: Se construyeron un total de 44 baremos normativos para el valor de utilidad y estados de salud para 16 grupos de población diferentes, según sexo y distribuidos en 7 estratos de edad, dada la asociación estadísticamente significativa observada con la edad y el género.

Conclusiones: Este trabajo pone a disposición de los investigadores y decisores sanitarios los baremos normativos de utilidad de la población española, general y con diferentes comorbilidades.

P-33. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON EPOC

Á. Hidalgo Vega y E. López Gabaldón

Universidad de Castilla-La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estudiar el impacto en la CVRS el empeoramiento clínico de la EPOC.

Métodos: Estudio observacional, recogida de datos prospectiva en consulta de pacientes con EPOC. Recogimos variables clínicas y administramos el cuestionario específico Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) y el COPD Assessment test (CAT). Analizamos la gravedad de la enfermedad a través del BODE y se construyó la clasificación por fenotipos según la GesEPOC. Analizamos la correlación entre SGRQ y CAT y estudiamos la relación de la CVRS y la gravedad de la enfermedad según el BODE y el CAT.

Resultados: Se recogieron datos de 167 pacientes, el 37% mayores de 65 años y 88,6% hombres. La puntuación total del SGRQ fue de 57,57 (20,49), 63,99 (18,70) en síntomas, 75,18 (21,60) en actividad y 45,61 (23,88) en impacto. Se observó correlación estadísticamente significativa entre la puntuación total del SGRQ y el CAT $r = 0,8$ ($p < 0,001$). Entre el SGRQ y el índice BODE se observó una correlación débil en la dimensión síntomas ($r = 0,27$ $p < 0,001$) y moderada en el resto de dimensiones ($r = 0,54$ en actividad, $r = 0,59$ en impacto y $r = 0,58$ con la puntuación total; $p < 0,001$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del SGRQ de para los fenotipos GesEPOC, 46,67 (18,88) en no agudizador, 58,19 (22,93) en mixto, 67,23 (18,17) agudizador con efisema y 59,4 (17,70) agudizador con bronquitis.

Conclusiones: La CVRS está relacionada con la gravedad de la enfermedad por lo que podría ser empleada como predictor de gasto sanitario.

P-34. HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND DIABETES AMONG THE ELDERLY: THE KEY ROLE OF CLINICAL COMPLICATIONS AND FRAILTY

B. Rodríguez Sánchez

Department of Economics, Econometrics and Finance, University of Groningen, The Netherlands.

Objectives: To analyse the impact of chronic conditions, frailty and their joint effect on Health-related Quality of Life (HRQoL) in people with and without diabetes.

Methods: Data from 2,955 individuals (> 65 years) from the Toledo Study of Healthy Ageing (TSHA), 595 with diabetes, are collected along two waves of the survey. Diabetes and complications (ulcer, chronic lung disease, asthma, cancer, hypertension, nephropathy, retinopathy, heart attack, peripheral arterial disease and stroke) are self-reported and checked with medical records and drugs use. Frailty is measured using the Fried criteria (weakness, low speed, low physical activity, exhaustion and weight loss). HRQoL is measured through self-administered EQ-5D-3L questionnaire. Fixed-effects linear regression models are run.

Results: Lower HRQoL in people with diabetes is related to nephropathy (-0.23 EQ-5D points; $p < 0,05$), retinopathy (-0.13 points; $p < 0,05$) and heart attack (-0.12 points; $p < 0,10$). In people without diabetes, lower HRQoL is associated with frailty (-0.19 points; $p < 0,01$) and pre-frailty (-0.06 points; $p < 0,01$). Regarding joint effects of complications, in those having diabetes, the pairs heart attack-frailty (-0.37 points; $p < 0,10$), heart attack-pre-frailty (-0.35 points; $p < 0,10$) and hypertension-frailty (-0.30 points; $p < 0,10$) reduce HRQoL the most. In those without diabetes, heart attack-frailty (-0.25 points; $p < 0,10$) and hypertension-heart attack (-0.13 points; $p < 0,05$) reduce HRQoL the most.

Conclusions: Diabetes modifies how chronic diseases and frailty affect quality of life. Diabetes changes both which complications reduce HRQoL and their magnitude, showing greater impact in people with diabetes. Vascular diseases together with frailty seem to bear the greatest burden in reducing quality of life.

Sesión de pósteres 2.3. Economic evaluation of healthcare technologies III

Miércoles, 6 de septiembre, 14:15-15:15

P-35. COST-EFFECTIVENESS OF RUXOLITINIB VS. BEST AVAILABLE THERAPY IN THE TREATMENT OF MYELOFIBROSIS IN SPAIN

M.T. Gómez Casares, J.C. Hernández Boluda, A. Jiménez Velasco, J. Martínez López, M.G. Ferrario, I. Gozalbo, J. Gostkorzewicz and R. Subira

Dr. Negrín University Hospital. Clínic University Hospital. Department of Hematology and Hemotherapy, Regional University Hospital of Málaga. Department of Hematology, 12 de Octubre Hospital. Outcomes'10. Novartis Oncology.

Introduction: Ruxolitinib is the first JAK1/JAK2 inhibitor approved for the treatment of disease-related splenomegaly or symptoms in patients with myelofibrosis (MF), a rare Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasm. We aim to assess the cost effectiveness of ruxolitinib vs best available therapy (BAT) in MF patients in Spain.

Methods: A Markov model was adapted to the Spanish setting, assessing the cost-effectiveness of ruxolitinib vs BAT on a lifetime horizon (≥ 15 years) from the societal perspective, while healthcare system perspective was included in the one-way sensitivity analysis. The population profile, BAT drug composition, and efficacy data were derived from the COMFORT-II clinical trial (CT) (ruxolitinib vs BAT), while utilities were derived from the COMFORT-I CT (ruxolitinib vs placebo). Costs included treatment, management, hospitalizations, emergency and outpatient visits, as well as adverse events, end-of-life costs and productivity loss. BAT treatment composition and resource use were validated by Spanish experts and costs were extracted from Spanish sources (€, 2016). A Probabilistic sensitivity analysis was performed to assess the robustness of the results.

Results: Patients on ruxolitinib accumulated 6.1 life years gained (LYGs) compared to 3.5 LYGs with BAT. Ruxolitinib provided double quality-adjusted life years (QALYs) vs BAT (4.4 vs 2.2 QALYs). The incremental cost-effectiveness ratio (ICER) was €47,119/LYG, and the incremental cost-utility ratio (ICUR) was €55,616/QALY from the societal perspective.

Conclusions: Ruxolitinib would be cost-effective in Spain according to the end-of-life criteria defined by the NICE and commonly referred for Spain (€61,500/QALY), in line with results for other European countries.

P-36. REGIONAL VERSUS CENTRALISED HTA: IMPLICATIONS FOR THE ASSESSMENT OF CANCER DRUGS

B. Corbacho, M. Drummond, E. Jones, J. Borrás, R. Santos, J. Mestre, J. Espín and J. Expósito

University of York.

Different jurisdictions organize their health technology assessment (HTA) capacity in different ways. The aim of this project is to compare assessment procedures in England with Spain and discuss key challenges and opportunities that arise from both approaches, with a particular attention on what type of HTA approaches are more likely to be followed in practice. We conducted a comparative analysis of the assessments of the same cancer drugs in the two jurisdictions from 2000 to 2014. The challenges and opportunities are framed in the context of a case study that explored drug usage for a selection of anticancer drugs in England and Catalonia between 2011 and 2015. We found

that the complex organisation of HTA system in Spain made the assessments difficult to compare. A transparent and explicit analytic framework is in place in England and only at a regional level in Spain, where NICE cost-effectiveness appraisals are used as a reference at regional level. We found that the England approach is more consistent and organised, and prescribing is limited by the guidance given by NICE. In Spain despite the effort to improve efficiency and coordination through the Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT), a coordinated debate would help to avoid overlapping of functions between central and regional levels and a delay in access for patients.

P-37. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF NEW DIAGNOSTIC TOOLS FOR CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN AFGHANISTAN

C. Aerts and E. Sicuri

Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).

Although not fatal, cutaneous leishmaniasis is responsible for chronic and disfiguring skin lesions resulting in morbidity and social stigma. The current diagnostic tools for CL – microscopy and molecular techniques (e.g. PCR) – present associated drawbacks which inhibit their use as routine diagnostics in endemic countries. There is a crucial need for diagnostic tools that are highly accurate, easy to use, field-amenable and inexpensive in order to (i) lower the risk of relapses; (ii) accelerate the healing of the skin; (iii) decrease local morbidity; and (iv) diminish the reservoir of infection in given geographic areas. The objective of this study is to evaluate the cost-effectiveness of two new diagnostic tools: Loopamp Leishmania Detection Kit (LAMP) and CL Detect Rapid Test (RDT), using a combination of microscopy and PCR as a reference. Data were collected at the National Malaria and Leishmaniasis Control Program (NMLCP) health facility in Afghanistan through tailor-made questionnaires. The natural history of CL was represented through a Markov model, designed in TreeAge. Probabilistic analyses were run to account for parameters' uncertainty. Under the conservative approach (only one test is done at a time with the LAMP), preliminary results from Monte Carlo simulations suggest a domination of the RDT over the LAMP. The RDT has an associated cost of \$68 USD [95%CI: 64.16, 72.26] and an effectiveness of 192 [95%CI: 189.11, 196.84] DALYs, whereas the LAMP has an associated cost of \$89 USD [95%CI: 82.98, 94.67] and an effectiveness of 194 [95%CI: 190.22, 198.06] DALYs.

P-38. A COMPREHENSIVE DATABASE ON DRUG ASSESSMENTS AND HTAS IN SPAIN. AN APPLICATION IN PSORIATIC DISEASE

N. Sáez, M. Ascanio and J. Darbà

BCN HEALTH. Universitat de Barcelona.

Objectives: To provide a database that offers an overview of the evaluation of new medicines in Spain and summarizes recommendations on the use of these drugs in a specific medical area.

Methods: The database analyzes the national therapeutic positioning reports and the drug assessments from primary healthcare centres and hospitals for different diseases. Information on efficacy, safety and economic parameters of these drugs were collected and analyzed in order to determine their therapeutic positioning given a clinical indication. The database also evaluates the current treatment algorithms according to clinical guidelines and protocols. As an example, a drug review was conducted to identify the added therapeutic value of different drugs prescribed in psoriasis.

Results: Biologic therapies demonstrated to be effective as second-line options in moderate to severe psoriasis, after conventional systemic treatments. Biologic drugs were considered equivalent ther-

apeutic alternatives and their selection should be based on the minor cost per treatment. Criteria for evaluation of response and the available therapeutic options in case of non-response were provided. New assessments should assess efficacy and safety in the long term, including quality of life parameters. More direct evidence of clinical benefit is also required in pediatric and young population.

Conclusions: This database on drug assessments has shown to be an effective tool to evaluate the outcome measures of new drugs, providing key criteria for future drug assessments that will enhance the successful market access of a new drug.

P-39. ECONOMIC EVALUATION OF COLLAGENASE VERSUS FASCIOTOMY FOR DUPUYTREN'S CONTRACTURE IN SPAIN

D. Gómez Herrero, R. Sanjuán Cerveró, F.J. Carrera Hueso, M.A. Ramón Barrios and C. Crespo Palomo

Servicio de Farmacia. Hospital 9 de Octubre. Traumatología, Hospital de Denia. Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Moliner. Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Moliner. Departamento G.M. Estadística, Universidad de Barcelona. Axentiva Solutions.

Introduction: The objective of this analysis was to assess the cost effectiveness of partial fasciectomy against one administration of collagenase Clostridium histolyticum (CCH) in Dupuytren's contracture patients.

Methods: Incremental cost-utility ratios (ICU) was calculated based on a case-control study (CCH vs partial fasciectomy) and extrapolated to a 20-year time horizon, adjusted by age and sex. For partial fasciectomy group, recurrences rate were in 47% of patients at four years and for CCH group were 20% for year two, 35% for year three, 42% for year three, and 47% for year five. The costs (€2017) were obtained from de Analytic Accountancy Department and the Hospital Pharmacy Service. Cost and effect was both discounted (3%). Uncertainty was characterised by one-way and probabilistic sensitivity analyses by bootstrap sampling.

Results: The average cost per patient in the CCH group was of 1,168.19€ (CI95%: 1,131.63 to 1,204.74€) and 1,228.72€ (95%CI: 1,217.60 to 1,239.84€) for fasciectomy group. At final follow-up and at 20-years' time horizon, we find negligible differences between the average utilities in both groups (0.9892 and 0.9900 for fasciectomy and CCH respectively). After 20 years, the maximum saving was 38,148.08€ per QALY gained. The most influential variable is the acquisition cost of collagenase. If threshold decision is 20,000 or 30,000€/QALY, the probability to choose CCH versus partial fasciectomy at finish follow-up is over 50%.

Conclusions: CCH is a cost-effective alternative in the short and medium term, to treat Dupuytren's contracture in comparison to partial fasciectomy, considering patients' life expectancy.

Sesión de pósteres 2.4. Utilización de los servicios sanitarios y equidad

Miércoles, 6 de septiembre, 14:15-15:15

P-40. PERFIL DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA EN URUGUAY

M. Buglioli y F. Cavalieri

Departamento de Medicina Preventiva y Social.

Objetivos: Describir y analizar la aplicación de una metodología estructurada y reproducible, que permita caracterizar exhaustiva-

mente la especialidad de anestesiología, como insumo para la toma de decisiones en planificación de Recursos Humanos.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo basado en el estudio "The Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients. The duties, responsibilities and practice of physicians in medicine. 2011". Se elaboró un cuestionario adaptado al contexto del Sistema de Salud Uruguayo. El mismo incluye siete secciones principales; seguidas de requisitos de recursos humanos para mejorar los estándares de calidad. Se consulta a expertos y/o informantes calificados, procedentes de la Academia. Se sistematizó la información obtenida en un documento de consenso.

Resultados: Se obtienen resultados sobre: Descripción de la especialidad; Organización del servicio y patrones de referencia; Asistencia y atención centrada en el paciente; Enlaces interdisciplinarios; Requisitos de servicios de alta calidad; Trabajo clínico; Oportunidades para la atención integral; Requisitos de recursos humanos de la especialidad; Programas de trabajo, y Puntos claves para los tomadores de decisiones.

Conclusiones: La ventaja de este enfoque es proporcionar información integral de las especialidades para diferentes usos: Planificación macro y meso de Recursos Humanos, Actualización de Programas de formación curricular y Educación continua, identificar en forma oportuna los cambios en tecnología médica, así como el efecto sustitución entre diferentes perfiles profesionales y su potencial impacto en la eficiencia de producción de servicios.

P-41. EL SUICIDIO Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO Y EL ÍNDICE DEL PLANETA FELIZ. ¿PARADOJA O REALIDAD?

J.R. Vargas, A. Mora Peralta y Y. Xirinachs Salazar

Universidad de Costa Rica.

El objetivo del estudio es analizar cómo los factores económicos del país pueden afectar las tasas de suicidio y cómo la felicidad podría afectar dicha tasa, con el fin de evaluar, a nivel país, la relación propuesta por Brenner entre nivel de ingreso y suicidios en primera instancia y adicionalmente la relación entre felicidad y suicidios. Se utiliza una base de datos con 41 países para los años 2006, 2009 y 2012, incluye PIB per cápita, tasa bruta de suicidios, paridad de poder de compra y el índice del planeta feliz. Se utilizan dos modelos de regresión lineal, uno de corte transversal y otro tipo panel considerando efectos fijos. Los resultados muestran que la relación entre suicidio, felicidad e ingreso (PIB) es compleja. En el caso de la relación entre suicidio y felicidad, según la plantean Oswald y otros, no se cumple cuando se consideran los países de forma independiente; sin embargo, cuando se segmentan los países considerando si las personas se sienten más o menos felices que la media del país, parece cumplirse. Es decir se explica, no por las personas que se reportan más felices, si no por aquellas personas infelices que viven en estas sociedades y que sienten un peso mucho mayor de su condición. Estos resultados muestran un nuevo enfoque en el estudio, utilizando una variable conjunta.

P-42. LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN EL SISTEMA PÚBLICO ESPAÑOL TRAS EL REAL DECRETO 16/2012

S. Rodríguez Feijoó, B. González López-Valcárcel y A. Rodríguez Caro

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El RD 16/2012 modifica la regulación de la parte del precio de los medicamentos que debe ser abonada por el usuario con receta del Sistema Nacional de Salud (SNS). Los factores

fundamentales son la situación laboral, el nivel de renta y la necesidad de tratamientos crónicos. El objetivo es estudiar si estos factores permiten el acceso a la prestación farmacéutica a los usuarios se encuentren en las mismas condiciones, al margen de su situación económica, laboral y/o de salud.

Métodos: Para contestar dicha pregunta se usará la información suministrada por El Barómetro Sanitario para los años 2013 a 2015. Se llevó a cabo la modelización de la función logística de la probabilidad de tener problemas para adquirir los medicamentos recetados por la sanidad pública.

Resultados y conclusiones: Los resultados de nuestras estimaciones son concluyentes en el sentido de que la renta es un factor importante en la probabilidad de que los ciudadanos puedan acceder a los medicamentos y, por tanto, en la equidad del sistema de copagos. También muestra un efecto diferencial de los pensionistas con respecto al resto de situaciones laborales en el sentido de que a igualdad de condiciones de renta y uso del sistema público sanitario, un pensionista tiene menos probabilidades de no poder comprar sus medicamentos que una persona en cualquier otra situación laboral. Un factor que no tiene en cuenta el actual sistema de copago farmacéutico, y que nuestras estimaciones muestran como relevante, es la intensidad del uso del sistema.

P-43. CARGA ASISTENCIAL EN VISITAS MÉDICAS Y BAREMOS NORMATIVOS DE UTILIDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

F. Albertos, M. Coca y J. Rejas

Departamento de Relaciones Institucionales y Acceso al Mercado, Pfizer SLU. Departamento Médico, Roche España. Departamento de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Pfizer SLU.

Objetivos: Estimar la carga asistencial en visitas médicas a partir de su posición en los baremos normativos de utilidad de la población general española.

Métodos: Se utilizó la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) de 2011/2012 que incluye las repuestas al cuestionario EQ-5D-5L para construir los baremos normativos de la tarifa social (utilidades) de este cuestionario para la población española. La carga asistencial de visitas médicas se derivó a partir de la misma ENSE, mediante extrapolación anual de las repuestas de los encuestados. Se utilizaron modelos de regresión multivariante para ajustar algoritmos explicativos de la carga asistencial en atención primaria y especializada a partir del valor de utilidad, edad y número de comorbilidades declaradas, tanto para hombres como para mujeres por separado.

Resultados: Se han construido mapas de carga asistencial de visitas médicas en atención primaria (medicina de familia) y especializada en función del valor de utilidad en el EQ-5D-5L, estrato de edad y número de comorbilidades, de forma separada por género. El número anual de visitas al médico de familia o al especialista aumenta con la edad, número de comorbilidades y deterioro del valor de utilidad, tanto en hombres como en mujeres.

Conclusiones: Este trabajo puede ser de gran utilidad para clínicos y decisores sanitarios, ya que puede suponer una herramienta de ayuda en su práctica clínica habitual o en la planificación sanitaria a la hora de la toma de decisiones de asignación de recursos en salud.

P-44. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS SEGÚN MORBILIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

V. Caballer, S. González, L. Buigues y P. Revuelta

Universitat Politècnica de València. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunitat Valenciana.

Objetivos: Analizar la distribución de la población diabética según la clasificación de los Clinical Risk Groups (CRG) y el consumo de medicamentos antidiabéticos.

Métodos: En este estudio se ha utilizado la información sobre prescripción electrónica de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunitat Valenciana (SIA-GAIA). Además, también se ha contado con la información relativa al Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP-cv) según CRG de la Comunitat Valenciana en el año 2014 (4,714,814 pacientes adscritos al sistema sanitario público valenciano).

Resultados: A través de las bases de datos se identificó a 302.299 pacientes diabéticos, de los cuales, el 70% presentaron una enfermedad crónica adicional. El 55% de la población con diagnóstico de diabetes fue clasificada en el Estado de Salud 6, "Dos enfermedades crónicas dominantes". Por lo que respecta al consumo de medicamentos, el 44% de la población con diabetes mellitus tipo 2 se trató con fármacos pertenecientes al grupo de Combinaciones de drogas hipoglucemiantes orales (código ATC A10BD). Los tratamientos que generaron un mayor gasto fueron las combinaciones de metformina en asociación con sitagliptina, metformina asociada a vildagliptina y sitagliptina, que representaron el 22%, el 19% y el 7%, respectivamente, del gasto farmacéutico ambulatorio de esta cohorte. En cuanto a utilización, el principio activo más consumido fue la metformina, con la que se trató al 48% de esta población.

Conclusiones: Este estudio permite conocer las características en cuanto a la morbilidad de la población diabética e identificar patrones de consumo de medicamentos.

MESAS DE COMUNICACIONES

MESA DE COMUNICACIONES I

Inequalities in health and equity in health care

Miércoles, 6 de septiembre, 15:15-16:45

O-01. DOES EQUITY IN ELDERLY ACCESS TO HEALTH CARE REALLY EXIST IN SPAIN? A PROPOSAL OF SOCIOECONOMIC INDICATORS FOR INACTIVE POPULATION AND THEIR INFLUENCE IN POST-CRISIS ACCESS TO HEALTH CARE BY SPANISH ELDERS

V. Colás Barriobero, A. Lázaro and B. Simón

Universidad de Zaragoza.

The purpose of this work is to analyse access to health care for elderly population from an equity perspective. Elders constitute the most intensive health care consumers due to frailty associated with the ageing process. Proper access to health care is then a major concern regarding their quality of life. On top of that, research about intra-group inequalities among the aged and how they affect their access to basic services is still lacking. The goal of this research is to help filling that gap. The greatest challenge this work encounters is proper measurement of socio-economic status for inactive population in the context of health economics. Too often socio-economic status measures designed for working-age and working population are applied to inactive or retired population. That strategy doesn't

provide an accurate picture of actual socio-economic status of the elders. Hence, this research proposes alternative indicators such as personal, family and area deprivation indexes, social and professional position of the children, and some others. Results obtained with these new indicators will be compared with those obtained with classical socio-economic measures. The data are obtained from the latest wave of SHARE-project database (2012), giving a post-crisis perspective. The analysis is performed using Ordered Probit models for dependent variables that allow frequency discrimination and Simple Probit models for the rest. It is expected to find some level of discrimination in access to health care services driven by the proposed socio-economic status indicators as well as by some of the classic indicators, specially education.

O-02. MAKING A CASE FOR THE STANDARDISATION OF UNMET HEALTH CARE NEEDS

Ó. Lourenço, C. Quintal, M. Antunes and L. Moura Ramos

Centre for Business and Economics Research (CeBER).

Objectives: Self-reported unmet health care needs have been used to evaluate equity of access. While previous studies estimated unmet need prevalence for the whole population, we claim that the meaningful prevalence should consider only those who actually needed care because is for this population that the health system must respond. Moreover, the socioeconomic characteristics of the population might determine the propensity to recognize unmet needs. Thus, for comparison across countries some standardization (by utilization, sex, education and income) has to be performed.

Methods: We used data from European Social Survey (2014) allowing estimating the crude prevalence of unmet need, within the population who needed medical care. To compare prevalence across countries we use one-way analysis-of-variance. In addition, we adopt methods from the epidemiologic literature to obtain direct standardized prevalence estimates.

Results: Both estimates (using all population or population with need) show Netherlands with the lowest incidence and Poland with the highest, but different increases in prevalence are found (Israel shows an increase of 6 pp above the average). When standardized for population structure, some countries perform relatively worst (Czech Republic falls 3 positions) and others relatively better (Ireland and Norway increase their relative performance by 2 positions).

Conclusions: Despite the universal coverage provided by European health systems a high prevalence of unmet needs still persists, presenting a high variation across countries. Despite questionnaires focusing on supply side barriers some nuances due to population structure were found; standardizing unmet needs by need provides a fairer comparisons across countries.

C-03. SOCIAL CAPITAL AND UNMET HEALTHCARE NEEDS IN EUROPE: AN ANALYSIS BASED ON EUROPEAN SOCIAL SURVEY DATA

C. Quintal, Ó. Lourenço, L. Moura Ramos and M. Antunes

Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, CeBER e CEISUC.

Objectives: Social capital has increasingly been used in economic analyses. It can be seen as factors that, through membership in social networks, affect individuals' ability to cope and access resources and information. It might therefore influence access to health care. This study aims to bring the concept of social capital into the analysis of determinants of unmet healthcare needs in Europe.

Methods: Data come from European Social Survey (2014)-31,698 observations. The analysis includes variables associated with social capital among others such as sociodemographic and health-related variables. A Heckman probit model with sample selection is adopted. Differently from previous studies, we estimate the probability of existing unmet needs conditional on the probability of needing health-care is positive.

Results: The results (estimated average marginal effects and p-value in brackets) suggest that 'socially meeting with friends frequently' (-0.0209;0.009), 'trust in the legal system and in the police' (-0.0029;0.073) and regarding other people as helpful (-0.0049;0.013) reduce probability of unmet needs. Lower probability was also obtained for: higher subjective income, satisfaction with health system (-0.0147;0.000), being older, male, retired, disabled, student and housewife. Belonging to discriminated or minority group (0.0346; 0.006) and taking care of others few hours/week positively affect probability of unmet needs. Also, the probability of unmet needs is higher for every additional: civic activity (0.01367; 0.000), year of schooling, health problem.

Conclusions: Social capital generated mixed results. Some figures (education, civic engagement) might derive from higher expectations. Some groups requiring intervention are informal carers and minorities.

C-04. ARE INEQUALITIES IN THE USE OF LONG-TERM CARE ACROSS EUROPEAN COUNTRIES WIDENING?

C. Lundseng and A. Stoyanova

Universitat de Barcelona.

Socioeconomic inequalities and inequities in access to long-term care, both formal and informal, have been found in many European countries. Most research highlights the significant impact of the public involvement in the LTC sector on the use of these type of services, together with other contributors to inequalities, such as income, education, household composition or social values regarding the care of the elderly family members. This paper analyses the inequalities and inequities in the utilisation of long-term care across Europe, paying special attention on the recent changes in the social protection systems, imposed by the austerity measured aimed at drastically reducing public health care expenditures, and in the perception of moral obligations with the family. Using data from Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), we calculate and decompose the concentration indices of both formal services and informal care to determine the contribution of income, need and non-need factors, as well as the generosity of the public coverage to overall inequality. Our preliminary results suggest that inequalities in the use of long-term care not only persist, but have widened over the recent years, especially in those countries where public coverage is less generous. Some possible causes of the observed differences are discussed and policy implications are considered.

C-05. CHANGES IN ACCESS TO PRIMARY CARE AND ITS SOCIOECONOMIC PATTERNING IN EUROPE, 2007-2012

K. Dimitrova and J. Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

Introduction: The strengthening of primary care (PC) has been encouraged as a strategy to achieve more efficient and equitable health systems. However, the Great Recession may have reduced the

access to PC. This paper aims at analyzing the change in access to PC and its patterning in 28 European countries, between 2007 and 2012.

Methods: We used data from the 2007 and 2012 waves of the EU-SILC questionnaire (n = 660,791). The dependent variable was the self-reported access to PC ("easy" versus "difficult"). The change across time was measured using a year binary variable. We modelled the access to PC as function of the year, and individual and country-level variables, using a mixed effects logistic regression, adjusting for sex, age, chronic condition, and self-reported health. Additionally, we interacted the year with socioeconomic and country-level variables.

Results: The probability of reporting difficult access to PC services was 4% lower in 2012, in comparison with 2007 (OR = 0.96, $p < 0.01$). People with the lowest educational level (OR = 1.63, $p < 0.01$), high difficulty to make ends meet (OR = 1.91, $p < 0.01$), with material deprivation (OR = 1.24, $p < 0.01$) experienced a significantly higher likelihood of difficult access. The better access in 2012 was significantly higher in people living in countries with higher health expenditures, higher number of GPs, and with stronger gatekeeping.

Conclusions: Our study shows that people with a lower SE status reported worse access to PC. However, between 2007 and 2012, access to PC improved, and this improvement was greater in the countries with a higher investment in health and PC.

MESA DE COMUNICACIONES II

Behavioral economics in health care

Miércoles, 6 de septiembre, 15:15-16:45

C-06. RISK ATTITUDES IN MEDICAL DECISIONS FOR OTHERS: AN EXPERIMENTAL APPROACH

A. Arrieta, A. García Prado, P. González and J.L. Pinto Prades

Florida International University. Universidad Pública de Navarra. Universidad Pablo de Olavide. Universidad de Navarra.

There is an extensive literature on risk attitudes in the health sector. However, most of this literature focuses on measuring patient preferences and propensity towards risk, while physicians' risk attitude has received comparatively little attention. In addition, the stability of risk preferences is a crucial question among economists, psychologists and behavioral researchers. Economists have generally assumed that individuals exhibit a single risk preference that governs risk-taking behavior in all circumstances. However, this has been debated within the psychology literature, as there is evidence that risk attitudes vary across different outcomes and domains. The aim of this paper is to investigate how risk attitudes in medical decisions for others vary across health contexts. A lab experiment was designed to elicit the risk attitudes of 257 medical and non-medical students by assigning them the role of a physician who must decide between treatments for patients. An interval regression model was used to estimate individual coefficients of relative risk aversion, and an estimation model was used to test for the effect of type of medical decision and experiment design characteristics on elicited risk aversion. We find that: (i) risk attitudes vary across different health contexts, but risk aversion prevails in all of them; (ii) students enrolled in health-related degrees show a higher degree of risk aversion; and (iii) real rewards for third parties (patients) make subjects less risk-averse.

The results underline the importance of accounting for attitudes towards risk in medical decision-making.

C-07. FROM NORMAL TO OVERWEIGHT WITHOUT NOTICING: A RELATIVE PLAUSIBLE EXPLANATION

J.A. Robles Zurita and Ó.D. Marcenaro Gutiérrez

Health Economics and Health Technology Assessment. Institute of Health and Wellbeing. University of Glasgow.

Health decisions are based on the subjective perception of health. In relation to overweight, adults are supposed to make health care decisions when they notice they have a problem of excess weight above normal. In this regard it is important to study how health problems perceptions are set up. We investigate whether self-reported weight perception (SWP) is relative to the context in which a person interacts. We focus on data from all the available waves of the Spanish National Health Survey (S-NHS)-1987 to 2011- to show that percentage of overweight or obese have risen from 37.75%, in 1987, to 50.65%, at the end of the period. Surprisingly, SWP has not risen accordingly; only 35.18% of the sample in 2011 perceived themselves with a "higher than normal" weight as opposed to 40.61% in 1987. A plausible explanation is that SWP is adaptive and relative to the population norm. In addition, we exploit data from the last three waves of the S-NHS (2003, 2006 and 2011) to analyse whether SWP is relative to the family context. We use the (standardised) BMI of children at home as a proxy for the contextual weight. Estimations of an econometric model suggest that there is a "contrast effect": SWP of adults decreases with the BMI of the child at home after controlling for the adult's BMI. The results could be an interesting input for decision makers developing public interventions aimed at improving weight-related health of the population.

C-08. IS THERE A TRADE-OFF BETWEEN CONTINUITY OF CARE AND QUALITY? AN EXAMINATION OF CHILDBIRTH IN PERU

M.Anaya Montes and A. Street

University of York, Centre for Health Economics.

Objectives: Some women that receive their antenatal care locally are prepared to travel further afield when it comes to giving birth, suggesting that they are prepared to accept less care continuity and incur higher travel costs for the prospect of higher quality care. We examine these trade-offs among expecting mothers.

Methods: We analyse 162,616 child deliveries between 2011 to 2015 in Lima, Peru in 50 maternity units grouped into 6 levels indicative of their quality of care. We estimate logit and probit models and perform Propensity Score Matching to examine the factors associated with whether mothers receive all their care in a single facility or not.

Results: Mothers who gave birth in a different facilities to where they received antenatal care mostly travelled from lower to higher quality health facilities. The probability of going to another facility increased over time, and was higher for women expecting a multiple delivery (6%) or a c-section (10%) but lower for women who had previous delivery (8%). One additional Km of distance to the next facility decreased the probability of travelling by 0.2%.

Conclusions: The number of women who decided to sacrifice continuity of care, in order to have their baby at a higher quality facility, even though it is further away, has increased over time. This suggest women are prepared to trade-off continuity of care and travel time for higher perceived quality of child delivery.

C-09. PERFORMANCE OF PEOPLE WITH DIABETES IN THE LABOR MARKET: AN EMPIRICAL APPROACH CONTROLLING FOR COMPLICATIONS

B. Rodríguez Sánchez and D. Cantarero Prieto

Department of Economics, Econometrics and Finance, University of Groningen, The Netherlands. Department of Economics and GEN, University of Cantabria, Spain.

Introduction: Diabetes has been found to be associated with productivity, leading to early-labour force exit and disability. However, not many studies have analysed the impact of having diabetes on employment and wages, controlling for complications and lifestyle factors.

Objectives: To assess the relationship between unemployment and household income and diabetes, controlling for lifestyle factors, clinical complications and functional limitations.

Methods: Probit and ordered probit models are used to test diabetes impact on the probability of being unemployed and income, respectively. We additionally analyse diabetes effect on unemployment length and stratify the sample by age and gender. Using the last wave of the Spanish National Health Survey (years 2011/12), 36,087 individuals aged 18 to 65 years old are included, from who 1,710 have diabetes.

Results: Persons with diabetes have poorer labor outcomes in terms of length of unemployment (Average Marginal Effect, AME, of diabetes on unemployment for more than 2 years: 8 percentage points) and income (AME of diabetes on monthly household income < 550€: 0.8 percentage points). However, diabetes is not significantly associated with unemployment, suggesting that diabetes burden on employment is mediated by lifestyle factors and clinical and functional complications. There are mixed outcomes depending on age and gender, showing a greater impact of diabetes in men and in later ages.

Conclusions: Delaying the onset of diabetes, given its greater impact in advancing ages, would also delay the onset of complications and a better management of the disease might decrease its burden on daily activities and work performance.

C-10. A VERTICALLY DIFFERENTIATED MODEL OF NON-ANTIBIOTIC SALES, WITH AN APPLICATION TO RURAL INDIA

M. Mohanan, P. Olivella and M. Vera-Hernández

Sanford School of Public Policy, Duke University, Universitat Autònoma de Barcelona and Barcelona GSE, University College London and Institute for Fiscal Studies.

Objectives: Non-antibiotic treatments (NATs) are under-used in underdeveloped regions. Doctors prescribe AND sell drugs in those regions. Doctors who always prescribe NATs compete to attract agents with doctor's who don't. NATs efficacy not only depends on patients' knowledge on how to use NATs but also on doctor's instructive effort. Our objective is to learn the effects of educational policies on NATs prices and sales.

Methods: Doctors who prescribe NATs choose instructive effort (E). Patients differ in their initial knowledge on the usage of NATs (T). We predict NATs and antibiotics prices and market shares. Methods and objectives of the empirical analysis: a field experiment was conducted in Bihar (India): An actor visits actual doctors and seeks treatment for his son. Aims: check the validity of our assumptions; test our predictions; learn the impact of educational policies. Data is complemented with a patient survey. Data includes doctors' and patients' beliefs on effectiveness; prices and margins; actual medical practice.

Results: THEORY: If T and E are complements an increase in E raises both prices and sales of NATs. If they are substitutes, increasing E

lowers prices but the effect on sales is ambiguous. A policy increasing E could have undesired effects (higher NATs prices and/or lower sales). EMPIRICAL: Doctors and patients have correct perceptions on the effectiveness of NATs; NATs prices and market shares for doctors who prescribe them are similar to doctors' who don't.

Conclusions: These results provide support to our model. Educational policies could indeed lead to unintended effects.

MESA DE COMUNICACIONES III

Gestión, innovación y evolución de los servicios sanitarios (I)

Miércoles, 6 de septiembre, 15:15-16:45

C-11. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DEL COSTE PÚBLICO DE LAS UNIDADES DE SUBAGUDOS EN CATALUÑA

F. Güell, E. Vallès, R. Vidal, M. Bustins y L. Padró

Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut.

Introducción: Las unidades sociosanitarias de subagudos se han convertido en un recurso clave en Catalunya, alternativo a la hospitalización convencional en la atención de las agudizaciones del paciente crónico. La variabilidad en los circuitos de acceso, en la ubicación territorial del recurso o en la complejidad del paciente, entre otras, implica diferencias sustanciales que pueden condicionar la eficiencia de la respuesta de este servicio.

Objetivos: Evaluar el modelo de las unidades de subagudos en términos de reingresos y costes públicos en el período 2015-2016.

Métodos: Nuestros datos provienen de los Registros del Conjunto mínimo básico de datos de agudos, sociosanitario, urgencias y atención primaria para la actividad y de las tarifas de contratación aprobadas por el Servei Català de la Salut para los costes públicos. La variable dependiente reingresos se explica por características socio-demográficas y clínicas del paciente, así como por variables de oferta y gestión asistencial. En base a estos resultados, calculamos el coste público del total de recursos asistenciales consumidos por cada paciente que ha sido ingresado en una unidad de subagudos.

Resultados: Esperamos encontrar diferencias en el coste público y en la utilización de los diferentes recursos sanitarios según las características individuales del paciente (comorbilidad, nivel económico, etc.) y/o las variables de oferta (circuito de acceso vía primaria o hospitalaria, etc.).

Conclusiones: Buscar el modelo más coste efectivo para cada territorio y poder hacer recomendaciones de planificación de oferta y funcionamiento de unidades de subagudos en base a evidencia empírica.

C-12. MODELOS DE EFICIENCIA TÉCNICA PARA EL MANEJO DE LA DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA

D. Frigola Castro

CatSalut Metropolitana Sud.

Objetivos: Analizar la eficiencia técnica de los equipos de atención primaria de la Región Sanitaria de Barcelona en el manejo de pacientes diabéticos considerando indicadores cuantitativos y cualitativos.

Métodos: El estudio utiliza datos de 2015 para 215 equipos mediante análisis envolvente de datos. El primer modelo M1 considera médicos y enfermeras como input y las visitas de AP como output. El segundo modelo M2 añade control glucémico óptimo y cribado de retinopatía diabética como outputs; así como el gasto en antidiabéticos orales como input. El tercer modelo M3 añade hospitalizaciones evitables como output indeseable y un índice de morbilidad como input. Se realiza un análisis ANOVA según tipología de gestión y un modelo Tobit según índice socioeconómico.

Resultados: Para M1 el promedio de eficiencia técnica global es 0,40. Para M2 es 0,81 y para M3 es 0,89. Más del 85% de los equipos muestra rendimientos decrecientes a escala. M1 muestra que la eficiencia aumenta significativamente en equipos de gestión pública directa y en entornos socioeconómicos desfavorecidos. En M2 y M3 la eficiencia aumenta en equipos gestionados por entidades de base asociativa y el nivel socioeconómico pierde poder explicativo.

Conclusiones: Utilizando un modelo puramente cuantitativo, la gestión más eficiente tiende a darse en entornos socioeconómicos desfavorecidos y en equipos de gestión pública directa. Con la introducción de indicadores de tipo cualitativo las entidades de base asociativa destacan en eficiencia y el nivel socioeconómico pierde poder explicativo.

C-13. SCIENCE POLICY AND RESEARCH AT NICE: OUR RESEARCH PRIORITIES

J.C. Rejón-Parrilla and R. Lovett

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Science Policy and Research Programme.

To maintain NICE's leading position in health technology assessment (HTA) and in developing clinical, public health and social care guidelines, it is essential that the best available methods are used in our work. This requires an active translational research programme to ensure efficient and timely adoption of the most appropriate methods. The Science Policy and Research (SP&R) programme works with NICE colleagues and external partners to assess developments in health and social care and how they will impact NICE. We work with academics to ensure they can incorporate the perspectives of NICE, throughout all stages of development, to deliver methodological research that could inform future updates of our methods guides. Over the next three years, the SP&R programme will focus its activity on delivering projects across nine priority research areas: expert elicitation; patient preferences; improving cross-sector comparisons; real world evidence; data science; complex data visualisation; precision medicine; adaptive pathways; implementation of NICE guidance. In this presentation, we will introduce NICE's current research priorities and provide an overview of our ongoing projects.

C-14. LA ADECUADA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA CLÍNICA, AVALADA CON BIG DATA

R. Gavalda y J. Ribera Catarina

Universitat Politècnica de Catalunya. Institut Català de Serveis Mèdics.

Reducir la variabilidad clínica sigue siendo un objetivo tras años de medidas para su reducción. Estamos de acuerdo en que no toda la variabilidad es no deseable, y el reto consiste en diferenciar cuando es pertinente y cuando es un coste evitable. Presentamos una estrategia, soportada por una herramienta software, para poner a disposición de directivos y clínicos la información que permite aplicar la variabilidad donde se requiere, y dando soporte cuando se requiere guía. El foco lo

tenemos en la calidad y seguridad para el paciente, con una gestión de costes asociada. Se ha aplicado a datos tanto a nivel de atención primaria como hospital. Los objetivos principales de esta Estrategia de Reducción de Variabilidad son: Mejorar la calidad de la atención y el feedback al facultativo. Mejorar los resultados sanitarios. Reducir los costes de la atención. Reducir las desigualdades en el cuidado de la salud. Mejorar la satisfacción del paciente y su participación en la toma de decisiones. La base de la metodología es el análisis de datos (simples, tal vez solamente el CMBD) en forma de patrones de comorbilidad (asociaciones múltiples), trayectorias temporales de los pacientes, y "clustering" o formación de grupos de pacientes con el mismo conglomerado de diagnósticos, así como de los patrones de mediación asociados. La plataforma ANIS (Análisis de Información Sanitaria) implementa todos estos algoritmos y facilita una exploración fácil, visual e interactiva de los datos para la identificación de todos estos patrones.

C-15. CARACTERÍSTICAS CLAVE EN LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN EL ÁMBITO POBLACIONAL

M. Soto-Gordoa, E. de Manuel, A. Fullaondo, M. Merino, I. Larrañaga, A. Arrospide, J.I. Igartua y J. Mar

OSI Alto Deba. Kronikgune. Kronikgune. OSI Tolosaldea. Mondragon Unibertsitatea.

Introducción: En el País Vasco se puso en marcha una intervención integrada dirigida a pacientes pluripatológicos cuya hipótesis era que el empoderamiento de Atención Primaria (AP) liberaría recursos hospitalarios. El objetivo de este estudio fue evaluar en términos de consumo de recursos el rol del marcaje de pluripatología y de las condiciones clínicas en la implementación y efectividad poblacional de dicha intervención.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo usando datos de las bases de datos administrativas y clínicas de Osakidetza. Se utilizaron los datos de 2012 y 2014 como grupo control (8.246 pacientes) e intervención (8.376 pacientes) respectivamente. Fueron elegibles todos los sujetos que a inicio de año tuvieran al menos dos de entre las condiciones de diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca y EPOC que fueran mayores de 65 años. Se midió el consumo de recursos en AP y las hospitalizaciones como indicadores de implementación y efectividad respectivamente. Se utilizó el enfoque de Propensity Score a través del Genetic Matching para minimizar el sesgo de selección. Se utilizaron regresiones logísticas y modelos lineales generalizados para analizar las relaciones entre variables y el análisis de subgrupos.

Resultados: Aunque la hipótesis no se confirmó para el conjunto de la población, los pacientes marcados como pluripatológicos por los médicos de AP lograron reducir las hospitalizaciones independientemente de si tenían insuficiencia cardíaca y EPOC conjuntamente.

Conclusiones: El juicio de los médicos de AP incluye características intrínsecas más que condiciones clínicas debido a que la severidad no determina el beneficio de la intervención.

C-16. LA GESTIÓN DEL TIEMPO ANTE LA EXIGENCIA DE INMEDIATEZ POR EL PACIENTE

R. Calero y M.G. Gallarza

Gerencia Atención Integrada de Hellín. Universitat de València.

En la gestión sanitaria se observa un desequilibrio entre demanda (cultura de la inmediatez) y oferta sanitaria (gestión del tiempo), que exige medidas con las que adaptar los recursos disponibles a las exi-

gencias de los pacientes. En este marco, se busca contrastar y evidenciar cómo la existencia de listas de espera afecta al comportamiento de lealtad del paciente. El estudio ha considerado las asistencias a pacientes de la Comunidad Valenciana en un año natural (más de un millón de registros), recogidas en una base de datos interna de la Conselleria de Sanidad. Mediante un análisis confirmatorio, se ha profundizado en el efecto de la gestión del tiempo sobre tres variables estratégicas de la lealtad: captación, retención y deserción. Realizados los contrastes, encontramos que la lealtad del paciente sí depende de la existencia de lista de espera en las diferentes especialidades. Se confirma la relevancia de la gestión del tiempo desde una óptica de oferta (gestión de listas de espera) para atender a una demanda cada vez más exigente (mayor rapidez en la prestación del servicio). El análisis realizado supone un punto de partida para la toma de decisiones de gestores y el estudio de soluciones por los investigadores del servicio sanitario. Confirmar estadísticamente una realidad observada es el primer paso para adaptar los recursos disponibles a la demanda de los pacientes, mostrando cómo deben dirigirse hacia aquellas especialidades con mayor lista de espera a fin de ofrecer el mejor servicio al paciente y satisfacer sus expectativas.

MESA DE COMUNICACIONES IV

Gestión, innovación y evolución de los servicios sanitarios (II)

Miércoles, 6 de septiembre, 17:00-18:30

C-17. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTE EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD

C. A. Díaz y R. Castilla

Sanatorio Sagrado Corazón. Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Analizar la utilización de los medicamentos de alto costo en el SSC durante el año 2015 mediante criterios de uso racional propuestos en las guías clínicas de tratamiento de enfermedades catastróficas. Describir el sistema de gestión de los medicamentos de alto costo en el SSC.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal, en el que se analizaron 770 historias clínicas de un grupo representativo de pacientes, internados durante el 2015, que padecieron enfermedades catastróficas y que fueron tratados con Medicamentos Alto Costo.

Resultados: Las enfermedades catastróficas, vemos que las mismas insumieron el 77,5% del costo total (19.502.877\$) para el tratamiento de 330 pacientes (el 46,7% del total de la muestra) de los cuales 19.071.627\$ (el 98% del mismo) fueron debido al uso de MAC, lo que evidencia, en estas enfermedades el impacto de los costos de estos MAC y su necesidad de gestionarlos.

Conclusiones: En este trabajo se comprueba que, se respeta el uso racional de medicamentos, medida a través del seguimiento guías de práctica clínica confeccionadas específicamente para el SSC en un porcentaje mayor al 90%. El análisis de costos de las enfermedades catastróficas en el SSC revela que los medicamentos de alto costo componen aproximadamente el 80% del gasto que conlleva el tratamiento de la totalidad de las enfermedades; se encuentra concentrado en el 22% de los medicamentos, y que éstos son utilizados únicamente por un promedio del 8% de los pacientes.

C-18. IMPACTO DE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN PROGRAMA POBLACIONAL INTEGRADO DE CUIDADOS PALIATIVOS

I. Larrañaga, J. Millas, M. Soto-Gordoa, A. Arrospide, R. San Vicente, M. Irizar, I. Lanzeta y J. Mar

OSI Alto Deba. OSI Goierri-Alto Urola.

Objetivos: En 2013 se implantó en dos Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco un programa integrado de cuidados paliativos. El objetivo fue evaluar el proceso y el impacto económico del programa.

Métodos: Se aplicó un diseño observacional retrospectivo. La población diana fueron pacientes fallecidos (oncológicos y no oncológicos) en 2012 (grupo control) y 2015 (grupo intervención) susceptibles de necesitar cuidados paliativos según la estimación mínima de McNamara. La intervención consistió en la identificación de los pacientes con el código de cuidados paliativos por parte de los médicos, uso de rutas asistenciales conjuntas en Atención Primaria y Hospitalaria e impartición de cursos formativos. Se analizó el cambio en el perfil de uso de recursos del paciente durante sus últimos 3 meses de vida. Se utilizó el genetic matching para evitar sesgos asociados a la no aleatorización. Mediante regresiones logísticas y modelos lineales generalizados se analizaron las relaciones entre variables.

Resultados: Se identificaron 1.023 pacientes en 2012 y 1.142 en 2015. En 2015 aumentó la probabilidad de ser identificado como paliativo tanto en pacientes oncológicos (19-33%) como no oncológicos (7-16%). La prescripción de opiáceos subió del 25% al 68%. Los contactos con Atención Primaria y hospitalización a domicilio aumentaron, mientras que las hospitalizaciones tradicionales disminuyeron.

Conclusiones: Mejoró la asistencia al incrementar la identificación de la población diana. Esto repercutió positivamente en indicadores clave como prescripción de opiáceos, fallecimiento fuera del hospital y extensión a enfermedades no oncológicas. Aunque la identificación disminuyó ingresos, los costes por paciente aumentaron debido a hospitalización a domicilio.

C-19. INVERTIR PARA GESTIONAR MEJOR: TRAZABILIDAD DE HEMODERIVADOS

I. Ustárroz Aguirre, M.T. Acaiturri Ayesta, E. Gómez Inhiesto, C. León Araujo, A. Uresandi Iruin, J. Mateos Mazón, R. Benito Ruiz de la Peña, M.I. Ibarrola Gutiérrez, I. Armentia Arsuaga y M.Á. Gómez Rodríguez

OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

Objetivos: Evaluar el impacto de la introducción de un sistema de trazabilidad que garantice la monitorización de la temperatura a la que están expuestos los concentrados de hematíes (CH) durante la distribución intrahospitalaria.

Métodos: Entre 2009 y 2015 el Servicio de Transfusión desechó una media de 732 unidades de CH al año, ya que en aplicación del RD 1088/2005, se ha de proceder a su eliminación si se desconoce la temperatura a la que han estado expuestos durante la distribución hospitalaria. Para dar solución a este problema se procede a: Diseño y desarrollo de un proyecto para la mejora en la gestión de los CH. Búsqueda en el mercado de una solución/producto. Prueba piloto e informe sobre la viabilidad del proyecto. Mejora del circuito de transporte y conservación de los CH. Evaluación tras 1 año de utilización.

Resultados: En 2016 han retornado al Servicio de Transfusión 778 unidades monitorizadas de las que se ha recuperado el 78%, que sin el sistema se hubieran desechado. La implantación de este sistema ha supuesto un ahorro anual de 71.539 euros para Osakidetza. El sistema de trazabilidad de hemoderivados garantiza la monitorización de la temperatura de todas las bolsas que son enviadas a los bloques quirúrgicos.

Conclusiones: Es necesario implantar medidas para el uso racional de los recursos sanitarios, más si se trata de bienes escasos y donados de forma altruista y desinteresada. La implantación del sistema de trazabilidad de temperatura supone un ahorro anual para Osakidetza.

C-20. EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) POR TIPO DE GESTIÓN

C. Pérez Romero, M.I. Ortega Díaz, R. Ocaña Riola y J.J. Martín Martín

Escuela Andaluza de Salud Pública. Universidad de Jaén. Universidad de Granada.

Objetivos: Analizar la eficiencia técnica de los hospitales generales del SNS (2010-2012) por propiedad y tipo de gestión.

Métodos: Se estudian 230 hospitales del SNS mediante Análisis Envoltante de Datos orientado a inputs y modelos multinivel lineales transversales y longitudinales de efectos fijos (año, hospital, región). Los tipos de gestión considerados son: hospitales tradicionales, empresas públicas, consorcios, colaboraciones público-privadas, privados lucrativos y no lucrativos. Se consideran variables regionales relacionadas con la estructura socioeconómica, demográfica y política de gasto público y sanitario.

Resultados: Los niveles medios de eficiencia técnica global (ETG) y pura (ETP) en 2012 son 0,739 y 0,833. La ETP de los hospitales públicos (0,815) es inferior a la de hospitales privados lucrativos (0,975) y hospitales privados no lucrativos (0,969). Los hospitales públicos con personalidad jurídica son más eficientes (0,940) que los tradicionales (0,793). Son variables explicativas de la ETP el tipo de personalidad jurídica (nivel hospitalario), la renta media de la CCAA y la insularidad (nivel regional). Actualmente se están desarrollando modelos lineales longitudinales, tanto del DEA como del análisis multinivel.

Conclusiones: La propiedad pública o privada del hospital, el carácter lucrativo o no de esta última y el tipo de gestión de los hospitales públicos son relevantes a la hora de explicar el grado de eficiencia técnica de los hospitales. Los hospitales públicos tradicionales presentan una sobredimensión de recursos en comparación con las empresas públicas y los hospitales privados.

C-21. RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN DE UN CASE MANAGER POSEGRESO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

C.A. Díaz y R. Castilla

Sanatorio Sagrado Corazón.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo describir la experiencia que la asignación de coordinadores médicos gestores de caso a pacientes de elevada complejidad ha tenido sobre las reinternaciones de esos mismos durante el año 2015-2016 y comparar sus resultados respecto del sistema tradicional de seguimiento.

Métodos: Se incluyeron 98 personas con multimorbilidad, asistidos en el SSC, a los cuales se les asignó un médico gestor de caso para seguimiento. Posteriormente se diseñó un estudio observacional y analítico, en el cual se registraron el número de internaciones de estos pacientes, la duración y causa de las mismas.

Resultados: El 52% correspondía al sexo masculino, con una edad media de 50,5 (DE = 17,44) años. El 49% de los pacientes padecía entre 3 y 4 comorbilidades, siendo la más frecuente de ellas la cardiovascular (39,8%). Según el valor del índice de comorbilidad de Charlson, la mediana de supervivencia esperada a los 10 años fue de 75,6%. El número de internaciones totales antes de la implementación de la estrategia de gestor de casos fue de 264, y la posterior de 142, con una mediana de 2 y 1 internaciones por paciente, respectivamente. Esta disminución resultó ser estadísticamente significativa para un p valor de 0,05.

Conclusiones: El dispositivo de continuidad de la atención y de gestores de casos resultó ser efectivo en términos de la disminución del número de internaciones y del tiempo de estada de las mismas.

C-22. HOW CAN VOLUNTARY INTERNATIONAL EU COLLABORATION IMPROVE ACCESS TO INNOVATIVE HEALTH TECHNOLOGIES?

J. Rovira and J. Espín

Universidad de Barcelona. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Objectives: This work addresses the following questions: For what types of health technologies and type of activities would cross-border collaboration be most appropriate? What conditions are needed? How can this approach be supported by the EU?

Methods: The report combines a literature study with expert interviews conducted with European policy officers and professionals dealing with collaboration for procurement. Semi-structured interviews were conducted to gain an understanding of how collaboration for procurement has been supported by different international organizations.

Results: Cross-border collaboration in the procurement process allows purchasers to achieve a larger size, thereby increasing their market power and reaching either a critical mass or economies of scale in performing their procurement activities, thus potentially achieving lower acquisition prices, lower operating costs, but also improved quality of purchased goods and better purchasing conditions. The international experience provides examples of regional joint purchasing that have been going on for more than two decades. Moreover, the evolution of the markets of health technologies towards new products and forms of contracting, such as advanced purchase agreements, confidential discounts and MEAs, has made the traditional experiences obsolete and not very useful in the new conditions.

Conclusions: While actual initiatives on cross-border collaboration in procurement in Europe are few, they present a promising approach to address the goals of public health. However these are "young" initiatives that need to be carefully evaluated in order to obtain robust evidence on best practices in this area.

Full report available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-technologies-and-medicines/publications/2016/how-can-voluntary-cross-border-collaboration-in-public-procurement-improve-access-to-health-technologies-in-europe>

MESA DE COMUNICACIONES V

Política farmacéutica

Miércoles, 6 de septiembre, 17:00-18:30

C-23. RESTRICTIVE VS. NON-RESTRICTIVE DRUG REIMBURSEMENT SYSTEMS: EVIDENCE FROM EUROPEAN COUNTRIES

L. Maynou

London School of Economics (LSE-Health). CRES, Universidad Pompeu Fabra (UPF).

Existing literature gives evidence on the differences in drug reimbursement decisions across countries. These differences provide the

motivation for this paper. The main aim of this research is to model the impact of drug reimbursement decisions on certain health outcomes (life expectancy, healthy life years and cancer mortality rates). In particular, this paper looks at countries that have different acceptance, restriction and rejection rates for drug reimbursement decisions. The study is based on a longitudinal dataset with data from nine European countries from 2002 to 2014. This dataset is composed of primary data on drug reimbursement decisions (specifically cancer drugs) collected as part of the ADVANCE-HTA project, and secondary data on life tables and indicators of health and socioeconomic status (from Eurostat and World Bank). Following the longevity model defined by Lichtenberg, a panel data model with country and year fixed-effects is run on this dataset in order to assess the impact of the level of access to drugs on health outcomes. The results show that the rate of adoption of new drugs into a national health system does not have any significant effect on life expectancy. However, more restrictive systems are positively and significantly related with healthy life years. Finally, for cancer mortality rates, higher rejection rates are associated with fewer deaths. To conclude, contrary to public opinion, results show that a more restrictive drug reimbursement system is not related with worse health outcomes; it is either associated with a positive outcome or no relationship is found.

C-24. UN ESTUDIO INTERNACIONAL DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS

R. Feldman, M. García Goñi y F. Lobo

University of Minnesota. Universidad Complutense. Universidad Carlos III.

Los medicamentos genéricos son seguros, efectivos y menos costosos que las marcas equivalentes pero su utilización es inferior a la que podría esperarse. Como respuesta se han puesto en marcha en los últimos treinta años políticas para promover su utilización. Nuestro estudio pretende determinar la efectividad de dichas políticas. En primer lugar hemos llevado a cabo una amplia revisión selectiva de la literatura. Hemos tipificado ocho políticas e identificado su aplicación en los distintos países y el momento de su inicio. Así construimos una matriz con cuatro dimensiones: tiempo, país, políticas e intensidad. Esto ha supuesto un gran esfuerzo de revisión de la legislación y literatura sobre los distintos países. Los datos cubren once países desarrollados para 2000-2008. Examinamos siete grupos terapéuticos representativos de un amplio rango de pacientes y medicamentos. Se refieren a marcas protegidas por patentes, marcas con patente expirada y genéricos. También disponemos de las fechas de las caducidades de patentes ocurridas en el periodo considerado. Estimamos un modelo econométrico del impacto de dichas políticas, siendo la variable dependiente las cuotas de mercado para los diferentes segmentos de productos. Se han seguido varias estrategias de estimación. Los resultados arrojan luz sobre la efectividad de las distintas políticas de promoción de los genéricos. Así, la instauración de una cláusula Bolar o las compras públicas aparecen muy efectivas.

C-25. THE OFF-PATENT MEDICINE MARKET IN SPAIN: THE ANDALUSIAN SYSTEM OF TENDERING

J. Casanova, J. Mestre and J. Espín

Autónomo. EASP.

Spain has a reference price system (RPS) for off-patent medicines since 1997. In addition, since 2012 Andalusia is running a series of tenders for procuring off-patent medicines in the ambulatory sector for those medicines included in the system of homogenous clusters

within the national reference price system. Such tenders offer additional savings to the regional payer - in the form of rebates ("economic improvements") from companies winning the tender. This paper estimates that the regional savings were between €43M to €54M over the period of study (April - September 2015). The paper also estimates that Spain, would have made savings of between 14 and 17 times higher than the national reference price system savings, should the Andalusian-type tender were implemented at national level over the same period of study. Based on our analysis, we have four remarks. First, the national RPS in Spain is not generating enough price competition for off-patent products dispensed in primary care pharmacies. Second, tenders can be a useful way to generate competition and financial savings in the off-patent market. Third, tenders can lead to discounts offered by medicine providers being redistributed from pharmacies to payers. And fourth, before implementing a national tender in Spain, several key issues need to be addressed to ensure it provides the right incentives both in the short and long run.

C-26. ESTABLISHING A FAIR PRICE FOR AN ORPHAN DRUG

M. Berdud, M. Drummond and A. Towse

The Office of Health Economics. University of York. The Office of Health Economics.

Objectives: The high cost of orphan drugs has generated considerable debate. While there is no clear position in the economic literature neither in favour nor against for a premium for 'rarity', these drugs are reimbursed in many countries with high prices. Therefore, the question then arises as to what should be a fair price for an orphan drug.

Methods: We split all novel drug approvals (NDAs) of the FDA between 2011-2015 (N = 182) into those receiving orphan drug designation (n = 71) and the remainder (n = 111). To estimate the development cost, we collected the numbers of patients involved in clinical trials for those NDAs issued in 2015 from ClinicalTrials.gov. To estimate potential revenues, we reviewed all appraisals conducted by NICE (England) and SMC (Scotland). We based our results on the overlapping sample of drugs.

Results: Adjusting for both, development costs and revenue, and using the upper end of the NICE cost-effectiveness threshold (£30K per QALY) as an anchor, we estimated the fair cost-effectiveness threshold for orphan drugs to be between £45K and £84K per QALY (between £79K and £171K per QALY for ultra-orphans).

Conclusions: We establish that in order to secure a price for orphan drugs, which enables the manufacturer to achieve an equivalent rate of return to that from non-orphan drugs, the cost-effectiveness threshold to assess orphans would need to be higher. The threshold would also need to increase as the targeted patient population size decreases. Our research proposes one method for estimating the fair price for an orphan drug.

C-27. HAS OMP LEGISLATION BEEN SUCCESSFUL: AN EMPIRICAL ANALYSIS

O. de Solà-Morales

HiTT.

Introduction: In 1999, the EU enacted legislation to foster the introduction of new OMP into the market. To our knowledge only partial evaluations of the success of this legislation have been made, so we set up to analyse the potential outcomes of such legislation:

Methods: Based on EMA's OMP approval list, we reviewed the commercialisation rate and analysed the profiles of manufacturing

companies. Based on public available information, we compared the performance of 17 companies over the last 5 years, segmenting them in OMP focused, biotech and broad portfolio companies.

Results: Despite an increasing number of OMP designations, the commercialisation rate is still poor. The CAGR of EBIDTA showed Portfolio Biotech companies had positive results, while the other two groups showed negative results. We found statistical differences across the three groups in the debt/equity rate, cost of Sales/Revenue and investment in R&D/Revenue, showing the different stage of evolution of the group of companies. Results were similar when comparing the 17 companies split in 2 groups (portfolio versus focused companies). The funding requirements for OMP focused companies seem to be different from other companies, showing higher level of investment in R&D and commercialisation costs.

Conclusions: Despite some improvement for Rare Diseases, the rate of commercialised drugs is still far from optimal. In economic terms, we found that OMP companies do not behave differently from other pharmaceutical companies except that they invest more in R&D and have higher sales costs, which seem to be linked to their nature and development phase.

MESA DE COMUNICACIONES VI

Valuing health status

Miércoles, 6 de septiembre, 17:00-18:30

C-28. DEVELOPMENT OF METHODS FOR THE MAPPING OF UTILITIES USING MIXTURE MODELS AN APPLICATION TO ASTHMA

L.A Gray, M. Hernández Álava and A.J. Wailoo

Health Economics and Decision Science, University of Sheffield.

Objectives: To develop methods for mapping to preference-based measures using mixture model approaches. These methods are compared, mapping from the Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) to both EQ5D-5L and HUI-3 as the target health utility measures.

Methods: Data from 856 patients with asthma collected as part of the Multi-Instrument Comparison (MIC) international project were used. Adjusted limited dependent variable mixture models (ALDVMMs) and beta-regression based mixture models were estimated. Optional inclusion of the gap between full health and the next value, and a mass point at the next feasible value were explored. Response-mapping could not be implemented due to missing data.

Results: In all cases, model specifications formally modelling the gap between full health and the next value were an improvement on those which did not. Mapping to HUI3 required more components in the mixture models than EQ5D-5L due to its uneven distribution. The optimal beta-based mixture models mapping to HUI3 included a probability mass at the utility value adjacent to full health. This is not the case when estimating EQ5D-5L, due to the low proportion of observations at this point.

Conclusions: The beta-based mixture models marginally outperformed ALDVMM with the same number of components in this dataset. This is at the expense of requiring a larger number of parameters and estimation time. Both model types closely fit the data without the biased characteristic of many mapping approaches. Skilled judg-

ment is critical in determining the optimal model. Caution is required to ensure identification of a truly global maximum likelihood.

C-29. WHAT DRIVES REGIONAL DIFFERENCES IN BMI? EVIDENCE FROM SPAIN

A. di Paolo, J. Gil Trasfi and A. Raftopoulos

Universitat de Barcelona.

This paper aims at disentangling BMI differences across Spanish regions, in the light of the existing geographical patterns in health differentials observed in several European countries. The Spanish case is especially relevant, since this country is characterized by a NHS where healthcare competences are in hands of regional authorities. As such, this is the first paper that estimates and decomposes the smoldering factors responsible of regional BMI variation. Utilising Spanish data of the European Health Survey of 2014, we first decompose the average gap in BMI between regions with high and low BMI into the contribution of explained and unexplained factors, using the Oaxaca-Blinder decomposition. We consider several BMI determinants, ranging from demographic characteristics, socio-economic status, lifestyle behavior and food habits. As long as there are important differentials at other points of the BMI distribution than the mean, we also carry out a distributional analysis by applying the Re-centered Influence Function (RIF) Regression and the corresponding decomposition. This enables analyzing the contribution of the endowment of observable characteristics and their returns in explaining BMI differentials along its unconditional distribution. Our findings indicate that regional BMI gap widens at the top of the BMI distribution, although the explained component gains at the top of the distribution. The results of this analysis could be of great use for policy makers, as they display the underlying factors behind the existing regional inequality in BMI/obesity across Spain.

C-30. BEYOND THE EQ-5D TARIFF: TOOLS AND TECHNIQUES FOR DATA VISUALIZATION AND ANALYSIS OF THE EQ-5D DIMENSIONS

Z. Špacírová and D. Epstein

Universidad de Granada.

Introduction: To paraphrase Yogi Berra, “you can see a lot, just by looking”. Economic evaluation of healthcare is often based on a summary measure of health anchored at zero, such as the EQ-5D tariff, and papers often report health outcomes in QALYs, or by the EQ-5D tariff pre- and post- intervention. Yet aggregation may obscure qualitative detail that reveals not just whether the treatment is effective overall, but which dimensions are affected, or whether gains in one dimension are accompanied by worse outcomes in another. This paper reviews tools for data visualization and analysis of a categorical instrument such as the EQ-5D in the context of a clinical study, and offers some new approaches.

Methods: Analysis of the EQ-5D dimensions presents some challenges. First, the data are multivariate, across five dimensions which may be correlated. Second, the data are longitudinal, with responses pre- and post-intervention (perhaps at several follow-ups). Third, data are comparative, contrasting results of an intervention with one or more comparators. Fourth, data may be missing, which may or may not be informative, and fifth, participants may die, which may affect our interpretation of the responses of the survivors (e.g. if the intervention kills the most frail, leading to a healthy survivor effect).

Results: We reviewed approaches to data visualization and analysis in the literature and examine their strengths and weaknesses to

address these challenges. We developed some new adaptations and approaches. We illustrated these approaches using data from two RCTs, one with and one without mortality.

C-31. EXTRAPOLATION FROM PROGRESSION FREE SURVIVAL TO OVERALL SURVIVAL IN ONCOLOGY

A. Fischer, K. Hernández-Villafuerte, N. Latimer and C.Henshall

Office of Health Economics, Office of Health Economics, SCHARR-University of Sheffield, Independent consultant.

A clinical endpoint is an aspect of a patient's clinical or health status that is measured to assess the benefit or harm of a treatment. Overall survival (OS) is the gold standard endpoint for clinical trials assessing the efficacy of cancer treatments. However, measuring OS requires a large number of patients and long follow-ups. Therefore, various surrogate endpoints have been used in place of final patient-relevant endpoints. These surrogates have the advantage that can be assessed earlier than OS and require a smaller patient population. Progression free survival (PFS) is the most commonly used surrogate in cancer. This work aims at analysing the methods used to extrapolate from PFS to OS in the field of oncology as well as at determining the key limitations, weaknesses and gaps in the current literature and methods used to test PFS surrogacy. A previous review done by Davis, Tappenden and Cantrell (2012) was extended from 2012 to 2016. Our results suggest that the validity of surrogates is affected by multiple factors such as cancer type, drug mechanism of action, phase of development, year of the trial, subsequent treatments and stage of the disease, and is critical of the lack of uniform reporting standards for trials involving surrogate endpoints, of methods of data analysis and the failure of trial sponsors to make individual personal data available to researchers. It is possible that the use of such data could reduce the lag between the granting of a patent for a number of new drugs and their licensing.

MESA DE COMUNICACIONES VII

Costes y prevalencia de la enfermedad

Miércoles, 6 de septiembre, 17:00-18:30

C-32. CUIDADO INFORMAL Y PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA CARGA SOPORTADA POR LOS CUIDADORES DE SUPERVIVIENTES DE ICTUS EN ESPAÑA

J. Oliva Moreno, L.M. Peña Longobardo, J. Mar, J. Masjuán, S. Soulard, N. González Rojas, V. Becerra, M.Á. Casado, C. Torres, M. Yébenes, M. Quintana, J. Álvarez Sabín y equipo de investigadores del proyecto CONOCES

Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: El objetivo es analizar la probabilidad de prestar cuidado informal después de un accidente cerebrovascular y estudiar la carga de los cuidadores a los 3 y 12 meses después del evento.

Métodos: El estudio CONOCES es un estudio epidemiológico, observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes diagnosticados de ictus y admitidos en una Unidad de Accidentes Cerebrovasculares del sistema sanitario español. Varios modelos de regresión fueron

aplicados para estimar la probabilidad de recibir cuidados informales, la carga soportada por los cuidadores y la probabilidad de que los cuidadores sufran un alto nivel de riesgo de claudicación.

Resultados: El 80% de los supervivientes a los 3 y 12 meses después del evento recibió atención informal. El promedio diario de horas de atención fue de 8,7 a los 3 meses después del accidente cerebrovascular (7,2 horas a los 12 meses). La probabilidad de recibir atención informal se asoció con la gravedad del accidente cerebrovascular y la calidad de vida relacionada con la salud de los individuos. Cuando se proporcionó atención informal, tanto la carga soportada como la probabilidad de que los cuidadores tuvieran un alto nivel de riesgo de claudicación se asoció con (i) más horas de atención, (ii) con la gravedad del accidente cerebrovascular medida al alta, (iii) con la Fibrilación Auricular y (iv) con la puntuación obtenida en el índice de Barthel.

Conclusiones: El papel desempeñado por los familiares y sus necesidades debe tenerse en cuenta al diseñar políticas y programas integrales para mejorar el bienestar de los sus cuidadores.

C-33. ANÁLISIS ECONÓMICO DE UNA ESTRATEGIA PREVENTIVA PARA LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

J.L. Navarro Espigares, E. Hernández Torres, R. Esteban de la Rosa, M. Martínez Atienza, J.A. Alcalá Castilla y J. Bravo Soto

Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

Introducción: La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria que con mayor frecuencia ocasiona fallo renal. No existe tratamiento curativo, por lo que la diálisis o el trasplante son las alternativas terapéuticas utilizadas. El objetivo de este trabajo consiste en comparar el coste económico de una estrategia preventiva con el coste generado por un paciente con PQRAD.

Métodos: Se realiza un análisis comparativo de los costes de la DGP frente al coste del TRS. El coste del TRS se obtiene de la literatura. El coste de la estrategia preventiva se calcula sumando los costes de un procedimiento de reproducción asistida en un hospital público y el coste que supone el DGP. También se ha estimado el coste promedio de un paciente tipo durante el curso de la historia natural de su enfermedad. Finalmente, se añade la perspectiva de los años de vida prematuramente perdidos como un elemento adicional a los beneficios derivados de la estrategia propuesta.

Resultados: Los costes medios del trasplante (primer año y años sucesivos), hemodiálisis y diálisis peritoneal (47.136 euros/primer año, 6.477 euros/año sucesivo, 44.778 euros/año, 34.554 euros/año, respectivamente) son muy superiores a los empleados en impedir la transmisión de la enfermedad (5.500 euros). La diferencia a favor de la estrategia preventiva se mantendría igualmente aunque se precisen varios ciclos de DGP.

Conclusiones: Potenciar una estrategia preventiva basada en el DGP no sólo será conveniente para impedir la transmisión de la enfermedad sino que también contribuirá positivamente al sostenimiento del sistema sanitario público.

C-34. PÉRDIDAS LABORALES ASOCIADAS A FALLECIMIENTOS PREMATUROS POR CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

J. Oliva y L.M. Peña Longobardo

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

Introducción y objetivos: En España, el cáncer de mama es el tumor más frecuentemente diagnosticado en mujeres, con una

prevalencia estimada de 104.210 casos, siendo la principal causa de muerte en tumores en mujeres con más de 6.000 fallecimientos anuales. Un aspecto relevante de esta enfermedad radica, dada la edad media de las mujeres afectadas, es su impacto negativo sobre el medio laboral. El objetivo del trabajo es estimar los años potenciales de vida laboral perdidos (APVLP) y las pérdidas laborales asociadas a fallecimientos prematuros por cáncer de mama en mujeres.

Métodos: Partiendo de la base teórica aportada por los modelos de capital humano en el ámbito de la economía de la salud, se desarrolla un modelo de simulación que combina información de la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, la Encuesta de Población Activa y la Encuesta de Estructura Salarial. El año base de estimación es el 2014.

Resultados: Los APVLP de los fallecimientos prematura por cáncer de mama en mujeres ascendieron a 27.633. Las pérdidas de productividad estimadas ascendieron a 209 millones de euros. En el análisis de sensibilidad estas cifras oscilan entre los 165 y los 279 millones. Está previsto ampliar el análisis para contemplar la evolución en una década (periodo 2005-2014).

Conclusiones: El impacto laboral asociado a la mortalidad ocasionada por el cáncer de mama es considerable, siendo una de las enfermedades que mayores APVLP y pérdidas laborales ocasiona en mujeres.

C-35. COSTES SANITARIOS ASOCIADOS A LA DEMENCIA: ANÁLISIS LONGITUDINAL Y RELACIÓN CON EL GRADO DE GRAVEDAD

J.M. Inoriza, I. Sánchez Pérez, M. Carreras, O.Turró Garriga, J. Garre Olmo y J. Coderch

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSIRES). Institut d'Investigació Biomèdica de Girona. Institut d'Assistència Sanitària de Girona. Departament de Ciències Mèdiques, Universitat de Girona.

Objetivos: Analizar la evolución temporal de costes sanitarios y de los componentes del mismo en pacientes con demencia en relación al año del diagnóstico y nivel de gravedad.

Métodos: Diseño de cohorte dinámica retrospectiva. Casos: 641 pacientes del Registro de Demencias de Girona diagnosticados en una comarca entre 2011-2015. Controles: muestra de 2004 pacientes atendidos en la misma organización sanitaria integrada; selección aleatoria emparejada per edad, sexo y comorbilidad. Se analizan el gasto sanitario y sus componentes, tomando como referencia el año de diagnóstico y el grado de severidad de la demencia según Clinical Dementia Rating.

Resultados: Se produce un incremento significativo del coste medio anual en el grupo de pacientes con demencia desde 2 años antes del año de diagnóstico. La diferencia respecto a controles oscila entre 20-100% según el año considerado, siendo máxima 2 años después del diagnóstico. Se observan diferencias relevantes según nivel de severidad de la demencia. No existe diferencias entre nivel leve y moderado aunque el coste es un 40% superior a los controles. En los casos de demencia grave el coste llega a triplicar el de los controles y duplicar los de la demencia leve-moderada. A partir del diagnóstico se produce un incremento significativo del componente de gasto farmacéutico que supone alrededor del 55% del coste total en casos, un 10% superior a los controles.

Conclusiones: La demencia provoca un incremento de gasto sanitario previo a su diagnóstico, mantenido en años posteriores y altamente relacionado con la gravedad.

C-36. VARIABILIDAD DE LA MIPSE POR MUNICIPIOS. ¿QUÉ HA PASADO DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA?

P. Barber, B.G. López-Valcárcel y J. Pinilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introduction: The financial and economic crisis starting in 2008 in Spain had consequences in the population health. Some public policies might mitigate or amplify those effects.

Objectives: 1) explore the time trends of standardized rates of avoidable mortality from 1999 to 2014 at municipal level in Spain, by distinguishing between two types of causes of avoidable deaths, those that are avoidable with better healthcare and those that are preventable with changes in behaviours and social interventions (health in all policies initiatives). Both lists have been previously validated for Spain. 2) Estimate the impact of economic and policy factors at municipal level on the avoidable mortality, before and after the aftermath of the economic crisis.

Methods: Raw microdata of the mortality registry of Spain (National Institute of Statistics) with information on municipality of residence (for municipalities with more than 10,000 population, n = 774) from 1999 to 2014. The database contains individual characteristics –age, education, nationality- and detailed cause of death (CIE10). We matched that database with other databases from different sources containing economic and political (electoral results) indicators at municipal level. We estimated alternative econometric models with panels of municipalities.

Results: Ongoing research. There are wide differences in both types of mortality among municipalities. The economic crisis caused a change in the decreasing trend of avoidable and preventable mortality, particularly in the later.

C-37. MEDICINA PERSONALIZADA Y PAGOS POR RESULTADOS: ¿SE DEBE PENALIZAR SI NO HAY RESULTADOS?

R. Rodríguez Ibeas, F. Antoñanzas y C.A. Juárez Castelló

Universidad de La Rioja.

Objetivos: Se analizan mediante un modelo económico dos recientes cambios en la gestión sanitaria (medicina personalizada y pagos por resultados) para entender sus relaciones y facilitar la adopción de decisiones.

Métodos: Se elabora un modelo teórico de los comportamientos de una autoridad sanitaria y una empresa farmacéutica sobre la implementación de la medicina personalizada ante políticas de precio y reembolso basadas en pagos por resultados. El modelo analiza la decisión de la empresa de desarrollar un test genético para identificar a los pacientes destinatarios del nuevo fármaco y caracteriza la política de pagos por resultados óptima que incentivaría la inversión en el desarrollo del test cuando la empresa dispone de información privada sobre sus costes.

Resultados: Para incentivar la medicina personalizada, la política de reembolso óptima dependerá de los costes de desarrollo del test; si son demasiado altos, la empresa no sería penalizada si el tratamiento no funcionase; para costes de desarrollo suficientemente bajos, la empresa sería penalizada completamente y devolvería los pagos recibidos; para costes de desarrollo intermedios, la penalización sería parcial. Las tasas de prevalencia de la enfermedad y de eficacia del tratamiento caracterizan las tres situaciones.

Conclusiones: El uso de políticas de reembolso que no penalicen totalmente a la empresa por los tratamientos que no aportan valor puede ser adecuado en el caso de la medicina personalizada ya que incentiva una mejor identificación de los pacientes más adecuados para recibir determinados tratamientos.

MESA DE COMUNICACIONES VIII

Coverage, insurance and health provision

Jueves, 7 de septiembre, 09:15-10:45

C-38. ASYMMETRIC INFORMATION WITH MULTIPLE RISKS: THE CASE OF THE CHILEAN PRIVATE HEALTH INSURANCE MARKET

D. de la Mata, M.P. Machado, P. Olivella and M.N. Valdés

CAF, Universidad Carlos III. Universitat Autònoma de Barcelona and Barcelona GSE. Universidad Adolfo Ibáñez.

Objectives: The recent literature establishes that failure to find evidence of adverse selection in insurance markets based on traditional tests may be due to the multidimensionality of private information. Differently from this received literature, the source of the multidimensionality that we analyze here is based on the presence of more than one source of risk.

Methods: We extend the competitive separating equilibrium to allow for two sources of risk, namely the risks of inpatient and outpatient care. This extension is important: individuals may have different risk profiles along these dimensions? insurance contracts have different coverages along these two dimensions? there may be asymmetric information regarding one risk dimension and not the other; most importantly, aggregation of coverage and risk into a single dimension may bias the evidence of adverse selection downwards. **Methods-Empirical:** We propose two alternative tests of adverse selection: (1) An extension of Chiappori and Salanié (2000); (2) Proceed in two steps: (i) use maximum likelihood to infer types from the data; (ii) use the estimated types to find correlations between types and coverage. **Data:** a rich dataset from the Chilean private health insurance market.

Results: There is evidence of adverse selection regarding inpatient risk, whereas no such evidence is found for outpatient risk.

Conclusions: Given the likely (resp., unlikely) moral hazard bias in outpatient (resp. inpatient) services, asymmetric information is likely in the inpatient dimension, whereas it is either absent in the outpatient dimension or other sources of heterogeneity cause a propitious selection effect.

C-39. CAN DELAYED DISCHARGES BE REDUCED THROUGH INTERVENTIONS TO ALLEVIATE SOCIAL ISOLATION?

F. Landeiro, E. Nuttall-Musson, A.M. Gray and J. Leal

University of Oxford, Health Economics Research Centre.

Objectives: To estimate the impact of interventions to reduce social isolation on delayed discharges and associated costs.

Methods: A systematic review of interventions to reduce social isolation was conducted. To evaluate the impact of the interventions on the number of days of delayed discharge data from two prospective cohort studies was used. The change in social isolation score was applied to these cohorts and compared with no intervention. We propagated uncertainty in the effect of each intervention and estimated the change in mean days of delayed discharge while accounting for sampling variation. The cost of an excess bed day in each cohort was used to estimate the cost of delayed discharges. The cost of the interventions was also calculated and the difference in total costs between the intervention and no intervention was estimated.

Results: The expected impact of introducing the intervention identified resulted in a reduction of -0.15 days of delayed discharge per patient (95%CI: -0.24 to 0.54) in the Portuguese cohort and -0.25 (95%CI: -0.54 to 0.05) in the English cohort. This intervention costed €1,158 PPP per patient and reduced the cost of delayed discharges per patient by €26 PPP in the Portuguese cohort and €82 PPP in the English cohort.

Conclusions: Interventions to alleviate social isolation can reduce the number of days of delayed discharges and associated costs. Information on the costs of interventions and their impact on the consumption of healthcare resources is limited. More research is needed in effective interventions to reduce social isolation.

C-40. OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURES ACROSS EUROPEAN UNION COUNTRIES, POSSIBLE EXPLANATORY FACTORS

A.I. Tavares

Coimbra.

Objectives: This work aims to contribute to the discussion on the explanatory factors of the level of out-of-pocket payments (OOPP) at a country level of data.

Methods: Estimating a linear regression model for a panel data, on top of the usual socio economic determinants, other sort of contextual determinants are tested, in particular, those that capture i) the organization of the health system concerning the access to health care and concerning the level of decentralization; ii) the payment done to health care professionals; iii) the welfare regime, iv) the type of health system financing, and finally v) the macroeconomic background before and after the economic crisis of 2008.

Results: The main results indicate that, on the overall, the contextual determinants do not have strong explanatory power, but some features are related with the OOPP, such as the (de)centralized organization of the health system, the type of funding, the Southern welfare system and the macroeconomic context. Other determinants such as education, age index, public health expenditures and percentage of people reporting health less than good, do explain the level of OOPP across European countries.

Conclusions: This work provides evidence for several different explanatory factors of out-of-pocket payments for health care.

C-41. SICKNESS INSURANCE AND WORK ABSENCES. WHO ARE THE MORALLY HAZARDOUS PUBLIC WORKERS?

O. Marie and J. Vall Castelló

Erasmus University of Rotterdam & Maastricht University, Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra.

We analyze the effects on work absences of a change in the amount of money received in the temporary sick leave scheme in Spain in 2012. The reduction in the sick leave benefits affected only public sector employees and we apply a difference-in-difference method comparing the sick leave claiming behaviour of public versus private sector employees before and after the introduction of the reform in 2012. Furthermore, as the change in the benefits was different depending on the number of days of sick leave claimed, we also study the impact of the reform on the duration of the sick leave spells. We use both survey data (Labour Force Survey) as well as administrative records of the entire population of sickness absences in Spain from 2010 to 2014. Our results show a decrease in the number of temporary sick leave spells for public sector workers as a result of the reform. However, we also report an important increase in the duration of longer spells.

C-42. EXPLORING THE IMPACT OF NEW MEDICAL TECHNOLOGY ON WORKFORCE PLANNING

L. Maynou, A. McGuire and V. Serra-Sastre

London School of Economics (LSE-Health). CRES-UPF/City, University of London.

This paper contributes to the existing literature on the diffusion of medical technologies. The objective of this research is twofold. First of all, we examine the substitution or complementarity effects across different types of new technologies introduced into the NHS. In particular, the analysis is looking at the introduction of PTCA for the treatment of cardiovascular disease and the introduction of laparoscopic procedures for Bariatric surgery (i.e. gastric band, gastric bypass and sleeve gastrectomy). Secondly, we compute estimates of the degree to which the workforce reacts to the introduction of new technology, based on elasticity of supply measures. Data is combined from different sources to analyse these relationships: mainly, the Hospital Episodes Statistics (HES) and the NHS Electronic Staff Records (ESR). We apply panel data techniques to determine the manner in which technology is diffused across the NHS, with a particular emphasis on the impact that technology has on the workforce composition. Our analysis is at the trust level and the empirical specification explores the relationship between volume and workforce also controlling for trust and at risk population characteristics. Given the lack of quantitative evidence on the degree of substitution across different forms of input in treating surgical cases, such analysis gives indicative estimates of productivity gains attributable to flexible workforce planning and technology uptake.

MESA DE COMUNICACIONES IX

Servicios sociosanitarios y dependencia

Jueves, 7 de septiembre, 09:15-10:45

C-43. COSTES DE LA ESTANCIA PROLONGADA POR MOTIVOS NO MÉDICOS (BED-BLOCKING) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA EN 2015

A. Pellico López, M.P. Zulueta, A. Fernández-Feito, M. Pascual Sáez, P. Parás Bravo, M. Santibáñez Margüello, C. Blázquez Fernández y D. Cantarero Prieto

Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cantabria. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Cantabria.

Objetivos: Describir el perfil de los casos de alta retardada por motivos no clínicos o bed-blocking (BB) que generan prolongación de estancia y utilización ineficiente de la hospitalización. Cuantificar el impacto económico de esa prolongación de la estancia según coste de hospitalización por grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Cuantificar el coste oportunidad según estancia media y unidades de complejidad hospitalarias (UCH).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes con BB en el Hospital Valdecilla durante el año 2015. Variables principales: edad, género, tipo de ingreso, destino, GRD, estancia adecuada y prolongada, servicio responsable, estancia media, coste de unidad de hospitalización, coste según UCH.

Resultados: Se encontraron 266 casos BB. 56,4% hombres y 43,6% mujeres, edad media 75,62 años [DE 11,92]. Ingresaron de forma urgente el 91,35% y un 85,71% fueron derivados a centro de larga estancia. Media de estancia prolongada de 5,86 días [DE 12,76]. Acumularon en total 1.559 días de estancia prolongada. Dicha estancia supone un coste de hospitalización extra de 1.375.438,29 €. El coste oportunidad fue de: 213 casos que dejaron de ingresar, con 515,76 UCH no producidas y un beneficio no producido de otros 1.364.209,93 €.

Conclusiones: El perfil de paciente BB es varón mayor de 75 años, con ingreso urgente, diagnóstico con pérdida brusca de capacidad funcional y derivación a centro de larga estancia. La estancia inadecuada supuso coste extra de 1.375.438,29 € y un beneficio no producido de otros 1.364.209,93 €.

C-44. RIESGO CATASTRÓFICO DEL COPAGO DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

R. del Pozo Rubio y D. Jiménez Rubio

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Centro de Estudios Sociosanitarios, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada.

Objetivos: Analizar la equidad y riesgo catastrófico del copago de dependencia en España tras la reforma estructural en 2012, que introduce una nueva definición para la contribución de las personas beneficiarias.

Métodos: Se utilizó la encuesta EDAD08. Se determinaron los hogares cuyo desembolso asociado al copago de dependencia en proporción de la renta se situaba por encima de los umbrales de catastrofismo definidos (incidencia), así como el efecto empobrecedor inherente a dicho copago (intensidad). Siguiendo la metodología introducida por Wagstaff y Van Doorslaer, se calcularon índices de concentración de la incidencia y la intensidad del gasto catastrófico en servicios de dependencia para los grados II y III de manera conjunta, y desagregando en función de la renta per cápita y el signo político de la comunidad de residencia.

Resultados: Los hogares con mayores recursos soportan una mayor carga financiera del copago en términos de incidencia, mientras que en términos de cuantía o intensidad del copago el esfuerzo recae especialmente en los hogares con rentas más bajas. Estos resultados se observan en mayor medida en las comunidades de mayor renta per cápita frente a las de menor, y en las comunidades gobernadas por partidos de ideología progresista frente a ideología conservadora.

Conclusiones: La nueva definición del copago de dependencia en España se configura como un factor importante de riesgo catastrófico y de desigualdad en la carga financiera soportada por las personas con dependencia, con diferencias importantes según la renta per cápita y el gobierno de la comunidad de residencia.

C-45. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA CON PERROS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DEMENCIA INSTITUCIONALIZADAS

I. Pardo García, F. Escribano Sotos y M.Á. Briones Peralta

Departamento de Economía, Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial (UCLM). Departamento de Análisis Económico y Finanzas (UCLM). CESS, Residencia de Mayores Sagrado Corazón de Jesús, Diputación de Cuenca.

Introducción: En los últimos años la terapia asistida con animales (TAA) está siendo objeto de numerosos estudios para conocer su efectividad en el tratamiento de la demencia en distintos aspectos como

los trastornos psico-conductuales, relacionales y/o cognitivos. No obstante, todavía hay un déficit importante en cuanto al conocimiento del efecto de estas terapias en la calidad de vida de los pacientes o su influencia en el uso de medicamentos psicotrópicos.

Objetivos: El objetivo era valorar la efectividad de una intervención de terapia asistida con perros en las personas con demencia institucionalizadas en un centro público en relación al uso de medicamentos psicotrópicos y la calidad de vida.

Métodos: Se diseñó un programa de intervención asistida con perros en el que participaron 39 usuarios de una residencia geriátrica pública en Cuenca, divididos en 2 grupos de intervención y un grupo control, con una sesión semanal de 50 minutos de duración, durante 6 meses.

Resultados: Se evaluaron diferentes variables físicas y psicológicas antes y después de la intervención y, mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas, en el grupo experimental hubo mejoras relacionadas con la calidad de vida y el uso de psicotrpicos.

Conclusiones: Las terapias asistidas con animales pueden mejorar la calidad de vida de las personas con demencia residentes en centros geriátricos.

C-46. CONDICIONES DE VIDA Y CUIDADOS PROFESIONALES DESTINADOS A PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

F. Jimeno y J.A. Martín

Universidad de Granada.

El objetivo de esta investigación es conocer si inciden las condiciones de vida en el desarrollo de los cuidados de larga duración de naturaleza profesional destinados a personas mayores en España (plazas residenciales, centro de día, ayuda a domicilio). Se analiza el periodo 1999 a 2012, inicio y desarrollo de los servicios sociales modernos, utilizando para ello un modelo predictivo de panel de datos, que combina la información anual con la transversalidad de datos distribuidos por cada una de las Comunidades Autónomas. Resultaron significativas con coeficiente positivo las variables que representaban, el desarrollo del PIB, la ausencia de estudios, la soledad de la persona mayor, así como la residencia en entorno rural. De igual modo, con coeficiente negativo, la renta disponible y el indicador de personas extranjeras en España. Asimismo, al haber estimado un modelo de panel de efectos fijos en la variable temporal, a través de los valores y signos de los coeficientes independientes de las ecuaciones de regresión de cada anualidad, pudimos percatarnos de algunos cambios estructurales ocurridos desde el inicio de la serie estadística. Así, destacan los años 2001 (primeros efectos de la planificación), 2005/2006 (crecimiento tras el Libro Blanco de la Dependencia) y 2010/2012 (estancamiento y retorno al 2008/2009).

C-47. ANÁLISIS DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES/AS DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: UN METAANÁLISIS A PARTIR DE LA ZARIT BURDEN INTERVIEW

A.M. Rodríguez González y E. Rodríguez Míguez

Universidad de Vigo. Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo.

Objetivos: Obtener si existen diferencias en los valores medios de ZBI y analizar en función del tipo de patología de la persona dependiente, región y año del estudio.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática a través de PubMed y Web of Knowledge en los años 2005-2015. Para evaluar el efecto de los moderadores (patología, año y región) sobre la medida de efecto, se utilizan los modelos de efectos mixtos para tener en cuenta la estructura multinivel de los datos.

Resultados: Las cuidadoras de enfermos de Alzheimer, personas mayores dependientes y dependientes con limitaciones físicas tienen un valor medio de ZBI significativamente inferior que las cuidadoras de personas con enfermedades mentales. Las cuidadoras de dependientes con limitaciones físicas tienen una media de ZBI significativamente inferior a los de las personas mayores dependientes, pero no significativamente diferente a las cuidadoras de personas que padecen Alzheimer. Además, las cuidadoras de personas con Alzheimer severo obtienen valores ZBI significativamente superiores al de las cuidadoras de pacientes moderados o leves. Finalmente, no se obtienen diferencias significativas con respecto a la región y año del estudio.

Conclusiones: Existe una relación entre la sobrecarga y la enfermedad padecida por la persona dependiente, lo que alerta sobre la necesidad de abordar las situaciones de dependencia desde el binomio cuidadora/dependiente para lograr una mayor eficacia en las intervenciones.

C-48. ESTANCIA PROLONGADA POR MOTIVOS NO MÉDICOS (BED-BLOCKING) POR FRACTURAS DE CADERA EN EL HOSPITAL VALDECILLA, 2010-2015

A. Pellico López, M.P. Zulueta, A. Fernández-Feito, M. Pascual Sáez, P. Parás Bravo, M. Santibáñez Margüello, C. Blázquez Fernández y D. Cantarero Prieto

Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cantabria. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Cantabria.

Objetivos: Describir el perfil de los casos con fractura de cadera y alta retardada por motivos no clínicos o bed-blocking (BB) que generan prolongación de estancia y utilización ineficiente de la hospitalización. Cuantificar el incremento del coste del proceso por esa prolongación de la estancia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes con fractura de cadera y BB en el Hospital Valdecilla durante el período 2010-2015. Variables principales: edad, género, tipo de ingreso, destino, GRD, estancia adecuada y prolongada, coste proceso, coste estancia.

Resultados: Se encontraron 182 casos. 74,9% mujeres y 24,6% varones, edad media 82,63 años [DE 8,97], siendo las mujeres significativamente de más edad. Ingresaron de forma urgente el 91,3%. Un 83,6% fueron derivados a centro de larga estancia y un 11,5% a su domicilio (retraso significativamente mayor). Los casos acumularon en total 1.355 días de estancia prolongada. A una media de estancia adecuada de 13,00 días [DE 14,53] se añadió una estancia prolongada media de 7,44 días [DE 18,34]. El 91,8% de los casos se retrasan menos de 2 semanas. El coste de hospitalización inadecuada supone un incremento del coste total de atención del proceso de un 36,08%.

Conclusiones: El perfil de paciente BB tras fractura de cadera es mujer mayor de 80 años, con ingreso urgente y derivación a centro de larga estancia. La planificación del alta desde el mismo momento del ingreso urgente podría ahorrar un sobrecoste de la atención del 36,08%.

MESA DE COMUNICACIONES X

Determinantes de la utilización de servicios sanitarios

Jueves, 7 de septiembre, 09:15-10:45

C-49. IMPACTO EN EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS Y EN LAS BAJAS DE LA NO INICIACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Rubio Valera, A. Fernández, M. Gil Girbau, M.T. Peñarrubia María, R. Sabés Figuera, A. Serrano Blanco e I. Aznar Lou

Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. CIBERESP. Agència de Salut Pública de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Objetivos: Se ha estimado que una de cada cinco prescripciones para nuevos tratamientos farmacológicos nunca se dispensa. No iniciar un tratamiento podría impactar en la salud y aumentar los costes. El estudio estimó el impacto de la no iniciación en el uso de servicios sanitarios, días de baja y costes.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal (3 años) con los pacientes (1,7 millones) a quienes se les prescribió un nuevo fármaco en AP en Cataluña en el 2012 de entre los 13 más usados y costosos para el sistema. El número de uso de servicios sanitarios y los días de baja se extrajeron de SIDIAP. Se utilizó regresión lineal multivariante multinivel (paciente, médico y centro de AP).

Resultados: Los pacientes iniciadores mostraron un consumo más elevado de fármacos y un uso más elevado de algunos servicios sanitarios que los pacientes no iniciadores o parcialmente iniciadores. Sin embargo, los iniciadores presentaron menores pérdidas de productividad; lo que produjo un retorno económico neto, especialmente cuando se consideraron los fármacos para enfermedades agudas (como penicilinas). A corto plazo, la no iniciación produjo una mayor carga económica para el sistema.

Conclusiones: La no iniciación parece tener un impacto en las pérdidas de productividad y costes a corto plazo. Las consecuencias clínicas y las consecuencias económicas a largo plazo de la no iniciación deben ser evaluadas en el futuro. Las intervenciones para promover la adherencia a los nuevos tratamientos en AP podrían reducir los costes y mejorar los resultados en salud.

C-50. PERFIL DEL PACIENTE DE FISIOTERAPIA EN ESPAÑA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2011-2012

M. Guerra Robas

Universidad Pablo de Olavide.

Objetivos: En este trabajo analizamos el perfil del paciente de fisioterapia en España, así como los determinantes de la demanda de atención fisioterapéutica al objeto de conocer la demanda real de fisioterapia, y valorar si se adecúa a la necesidad potencial de este tipo de asistencia. No conocemos trabajos previos relativos a los determinantes de la utilización de la fisioterapia en España.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado a partir de los microdatos de la última Encuesta Nacional de Salud realizada en España (ENS 2011-2012). Los determinantes de la demanda de atención fisioterapéutica se analizan mediante la estimación de un modelo de regresión logística multivariante en el que incluimos las variables que muestran asociación en el análisis bivariado previo.

Resultados: Los datos muestran una importante variabilidad en la demanda de fisioterapia entre las CCAA. El nivel socioeconómico y educativo y el tipo de cobertura sanitaria resultan determinantes en la utilización: pertenecer a un nivel socioeconómico y educativo elevados incrementa la probabilidad de que una persona reciba asistencia fisioterapéutica; en cambio, se observa una menor predisposición a utilizar este tratamiento cuando la cobertura sanitaria es exclusivamente pública. Desde una perspectiva clínica, resulta llamativo el reducido porcentaje de personas con patologías susceptibles de tratamiento fisioterapéutico que afirmaron haber acudido al fisioterapeuta.

Conclusiones: La promoción de la fisioterapia como disciplina terapéutica es clave para asegurar su adecuado acceso a la población. Los resultados obtenidos nos permiten concluir que en España no se está promoviendo adecuadamente la utilización de la fisioterapia.

C-51. LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE: ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN LA RED DE CENTROS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

J.L. Ruiz López, B. García-Cárceles, A. Fuertes Fortea y J.E. Llopis Calatayud

Departamento de Medicina, Universidad Católica de Valencia. Facultat d'Economia de la Universitat de València. Atención Primaria del Departamento de la Ribera en la Comunitat Valenciana. Área Quirúrgica del Hospital de la Ribera en la Comunitat Valenciana.

En la demanda de urgencias de los hospitales el paciente puede acudir sin pasar por primaria. La congestión de los servicios de urgentes con casos que podrían ser tratados a otros niveles asistenciales, supone una pérdida de eficiencia. Una de las estrategias habitualmente utilizadas para mejorar esta situación en la deslocalización de la atención urgente en centros de la red de primaria. Este trabajo evalúa el impacto de la deslocalización de la atención urgente sobre la demanda de urgencias de los hospitales, considerando las características propias de cada nivel asistencial, las decisiones médicas en primaria y las características demográficas y de morbilidad de la población de estudio. Para el análisis se han analizado un total de 570.858 episodios de urgencias hospitalarias y 1.366.052 episodios de urgencias extra hospitalarias. Se parte de la caracterización de la demanda de urgencias utilizando modelización jerárquica y multinivel con una estructura de efectos mixtos que maximiza la transparencia del modelo, al poder computar cada fuente de variación esperada de la demanda ante cambios en las condiciones de partida, según el nivel asistencial al que afecten. Se presenta el éxito en la caracterización de la atención urgente en el área. El modelo tiene capacidad predictiva suficiente para ofrecer una herramienta de gestión capaz de estimar la demanda ante cambios previsibles en la estructura de la población, utilizando un conjunto pequeño de variables fáciles de obtener por parte de los gestores sanitarios. Dicho resultado se presenta de manera aplicada y concreta.

C-52. CESAREAN SECTIONS AND NEWBORNS HEALTH OUTCOMES

A.M. Costa Ramón, A. Rodríguez González, M. Serra Burriel and C. Campillo Artero

UPF & CRES. UPF. CRES & UB. Servei de Salut de les Illes Balears & CRES.

Cesarean sections have been associated in the literature with poorer newborn health and, in particular, with higher incidence of respiratory morbidity. However, most studies suffer from potential omitted variable bias, since they are based on simple comparisons of mothers who give birth vaginally and mothers who give birth by cesarean section. We try to overcome this limitation and provide the first causal evidence by using variation in the probability of getting a c-section that is arguably unrelat-

ed to maternal and fetal characteristics: variation between hours. It has been found that, although nature distributes births and associated problems uniformly, time-dependent variables related to physicians' demand for leisure are significant predictors of unplanned c-sections. We document in our sample of public hospitals in Spain how the rate of c-sections is higher during the beginning of the night than during the rest of the day. This provides us with a new instrument for the type of birth: the time of delivery. Our results suggest that non-medically indicated c-sections have a negative and significant impact on the newborn's health, as measured by Apgar scores and the pH level of the umbilical cord.

C-53. EL BOBO COMO CONSUMIDOR DE SERVICIOS SANITARIOS: ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS CON EL AUJE DE LA DENOMINADA MEDICINA COMPLEMENTARIA O ALTERNATIVA EN ESPAÑA, 2003-2014

A. Rodríguez Caro y J. Pinilla Domínguez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

En los últimos años en España ha crecido de manera importante el interés y consumo por la denominada medicina complementaria y alternativa. El objetivo de esta investigación es estudiar el perfil socioeconómico de estos consumidores. Analizamos los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (en sus oleadas de 2003, 2006 y 2011) y de la Encuesta Europea de Salud (datos españoles de 2009 y 2014). Mediante modelos de elección discreta estimamos la función de consumo de servicios de medicina alternativa (visitas y tratamientos) ajustando por variables socioeconómicas (edad, género, nivel de estudios, renta y clase social), estado de salud subjetivo y cronicidad, intentando cuantificar también el potencial efecto sustitución sobre el consumo de medicamentos y servicios sanitarios convencionales. Los resultados preliminares muestran un aumento del consumo a lo largo de los años, atenuado durante la crisis económica. Los perfiles socioeconómicos relacionados con el consumo de este tipo de servicios son: mujeres (odds ratio (OR) 1,49, $p < 0,05$), de clase alta (OR 1,19, $p < 0,05$), con estudios superiores (OR 1,18, $p < 0,05$), y rentas elevadas (OR 1,04, $p < 0,05$), características propias del bo-bo. El *bo-bo*, término originario inglés *bourgeois bohemian* (burgués bohemio) es una clasificación sociológica informal que describe a los miembros de un grupo social ascendente a finales del siglo XX, caracterizado por su pertenencia a altas clases sociales junto a unos valores bohemios y hippies. En cuestiones de salud estas élites educadas buscan "sofisticadas" formas de consumo de servicios y productos sanitarios por lo que resultan clientes potenciales de medicina complementaria o alternativa.

MESA DE COMUNICACIONES XI

Desigualdades en salud y equidad en la atención sanitaria

Jueves, 7 de septiembre, 11:15-12:45

C-54. TIEMPOS DE ACCESO REGIONAL A PRODUCTOS HOSPITALARIOS

M. Solozábal, S. Fraile y V. Gómez-Navarro

RWI, QuintilesIMS. Hospital Offering Development, QuintilesIMS.

Objetivos: Analizar las diferencias en los tiempos de acceso regional (TAR) de los nuevos lanzamientos de productos hospitalarios se-

gún año de comercialización, área terapéutica, clúster regional y tamaño de hospital.

Métodos: El TAR se estimó como el tiempo entre la fecha de comercialización y la fecha del primer consumo regular obtenido a través del Panel de Hospitales de QuintilesIMS. Se analizaron los productos autorizados por la EMA entre enero 2013-diciembre 2016 y comercializados en España, y se clasificaron según área terapéutica en esclerosis múltiple, hepatitis C, oncología, VIH, biológicos para enfermedades autoinmunes (AiB) y resto de mercado. Se definieron clústers regionales (acceso centralizado, mixto o descentralizado de las Comunidades Autónomas-CCAA en base al documento de Farmaindustria (2015) y se diferenciaron los hospitales por número de camas.

Resultados: Los productos hospitalarios tienen un TAR de 3 meses, siendo más rápidos los productos de hepatitis C (1 mes), que los de Oncología y VIH (3 meses), y AiB y esclerosis múltiple (4 meses). Aunque se ha visto una reducción del TAR en los últimos años (de 8,5 a 2 meses desde 2013 a 2016), existen diferencias entre CCAA según el proceso de acceso al mercado (3,8 y 2,6 meses en las de acceso centralizado y descentralizado, respectivamente), así como según el tipo de hospital (3,6 meses en los hospitales grandes y 2,7 meses en los pequeños).

Conclusiones: Los TAR de productos hospitalarios han disminuido en los últimos años, pero siguen existiendo diferencias a nivel regional y hospitalario, así como según el mercado.

C-55. RELACIÓN ENTRE LOS TIEMPOS DEL PROCESO DE PRECIO Y FINANCIACIÓN Y EL ACCESO REGIONAL A PRODUCTOS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA

V. Gómez Navarro, S. Fraile y M. Solozábal

QuintilesIMS.

Objetivos: Analizar la relación entre el tiempo de precio y financiación (P&F) y el tiempo de acceso regional (TAR) de productos hospitalarios lanzados en España, en función del tipo de producto y del informe de posicionamiento terapéutico (IPT).

Métodos: Se incluyeron los productos hospitalarios aprobados por la EMA entre 2013-2016 y comercializados en España. La duración del proceso de P&F se estimó desde la fecha de aprobación de la EMA hasta la fecha de comercialización (según regulación debe ser 180-270 días), y el TAR entre la fecha de comercialización y la fecha del primer consumo regular (Panel de Hospitales, QuintilesIMS). Los productos se clasificaron en crónicos/agudos, huérfanos y por dictamen del IPT.

Resultados: Los medicamentos tardaron 311 días para P&F y 92 días hasta el acceso regional. Un 15% obtuvo P&F por debajo del tiempo esperado, el 23% dentro de plazo y el 62% lo sobrepasó. Los medicamentos con tiempos de P&R reducidos tuvieron un TAR menor que el resto (62 y 120 días, respectivamente). Los tratamientos agudos lograron un tiempo de P&F más rápido que los crónicos (224 y 347 días), pero un TAR mayor (153 y 91 días). El tiempo de P&F y TAR de medicamentos huérfanos fue un ~50% superior. Los medicamentos con IPT tardaron más en obtener P&F pero el TAR fue mucho menor (91 y 220 días).

Conclusiones: No se observa una relación directa entre los tiempos de P&F y TAR en los medicamentos hospitalarios, viéndose afectada por características del producto o extrínsecas a este.

C-56. DESIGUALDAD HORIZONTAL EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS POR LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS ANTES Y TRAS LA CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA

I. Abásolo, M.A. Negrín-Hernández y J. Pinilla

Universidad de la Laguna. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Analizar si existe un patrón de distribución por edad en la utilización de servicios sanitarios públicos; y probar si entre los mayores (≥ 65 años)

hay variaciones en utilización por comunidad autónoma (CA) y nivel socioeconómico (NSE). Se medirá si hay un efecto crisis económica. Utilizando las Encuestas Nacional de Salud (2006; N = 29.478) y Europea de Salud (2014; N = 22.842) se estiman regresiones logísticas multinivel para explicar la probabilidad de utilizar servicios de medicina general, especializada y urgencias, controlando por variables individuales de necesidad sanitaria, demográficas y socioeconómicas. En atención primaria existe un claro gradiente que favorece a los mayores, duplicando el riesgo relativo de visitar al médico general (OR = 1,92; $p \leq 0,001$), gradiente que se mantiene con la crisis económica (OR = 2,02; $p \leq 0,001$) – referencia: 16-34 años-. Por el contrario, en los servicios de urgencia se da un gradiente opuesto (OR = 0,32; $p \leq 0,001$) que también se mantiene tras la crisis (OR = 0,46; $p \leq 0,001$). En las visitas al especialista no se aprecia ningún gradiente en los dos momentos analizados. Cuando nos centramos en los mayores, el acceso a los tres servicios cambia por regiones siendo significativa la varianza de los efectos aleatorios a nivel de CA ($p \leq 0,001$). El NSE sólo afecta a la probabilidad de utilizar los servicios de atención primaria ($p \leq 0,001$) y esto no cambia con la crisis económica. Una vez que ajustamos por necesidad sanitaria y otros factores socioeconómicos y demográficos, la edad influye en la utilización de aquellos servicios sanitarios cuya demanda inicia el paciente. La utilización sanitaria de los mayores varía por CA y NSE.

C-57. ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN SIMULTÁNEA DE SERVICIOS SANITARIOS PROVISTOS PÚBLICA Y PRIVADAMENTE

M.A. Negrín, I. Abásolo y J. Pinilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de La Laguna.

Bajo el Sistema Nacional de Salud español el acceso al médico especialista y a pruebas diagnósticas no es directo y conlleva, a veces, largos tiempos de espera. Esto hace que algunos ciudadanos decidan pagar por servicios sanitarios privados (mediante seguros o pagos de bolsillo), para sustituir y/o complementar los servicios provistos públicamente. El objetivo de esta comunicación es analizar las características diferenciales de los usuarios que simultanean la utilización de servicios de especialista financiados pública y privadamente. Con datos del Barómetro Sanitario 2005-2015 se estiman modelos logit multinomial jerárquicos bayesianos para explicar la simultaneidad público-privada en las visitas al especialista, controlando por variables de necesidad, socioeconómicas, así como la percepción individual sobre la calidad en la provisión pública. En 2005 el 55% de los españoles declara no haber realizado ninguna visita al especialista, un 32,1% visitó sólo al especialista público, un 8,8% al especialista privado, y un 4,1% simultaneó. Este último porcentaje se mantiene relativamente estable hasta 2009, disminuyendo en los siguientes años hasta situarse en un 2,7% en 2015. En todos los años se observa que aquellos individuos que simultanean tienen mayor frecuencia de visitas, con una media de 5,8 visitas (IC 4,7-6,9), mayor que la de los que acuden sólo al especialista público (2,5) o privado (2,9). El análisis multivariante muestra características distintas de los usuarios que simultanean ambos servicios: declaran mayor estatus socioeconómico que los que visitan sólo al especialista público y declaran peor estado de salud que aquellos que visitan sólo al especialista privado.

C-58. DIFFERENCES IN CANCER MORTALITY ACROSS THE SPANISH PROVINCES

J.Clemente, A. Lázaro and A. Montañés

Universidad de Zaragoza.

This paper analyses the evolution of the cancer mortality rate in Spain for the period 1980-2015, with the data being collected from

the Spanish Institute of Statistics. Our results prove that total cancer mortality rate does not distribute in a similar way for the Spanish provinces. By contrast, we observe that there exist different patterns of behavior, being the inhabitants of the northwestern provinces the ones that exhibit the highest cancer mortality. By contrast, the provinces of Madrid, southern and Mediterranean provinces show the lowest rates. This result maintains if we disaggregate the total cancer mortality rate into its main components: Lung/trachea, Pancreas, Colon, Stomach, Prostate and Breast. We should note, however, that the behavior of these components is not homogeneous. In order to explain the possible factors that can help us to explain the total cancer mortality rate, we estimate an ordered probit model. The variables finally included in the specification reveals that the number of sunny days, the activity rate and the population rate of the province diminish their cancer mortality. By contrast, the higher the exposition to the emission of contaminant particles of the Spanish thermic centrals, the higher the cancer mortality rate of the province. This robustly indicates the negative influence of this environmental factor on the evolution of mortality due to cancer.

MESA DE COMUNICACIONES XII

Evaluación de políticas de salud

Jueves, 7 de septiembre, 11:15-12:45

C-59. EFICIENCIA EN LA COORDINACIÓN ASISTENCIAL: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS MODELOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA Y LA GESTIÓN TRADICIONAL

J.L. Franco Miguel, R. Nuño Solinís, C. Fullana Belda y A. Rúa Vieites

Clínica Baviera. Deusto Business School Health, Universidad de Deusto. Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE.

Objetivos: Evaluar el impacto de los modelos de gestión de hospital, esto es: tradicional, Private Finance Initiative (PFI) y Public Private Partnership (PPP) en la eficiencia de los procesos de coordinación asistencial. Se consideran los hospitales de la red pública en el ámbito geográfico y de gestión del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) durante el periodo 2013-2015, que se corresponde con el despliegue de la Estrategia de Cronicidad del SERMAS.

Métodos: Se realizó un análisis de eficiencia utilizando la técnica del análisis envolvente de datos orientada a outputs, tanto con rendimientos constantes como variables de escala. El estudio comprendió 7 hospitales del modelo PFI, 3 del modelo PPP, y 11 de gestión tradicional (con categoría de hospital general) dependientes del SERMAS. Los outputs considerados han sido las hospitalizaciones evitables y los reingresos, mientras que los inputs considerados han sido el número de camas y el gasto per cápita.

Resultados: Los hospitales públicos de gestión tradicional obtuvieron en todo el periodo analizado una eficiencia en coordinación asistencial superior a las de los nuevos modelos de colaboración público-privada.

Conclusiones: En los procesos de coordinación entre ámbitos asistenciales los nuevos modelos de gestión de hospitales presentan peores resultados de eficiencia que la gestión tradicional. Uno de los motivos podría ser las dificultades de coordinarse con la Atención Pri-

maria de los hospitales con nuevos modelos de gestión frente a unos procesos más consolidados de relación internivel en el modelo tradicional.

C-60. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN EL TIEMPO DE ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

E. Viayna, L. Planellas y M. Solozábal

Real World Insights, QuintilesIMS.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en el tiempo de elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT) según coste condiciones de uso (CdU) y área terapéutica (AT).

Métodos: Se revisaron los medicamentos con opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento (21/05/2013-31/12/2016) aprobados en España. Se calculó el tiempo de elaboración del IPT: desde la fecha del CHMP hasta el envío a la Dirección General de Cartera Básica del Servicio Nacional de Salud y Farmacia (DGCSF). Los medicamentos se clasificaron en función del coste/tratamiento/día (4 grupos por percentiles), CdU (hospitalario/ambulatorio) y AT. Cada grupo se dividió en función del tiempo de elaboración del IPT (inferior o superior a 7 meses). Se analizó si existían diferencias en función de las variables mencionadas.

Resultados: A 07/02/2017, 118 medicamentos presentaban IPT enviado a la DGCSF con una mediana de tiempo de elaboración de 7,6 meses. Ésta era inferior para los medicamentos con mayor coste/tratamiento/día (8,5 y 5,8 meses para los de menor y mayor coste, respectivamente), observándose una asociación lineal por lineal entre coste y tiempo de elaboración (a mayor coste, menor tiempo de elaboración; $p = 0,006$). La elaboración del IPT tardó menos de 7 meses en el 56% y el 20% de los medicamentos hospitalarios y de prescripción médica, respectivamente ($p = 0,004$). También existen diferencias según AT, que oscilaban entre 5,5 meses (antihemorrágicos) y 11,6 meses (oftalmológicos).

Conclusiones: Se observan diferencias en el tiempo de realización de los IPT en función del coste, CdU y AT.

C-61. INTEGRACIÓN VERTICAL DE LA ALTA COMPLEJIDAD ONCOLÓGICA VS. INTEGRACIÓN HORIZONTAL EN EL CONJUNTO DEL SISTEMA SANITARIO DE CATALUÑA: IMPLICACIONES Y RETOS

J. Prades, P. Manchón-Walsh, J.A. Espinàs y J.M. Borràs

Plan Director de Oncología, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: La estrategia de centralización iniciada en 2012 en Catalunya procuró limitar posibles desajustes entre acceso y calidad clínica en el caso de procedimientos oncológicos de alta complejidad a partir de designar centros autorizados, lo que ha mejorado la supervivencia en cánceres como sarcomas, esófago o metástasis hepáticas. La reorganización que sigue a la reforma, sin embargo, ha tenido importantes efectos sobre la estructuración de la oferta de servicios. La investigación analiza las implicaciones que la verticalidad en la provisión de la alta complejidad ha supuesto en términos de integración con el sistema sanitario en su conjunto.

Métodos: Estudio de caso que incluye un análisis documental (legalidad, auditoría clínica) e investigación cualitativa basada en entrevistas ($n = 15$) a informantes clave (profesionales y gestores) participantes en el proceso de centralización.

Resultados: La reforma ha implicado un cambio de relevancia en la planificación de servicios, priorizándose la equidad en resultados por encima de la equidad de acceso, y mejorado las condiciones para la rendición de cuentas, aunque concentra retos sobre la integración horizontal en el marco de la atención hospitalaria (e.g. coordinación de flujos de pacientes, segmentación de los procesos de atención, gestión del paciente geriátrico o con comorbilidad) y atención primaria (e.g. gestión de la supervivencia).

Conclusiones: Establecer un marco de atención para las patologías oncológicas de alta complejidad debe incorporar vínculos estratégicos y operativos (e.g. gestión de datos compartida, relaciones de red entre profesionales) con el sistema sanitario en su conjunto, priorizándose aproximaciones por pacientes más que por patologías.

C-62. COMPARATIVA DE MODELOS DE CLASIFICACIÓN NO PARAMÉTRICOS FRENTE A MODELOS DE ELECCIÓN DISCRETA CONVENCIONALES: UNA APLICACIÓN CON DATOS DE PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ONCOLÓGICO

C. González Martel, M.Á. Negrín Hernández, J. Pinilla Domínguez y F.J. Vázquez Polo

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comparar modelos estadísticos convencionales con nuevas herramientas metodológicas que combinan las ventajas computacionales e interpretativas de la estadística Bayesiana y las técnicas de síntesis de información del aprendizaje automático.

Métodos: Nos basaremos en un estudio previo que utiliza la base de datos OncoBarómetro 2010 para analizar la percepción de los factores de riesgo de cáncer a través de modelos de regresión logística. Los factores analizados incluyen el tabaco, el consumo de alcohol, la exposición al sol, el tipo de alimentación, el peso, las enfermedades de transmisión sexual, la historia familiar, la exposición a radiaciones, el contacto con sustancias nocivas y la contaminación atmosférica. Como variables explicativas se consideraron características sociodemográficas y de salud.

Se estiman modelos de clasificación basados en Redes Neuronales, Naïve Bayes, K-Nearest Neighbour y RadomForest comparándolos con los métodos Logit a través de medidas de bondad de ajuste como precisión, sensibilidad y especificidad y curvas ROC.

Resultados: Los métodos no paramétricos basados en la minería de datos y aprendizaje automático permiten mejorar en algunos casos el ajuste del en comparación con el modelo Logit. En el caso de factor de riesgo tabaco la precisión alcanzada del modelo Logit fue de 57% (especificidad: 56,8%, sensibilidad: 57,1%). La estimación no paramétrica Naïve Bayes logra una precisión del 62%

Conclusiones: Las nuevas metodologías para el manejo de grandes bases de datos permiten descubrir nuevas interrelaciones más complejas que las obtenidas por métodos convencionales.

C-63. MENOS EMPUJONES NUNDGES Y MÁS RESTRICCIONES: EVIDENCIA A TRAVÉS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE TABAQUISMO Y SEGURIDAD VIAL EN ESPAÑA 2000-2015

J. Pinilla Domínguez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

En el mapa español de políticas públicas saludables destacan dos éxitos importantes resultado de la entrada en vigor de nuevas leyes

o de la correcta aplicación de las ya existentes. Es el caso de la modificación de la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo a través de la ley 42/2010, y de la reforma del código penal, ley 15/2007, en relación a las penas por delitos a la seguridad vial. Este trabajo evalúa el impacto de ambas intervenciones mediante un análisis de series temporales interrumpidas con modelos lineales generalizados que estiman los cambios de nivel y de pendiente, ajustando por variables de confusión, estacionalidad y autocorrelación. Utilizamos datos mensuales entre enero de 2000 y diciembre de 2015, T = 192, de ventas legales de tabaco manufacturado y picadura, facilitados por el Ministerio de Hacienda, y número de víctimas por accidentes de tráfico en vías interurbanas, DGT. Como variables de control, cambios impositivos sobre las labores del tabaco y renta familiar disponible, e intensidad de tráfico, velocidad media, y precios de los carburantes, entre otras. Los resultados preliminares muestran una caída, -9,41% ($p < 0,05$, IC = -18,02, -0,81), en las ventas per cápita de cigarrillos inmediatamente posterior a la ley 42/2010, y una disminución en las víctimas de accidentes de tráfico ajustadas por número de vehículos, -14,08% ($p < 0,05$, IC = -24,5, -3,66), posterior en este caso a la ley 15/2007. Las políticas saludables de "prohibiciones y castigos" de éxito son intervenciones sencillas, no controvertidas, inequívocas, fáciles de vigilar y con fuerte penalización para los que las incumplen.

MESA DE COMUNICACIONES XIII

Determinantes de salud

Jueves, 7 de septiembre, 11:15-12:45

C-64. EFECTO DE LAS CARACTERÍSTICAS PROVINCIALES EN EL NÚMERO DE VÍCTIMAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN VÍAS INTERURBANAS EN ESPAÑA

M.P. Sánchez González, F. Escribano Sotos y Á. Tejada Ponce

Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete.

Objetivos: El objetivo principal del trabajo es determinar el número de víctimas ajustadas por nivel de tráfico en cada provincia española a partir de un modelo que recoge las características propias de cada provincia.

Métodos: Utilizando datos de 50 provincias españolas entre 1999 y 2012, se construyen seis modelos de datos de panel con efectos fijos aplicando errores estándar corregidos para panel con el fin de corregir los problemas de heterocedasticidad, autocorrelación y correlación contemporánea. Tres modelos asumen mismo término autorregresivo AR (1) y los otros tres asumen diferente término autorregresivo. Se componen de una variable dependiente (muerto, herido grave o herido leve por nivel de tránsito) y ocho variables independientes que engloban aspectos sociales, económicos y legales.

Resultados: La proporción de vías de alta capacidad es la variable que mayor efecto tiene sobre el número de víctimas, reduciendo 0,0005 muertos, 0,002 heridos graves y 0,007 heridos leves por millón de vehículo – kilómetro recorrido. Aunque el permiso de circulación por puntos reduce 0,001 muertos por millón de vehículo – kilómetro recorrido, incrementa 0,03 heridos leves por millón de vehículo – kilómetro recorrido. Por provincias, Madrid, Almería, Barcelona o

Islas Baleares son las provincias cuyas características propias originan un mayor número de víctimas ajustadas por nivel de tráfico.

Conclusiones: Un mayor esfuerzo público en seguridad vial y el mayor conocimiento de las condiciones específicas provinciales se convierten en herramientas esenciales para conseguir erradicar este importante problema de salud pública.

C-65. CADENAS DE COMIDA RÁPIDA Y MERCADILLOS DEL AGRICULTOR MUNICIPALES: ¿INFLUYE SU UBICACIÓN EN LAS DECISIONES DE CONSUMO DEL INDIVIDUO? ¿Y EN EL RIESGO DE SUFRIR OBESIDAD?

A. Hernández Yumar, I. Abásolo Alessón,
B. González López-Valcárcel y M.C. Rodríguez Pérez

Universidad de La Laguna. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Unidad de Investigación, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Objetivos: Análisis del efecto de la existencia de cadenas de comida rápida y mercadillos del agricultor municipales en la alimentación y obesidad de los residentes en las proximidades.

Métodos: Estudio longitudinal con microdatos extraídos del cuestionario CDC para Canarias. La muestra consta de 6.629 adultos (18 o más años), elegidos aleatoriamente entre las siete islas y entrevistados entre 2000-2005. Se prevé incluir una nueva oleada de datos actualizados (2015-2016), para los mismos individuos. Se analiza la distancia entre la vivienda y la cadena de comida rápida/mercadillo más cercano, aproximando con el código postal, y, posteriormente, se estudia su influencia en la obesidad (medida mediante IMC, circunferencia abdominal, RAP y RAE) a través de modelos multinivel basados en la teoría de la interseccionalidad y en medidas propias de discriminatory accuracy y cálculo de Odds Ratio. También se tienen en cuenta otras variables socioeconómicas y demográficas.

Resultados: Los resultados preliminares muestran que la cercanía de los hogares a cadenas de comida rápida no influye en el riesgo de sufrir obesidad en hombres, pero sí en mujeres, con $p < 0,022$ en todas las medidas antropométricas, excepto en el IMC ($p = 0,563$). El resto de resultados se presentarán en las Jornadas.

Conclusiones: La oferta local de comida preparada rápida y de bajo coste, en Canarias, afecta a la prevalencia de obesidad en mujeres, reportando precisamente ellas los índices de obesidad más altos de las islas. Por tanto, la proximidad de la vivienda a cadenas de comida rápida parece ser un determinante de la obesidad.

C-66. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIOLABORALES EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA

B. Fornell, M. Correa, J.J. Martín y P. López del Amo

Universidad de Granada.

Objetivos: Se analiza el impacto diferencial por género de las condiciones sociolaborales en la salud percibida de los españoles durante la crisis económica (2007-2011).

Métodos: Se emplean datos longitudinales de la Encuesta de Condiciones de Vida 2007-2010 y 2008-2011; 4.731 mujeres, 4.420 hombres, 36.000 observaciones). Se estiman modelos logísticos longitudinales multinivel (nivel 1, año; nivel 2, individuo; nivel 3: región) conjuntos y diferenciando por género. La variable dependiente es la salud percibida colapsada en buena o mala salud. Las variables independientes individuales son: estado civil, edad, nivel de estudios, desempleo, ren-

ta disponible, carencia material severa, enfermedad crónica y precariedad laboral. Las variables regionales son el gasto per cápita en servicios públicos fundamentales, el gasto sanitario público per cápita, y el gasto en políticas de igualdad de género.

Resultados: Los resultados provisionales señalan que el desempleo (OR: 1,63 (M) 1,87 (H); $p < 0,005$) aumenta el riesgo de peor salud percibida más en hombres que en mujeres, la precariedad laboral solo en hombres (OR: 1,70 (H); $p < 0,005$), la carencia material severa solo en mujeres (OR: 2,50 (M); $p < 0,005$). La renta disponible (OR: 0,74 (M) 0,68 (H); $p < 0,005$) es un factor protector mayor en hombres. Ninguna de las variables regionales es significativa.

Conclusiones: Existe un impacto diferencial por género en la salud percibida consecuencia de los cambios en las condiciones sociolaborales generadas por la crisis económica que sugiere que el deterioro en las condiciones laborales afecta más a los hombres que a las mujeres, mientras la pobreza perjudica más la salud de estas.

C-67. FACTORES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DIETA DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

I. Pardo García, E. Amo Saus, F. Escribano Sotos, R. del Pozo Rubio, P. Moya Martínez y R. Martínez Lacoba

Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Los hábitos alimentarios son importantes porque influyen en la prevalencia de varias enfermedades. En los últimos años se observa un cambio en los patrones de alimentación hacia dietas menos saludables. Este cambio se explica, entre otros, por cambios sociales, culturales, tradiciones y/o preferencias. El objetivo es analizar la influencia que tienen ciertos estamentos sociales (familia, amigos, pareja, gobierno y publicidad) en la dieta de los jóvenes universitarios.

Métodos: La información se ha obtenido a partir de una encuesta realizada a 1.005 estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha entre septiembre y diciembre de 2016. El cuestionario recoge tanto información socioeconómica como percepciones y preferencias de los encuestados como consumidores de alimentos. Se utiliza un análisis factorial para determinar el grado de influencia de cada estamento social en la elección de los alimentos más o menos saludables.

Resultados: La familia, seguida de la publicidad son los estamentos que más influyen a la población joven a la hora de consumir alimentos saludables. Por el contrario, los amigos y también la publicidad son los que más influyen en el consumo de alimentos poco saludables. El gobierno, con sus mensajes institucionales, apenas influye en las decisiones de consumo de alimentos.

Conclusiones: La publicidad es uno de los factores más determinantes en los estudiantes a la hora de elaborar su dieta, de ahí la responsabilidad que se les debe exigir a las campañas publicitarias para reorientar la nutrición de los jóvenes hacia patrones más saludables.

C-68. DETERMINACIÓN DE LA HUELLA DE CARBONO ASOCIADA AL CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

F. Escribano Sotos, M.Á. Tobarra Gómez, E. Amo Saus, N. Gómez Sanz e I. Pardo García

Departamento de Análisis Económicos y Finanzas, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica, Universidad de Castilla-La Mancha.

Los hábitos alimentarios influyen en la prevalencia de enfermedades, y al mismo tiempo la producción y procedencia de los alimentos provoca efectos medioambientales, tanto en los países de origen como en los que generan los bienes intermedios necesarios. Últimamente se observa un cambio en los patrones alimentarios hacia dietas menos saludables, y alimentos de procedencia variada. La renta, los precios de los alimentos y factores culturales y educativos son algunas de las variables que se pueden atribuir a las diferencias en los patrones de alimentación. Junto a ello, la creciente interconexión de la producción en cadenas globales de valor lleva a un aumento en el comercio internacional de mercancías. El objetivo es calcular las emisiones de gases de efecto invernadero en términos de carbono equivalente vinculadas a la alimentación de los jóvenes universitarios. La información se ha obtenido de una encuesta realizada a 1.005 estudiantes de la Universidad de Castilla-La Mancha entre septiembre y diciembre de 2016. El cuestionario recoge tanto información socioeconómica como cantidades consumidas de cada alimento. Utilizamos un modelo multi-regional input-output para calcular la huella de carbono asociada al consumo de alimentos, a partir de la base EXIOBASE-v.2 que ofrece información sobre tablas input-output y coeficientes de emisiones para 48 países/regiones y 200 productos para calcular la responsabilidad del consumidor. Nuestros resultados muestran dichas emisiones por tipo de alimento y país donde se generan las emisiones. La mayor parte de las emisiones de carbono debidas al consumo de alimentos saludables se generan en territorio nacional.

C-69. ALCOHOL AND ILLEGAL DRUGS: ESTIMATING SOCIAL COST IN CATALONIA

V.A. Vella, A.García Altés, L. Segura García, N. Ibáñez Martínez and J. Colom Farran

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Program on Substance Abuse. Public Health Agency of Catalonia. Department of Health. Government of Catalonia.

Introduction: Estimation of social cost of alcohol and illicit drugs can provide guidance for policy making aiming at curbing harm associated to these substances. A rich literature on the field has produced a variety of analytical approaches, which have been applied to different geographical contexts. The few studies estimating social cost available for Catalonia and Spain have not been updated since around 15 years. The aim of this study was to estimate the social cost attributable to alcohol and illicit drug consumption in Catalonia for the year 2011.

Methods: An ad-hoc analytical framework, inspired by Rehm et al (2006) and Kopp and Fenoglio (2001) was developed. The framework included the human capital approach used for estimating productivity losses due to premature death, and attributable fractions used for calculating treatment and hospitalisation costs. Data were collected from main Catalan healthcare, police and justice registers.

Results: In 2011, healthcare direct cost amounted to €565,879,446.07 for alcohol and €89,240,789.30 for illicit drugs, with morbidity cost accounting for 86.63% and 47.84% respectively of total. Income losses due to premature death accounted for €194,565,366.94 for alcohol and €55,414,311.33 for illicit drugs. Data for other cost items, as law enforcement and criminal justice, have been already collected and related estimation will be conducted.

Conclusions: Alcohol and illicit drug use levies a high social cost on Catalan society. Policy makers can benefit from a reliable cost estimation exercise in order to tailor future interventions and to prioritise health policies.

SESIONES DE PÓSTERES

SESIÓN DE PÓSTERES III

Sesión de pósteres 3.1. Evaluación de políticas de salud

Jueves, 7 de septiembre, 12:45-13:45

P-45. PLAN DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA JA-CHRODIS. ESTABLECIENDO PUENTES PARA EL ABORDAJE DE POLÍTICAS EN CRONICIDAD

E. Giménez, J.M. Reynolds, M. Massip-Salcedo, M. Espallargues, M.P. López y R. Ribeiro

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Fundació para la Formació e Investigació Sanitàries (FFIS) de la Regió de Murcia. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP). Red de Investigación en Evaluación de Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Introducción y objetivos: Joint Action-CHRODIS (2014-2017) es una Acción Conjunta entre Estados Miembros europeos dirigida a seleccionar, facilitar, intercambiar y transferir buenas prácticas de atención y prevención de la cronicidad. Objetivo: analizar el potencial de los resultados de JA-CHRODIS para establecer políticas sanitarias en este ámbito.

Métodos: Se analizaron cualitativamente 30 indicadores incluidos en el Plan de Evaluación de la JA con intención de utilizarse para estimar el potencial de sus resultados para establecer políticas sanitarias. Se diferenciaron directos (aportan información práctica y/o permiten evaluar el potencial para establecer políticas sanitarias) e indirectos (permiten intuir el potencial).

Resultados: 8 indicadores se consideraron directos: (1) número/proporción de prácticas compartidas con suficiente información para implementarse, (2) aceptabilidad sobre su transferibilidad, (3) transferibilidad demostrada a nivel económico, organizativo, cultural..., (4) buenas prácticas compartidas incluidas en los estados miembros, (5) número de citaciones de los entregables de la JA en documentos legislativos, guías, recomendaciones..., (6) profesionales implementando nuevas prácticas basadas en entregables, (7) vacíos cubiertos en políticas apoyándose en entregables, (8) utilidades en que se identifican campos de acción comunes entre Estados Miembros. Asimismo, 4 indicadores se consideraron indirectos: (1) aceptación de los informes producidos (entregables) entre decisores, (2) cambios institucionales asociables a efectividad, (3) impacto extrapolado en cambios poblacionales, (4) valoración de profesionales sanitarios sobre la relevancia de los criterios para seleccionar buenas prácticas.

Conclusiones: Evaluar el impacto de acciones conjuntas implica una perspectiva a largo plazo. Las dificultades asociadas a obtener información en lapsos prolongados de tiempo hacen poco frecuente que se realicen este tipo de evaluaciones. El marco presentado resulta una aportación de elementos específicos que faciliten medir el potencial impacto en política sanitaria de ésta u otras JA.

P-46. ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE CRITERIO BASADO EN LA AGUDEZA VISUAL DE LA IDONEIDAD QUIRÚRGICA EN LA CATARATA CON PSEUDOEXFOLIACIÓN

P. Vázquez Ferreiro, F.J. Carrera Hueso, C. Crespo Palomo, J.E. Poquet Jornet y M.A. Ramón Barrios

Ophthalmologic Department, Hospital Virxen da Xunqueira, Doctor of Pharmacy Program. University of Granada. Pharmacy Service, Hospital Dr. Moliner. Statistical Department, University of Barcelona. Axentiva Solutions. Pharmacy Service, Hospital de Denia.

Introducción: Existe una clara necesidad clínica y económica de establecer un punto de corte o umbral de agudeza visual (AV) para los pacientes pseudoexfoliativos con necesidad de cirugía de catarata. El objetivo de este estudio fue estimar la relación coste-efectividad de dos puntos de corte ($> 0,2$ frente $\leq 0,2$) de AV para la prescripción de cirugía de cataratas en España.

Métodos: Se ha diseñado una evaluación económica con un horizonte temporal de 1 mes que recoge los efectos y los costes de la cirugía de cataratas y sus distintas complicaciones intraoperatorias (ruptura capsular, vitreorragia, zonulodialis, luxación núcleo o luxación lentes) desde la perspectiva hospitalaria. Para la obtención de las probabilidades se ha llevado a cabo un metanálisis de fuentes primarias. Los costes (€2017) provienen de las tarifas oficiales de Galicia y del Hospital Virxen da Xunqueira. La medida de eficiencia es coste por complicaciones intraoperatorias evitadas. La robustez se ha realizado mediante un análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico.

Resultados: El coste medio por paciente operado de cataratas por pseudoexfoliación con $AV \leq 0,2$ fue de 3.254,17€; y de 3.123,13 € para $AV > 0,2$, mostrando un ahorro del 4%. La proporción de pacientes con complicaciones fue del 11,5% y del 6,7% para $AV \leq 0,2$ y $AV > 0,2$, respectivamente. El resultado se validó con el análisis probabilístico identificó (97% de dominancia).

Conclusiones: La operación de cataratas por pseudoexfoliación a pacientes con $AV > 0,2$ es la estrategia dominante al ser más efectiva y más económica.

P-47. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS AGENTES ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA TRAS 2 AÑOS DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN ESPAÑA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD

J. Turnes, R. Domínguez-Hernández y M.Á. Casado

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB).

Objetivos: Realizar un análisis coste-utilidad (ACU) del acceso de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) tras dos años desde la implementación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C (PEACH), en España.

Métodos: El ACU se simuló mediante un modelo de Markov, comparando el tratamiento con los nuevos AAD (estrategia post-AAD) frente a los tratamientos previos (pre-AAD) tras dos años desde la aprobación del PEACH. La respuesta viral sostenida, características clínicas, número de pacientes tratados, transiciones entre estados, costes de tratamiento, manejo de la enfermedad, y utilidades de cada estrategia se basaron en la literatura y datos nacionales publicados. Aplicando una tasa de descuento anual del 3%, los resultados se expresaron como costes directos sanitarios (€, 2016), años de vida ajustados por calidad (AVAC) y eventos clínicos evitados. Se realizaron análisis de sensibilidad univariantes.

Resultados: La estrategia post-AAD se asoció con un aumento en AVACs (17,92 vs 14,41), mayores costes (28.027€ vs 22.947€) mostrando una relación coste-utilidad incremental (RCUI) de 1.451€/AVAC. Durante toda la vida del paciente, la estrategia post-AAD evitaría 13.803 (88%) casos de cirrosis descompensada, 8.573 (74%) de hepatocarcinoma, 1.759 (84%) trasplantes hepáticos y 14.649 (82%) muertes por causa hepática vs la estrategia pre-AAD. Los análisis de sensibilidad confirmaron los resultados.

Conclusiones: La implantación del PEACH en España (estrategia post-AAD) puede considerarse una opción eficiente para el tratamiento de la HCC, obteniendo un coste por AVAC inferior al umbral de eficiencia utilizado en España y una reducción significativa de eventos clínicos asociados a la enfermedad.

P-48. PROPAGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS A TRAVÉS DE LA RED SOCIAL TWITTER

C. González Martel, M.Á. Negrín Hernández y J. Pinilla Domínguez

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Múltiples estudios sugieren que la explotación de la información en redes sociales resulta de gran utilidad para estudiar cómo se comparte y difunde la información en salud. Según datos del Observatorio sobre las Redes Sociales los españoles utilizan las redes sociales unas seis horas al día. Una de las plataformas con mayor penetración es Twitter (39%), lanzada en julio de 2006. En este trabajo mostramos una aplicación con dicha red social para analizar la expansión del cigarrillo electrónico (e-cigarette). Desde que el cigarrillo electrónico fuese patentado en el año 2003 su uso ha crecido exponencialmente. En Estados Unidos, en 2014, el 12,6% de los adultos había usado alguna vez cigarrillos electrónicos. En Europa se estima que el número de usuarios en el Reino Unido supera los 2,5 millones y en Francia los 7 millones. El objetivo de esta comunicación es analizar la evolución temporal de los tweets que incluyen la palabra e-cigarette (y sus traducciones) relativizada por el número de usuarios de la red social desde el año 2006. Además, se tendrán en cuenta la geolocalización con el propósito de mostrar la difusión de dicha tecnología en diferentes países a lo largo del tiempo. El primer tweet que hace referencia al término e-cigarette data del 10 de mayo de 2007. Durante 2008 se publicaron 76 tweets mientras que solo en enero de 2017 el número de tweets ascendió a 2.367. Las redes sociales proporcionan gran cantidad de datos que pueden ser incorporados a la investigación en muchos temas de salud.

P-49. ECONOMIES OF SCOPE AND SCALE IN PUBLICLY FUNDED BIOMEDICAL AND HEALTH RESEARCH

S. Guthrie, K. Hernández-Villafuerte, S. Parks, A. Pollitt, E. Robin, J. Sussex and S. Wooding

RAND Europe, Office of Health Economics. King College London. University College London.

Publicly funded health research is expected to achieve the best return possible for the taxpayers and for society generally. It is important to know whether health research is more productive if concentrated or if dispersed. This project makes three contributions: compiles the existing evidence into a form that can be used by policy makers; develops new qualitative insights into the ways in which economies of scope/scale function within biomedical research; explores the feasibility of carrying out an econometric examination of the magnitude of the issue. We conducted a literature review on the

extent of economies of scale/scope in medical research and interviews with UK Medical Research Council funded researchers. We analysed the perceptions of researchers about different types of interactions within and across locations, and their importance and usefulness at different stages of the research process. Combining the results of these tasks, an economic model was identified. We examined the available data to determine the feasibility of econometrically testing the model. Evidence is scattered around the literature on biomedical and health research and on other categories that include, or overlap with, biomedical and health. Bringing this together, the evidence overall points to economies of scale more often than to diseconomies, and that economies of scope are more often found than diseconomies. An important consideration is the nature of the 'research group' which is the focus of attention (research team, a unit, a department or an institution). Regardless the experience, applied/clinical researchers have a higher number of interactions than basic researchers.

Sesión de pósteres 3.2. Gestión, innovación y evaluación de los servicios sanitarios

Jueves, 7 de septiembre, 12:45-13:45

P-50. HISTORIA ECONÓMICA DEL PACIENTE: UTILIDADES PARA LA GESTIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA

E. Hernández Torres, J.L. Navarro Espigares, F.M. Pérez Carrascosa, J.M. Rodríguez Barrios, J. Espín Balbino, F.J. Ruiz Centeno, A. Jiménez Morales y J.E. Hernández

Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Daiichi Sankyo Europe.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es calcular el coste individualizado real de la asistencia sanitaria a pacientes oncológicos.

Métodos: Estudio descriptivo a partir de registros administrativos. La población de estudio son pacientes oncológicos fallecidos en la provincia de Granada durante los años 2009-2012. Fuentes de datos: Registro de Cáncer de Granada, registros de actividad asistencial de los hospitales públicos de la provincia y Sistema de Contabilidad Analítica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se genera una base de datos informativa de la Historia Económica del Paciente. La unidad mínima de información es cada contacto del paciente con el sistema sanitario, con detalle de fecha, servicio que presta la asistencia, motivo de la asistencia y motivo del alta en su caso.

Resultados: Hasta la fecha se ha recogido información de consultas externas, hospitalización, cirugía, pruebas diagnósticas de laboratorio y radiodiagnóstico y sesiones de hospital de día médico. La información consolidada ofrece una cronología de la asistencia recibida que permite reconstruir, para cada paciente, el desarrollo real de su proceso asistencial y el coste asociado al mismo.

Conclusiones: La reconstrucción del proceso asistencial a través de registros administrativos es una práctica aún poco extendida en el ámbito sanitario público. El conocimiento del coste hospitalario del tratamiento de un paciente y su composición facilitará una mejora en la eficiencia clínico-económica y la identificación de patrones de tratamiento más eficientes según situación clínica. Igualmente aporta información para la toma de decisiones sobre (re-) asignación de recursos en los centros sanitarios.

P-51. APLICACIÓN DE LOS MODELOS DE OPTIMIZACIÓN MULTICRITERIO A LA GESTIÓN ÓPTIMA DE CITAS MÉDICAS

L.A. Betancourt Odio y L. Alquézar

Universidad Pontificia de Comillas, Universidad de Zaragoza.

La gestión eficiente de las citas médicas constituye un ingrediente básico para la mejora de la calidad de los servicios hospitalarios, entendida en términos de agilizar las citas y de minimizar el tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital. La presente investigación se ha centrado en estos dos aspectos. Los trabajos de campo preliminares realizados en la Especialidad de Oftalmología del Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba (Cuba) han evidenciado que, aunque la gestión de citas médicas está informatizada, el sistema ni garantiza el uso óptimo de los recursos, ni un tiempo de espera conveniente para el paciente. Este trabajo conjuga el manejo de toda la información disponible en el hospital relativa a pacientes, médicos, tiempos de ejecución de pruebas médicas, y demás estadísticas, con los modelos de optimización multicriterio. El modelo y los algoritmos implementados en Matlab y solucionados con el software Gams, brindan al paciente el día y hora de la cita médica, así como el tiempo de cada paso asociado al protocolo que deberá seguir. Los resultados indican que es posible no solo informatizar, sino automatizar el servicio de citas médicas en los hospitales y centros de salud, permitiendo una reducción del tiempo de espera de hasta un 75% respecto a las prácticas tradicionales en la especialidad de referencia. Además, se abre la posibilidad de la extensión de los modelos al resto de especialidades del hospital de referencia, amén de que pueda servir de referente para los hospitales y centros de salud españoles.

P-52. TRANSFERENCIA DE VALOR DE LOS 3 LABORATORIOS FARMACÉUTICOS QUE MÁS FINANCIAN A ASOCIACIONES DE PACIENTES DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA

D. Moreno Sanjuán, N. García-Agua Soler, M.Á. Gallardo Abollado, A. Ruiz García, F. Martos Crespo y M.J. Gómez Márquez

Universidad de Málaga y Servicio Andaluz de Salud.

Objetivos: Medir las transferencias de valor de los 3 mayores laboratorios farmacéuticos que donan a asociaciones de pacientes reumatológicas en España.

Métodos: Se han consultado y comparado las transferencias de valor publicadas en 2016 específicas de líneas de medicamentos biológicos en reumatología.

Resultados: Puede cuestionarse la casualidad de que las asociaciones de pacientes que más han crecido estén vinculadas a medicamentos biológicos, pero no la causalidad de que son las mismas asociaciones las que han recibido financiación por parte de la industria farmacéutica, específicamente para la formación sobre la enfermedad y tratamiento a pacientes, tal y como recoge Pfizer, la cual sólo para asociaciones reumatológicas españolas donó más de 33.000 € en 2015. Más de 178.000 € de los laboratorios Abbvie también para asociaciones reumatológicas en España y los 136.844 € de Novartis al mismo grupo de asociaciones. Entre las partidas económicas: 5.000 € en conceptos de hospitalidad desplazamientos nacionales e internacionales. Varios importes de 10.000-50.000 € para organización de jornadas y forum de pacientes. 15.000 € para financiación del apoyo psicológico en una asociación reumatológica.

Conclusiones: 3 laboratorios han transferido más de 340.000 € a asociaciones reumáticas en España en un año. La mayoría de estas transferencias de valor están orientadas al grupo de enfermedades reumáticas menos prevalentes, coincidentes con alternativa al tratamiento con medicamentos biológicos; AR, espondiloartropatías y lupus cuya prevalencia no llega al 0,7% frente al 48,1% de las demás enfermedades reumáticas, las cuales prácticamente no han recibido financiación ni transferencia de valor declarada.

P-53. VALOR SOCIAL DE UN ABORDAJE IDEAL DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Merino, M. Jiménez, Y. Ivanova, A. González, R. Villoro, Á. Hidalgo, E. Casariego, N. Manito, M.T. San Saturnino, T.J. Fajardo, C. Blanch, J. Lloret y Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Proyecto SROI-IC

Instituto Max Weber. Complejo Hospitalario de Lugo. Hospital Universitario de Bellvitge. Cardioalianza. Novartis.

Objetivos: Estimar el valor social del abordaje ideal de la insuficiencia cardiaca (IC) en términos clínicos, asistenciales, económicos y sociales en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Métodos: Se midió el impacto de un nuevo abordaje de la IC en los distintos niveles de asistencia al paciente: Urgencias y hospitalización (UH), Atención primaria (AP), Cardiología (C) y Medicina interna (MI). Para ello se utilizó la metodología SROI (retorno social de la inversión), de tipo prospectivo, con un horizonte temporal de un año. Se calculó una ratio que representa en términos monetarios los beneficios sociales que generaría la inversión en el abordaje ideal. Las fuentes de información utilizadas para el análisis SROI fueron la literatura científica, una encuesta a pacientes con IC y sus cuidadores, y un panel de expertos multidisciplinar.

Resultados: El abordaje ideal de la IC se compone de un total de 28 propuestas. Estas actuaciones supondrían un retorno positivo para el SNS y la sociedad, ya que por cada euro invertido en este abordaje ideal se obtendría un retorno social de 3,30€. Los retornos sociales según nivel de asistencia, por cada euro invertido, serían: 9,24€ en UH, 2,64€ en AP, 3,79€ en C y 3,09€ en MI.

Conclusiones: La implantación del abordaje ideal permitiría mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores, racionalizar el consumo de recursos sanitarios, reducir las pérdidas de productividad laboral asociadas y, en definitiva, maximizar el valor social de cada euro invertido en asistencia al paciente con IC.

P-54. PROPUESTA PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE DE LA ENFERMEDAD A LARGO PLAZO

Juan del Llano

Fundación Gaspar Casal.

Las mejoras conseguidas en el tratamiento de los pacientes con VIH en estas últimas décadas han superado las expectativas: la mayoría de las personas que viven con el VIH ahora en Europa alcanzan la supresión viral, y viven más años. Pero también aparecen factores de riesgo y comorbilidades (cardiovasculares, renales y óseas) que, desde etapas más tempranas que al resto de la población, acompañan a los pacientes con VIH. Así pues, junto a los retos de la detección del virus, y la adherencia a los tratamientos, uno de los retos más importantes es gestionar adecuadamente la cronicidad de la enfermedad y el debut más temprano de sus comorbilidades. Se trata de ir más allá de lograr un adecuado diagnóstico y de la supresión viral. Se trata de plantear, ante estos cambios clínicos y epidemiológicos, ¿de qué manera se puede mejorar la calidad de vida de este colectivo y simultáneamente ser más eficiente, teniendo en cuenta los efectos de las decisiones en el corto y largo plazo de un proceso que es crónico? Objetivo de la sesión: revisar la evolución epidemiológica y clínica de los pacientes de VIH, su envejecimiento, la manifestación temprana de factores de riesgo y de comorbilidades, que están cambiando la gestión de esta enfermedad; Reflexionar sobre qué políticas serían deseables implantar para mejorar los resultados de la gestión del VIH, teniendo en cuenta la longevidad potencial de sus enfermos. Proponer una hoja de ruta plenamente contextualizada a nuestro SNS.

P-55. EFICIENCIA ENERGÉTICA EN EL ENTORNO SANITARIO: PROYECTO HOSPITAL VERDE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE HELLÍN

J. Bleda, R. Calero, A. Losa, J.L. López y M. Bleda

Gerencia Atención Integrada de Hellín.

Asumiendo un compromiso con el medio ambiente y su sostenibilidad, siendo ejemplo como organización y como Administración Pública de buenas prácticas medioambientales, se desarrolla el Proyecto Hospital Verde en la Gerencia de Atención Integrada de Hellín. Basado en dos pilares (sostenibilidad medioambiental y fomento de prácticas saludables), en el presente trabajo tratamos de mostrar los objetivos y resultados desde una de las diez líneas estratégicas: la eficiencia energética. Partiendo de un análisis de situación y enumeración de objetivos a alcanzar, se diseña unas líneas de acción y se ponen en marcha medidas como el cambio progresivo a tecnología LED, la transformación de las calderas de combustible a gas natural, la adaptación de espacios con luz natural, campañas informativas y de concienciación, etc. Asimismo, para su evaluación se ha elaborado un Cuadro de Mando Medioambiental en el que se recoge el consumo de recursos energéticos (agua, electricidad, gas natural y combustible) mensualmente, permitiendo su observación, análisis y sirviendo de base para la toma de decisiones. Tras un año de proyecto, los primeros resultados muestran una mayor eficiencia energética, a modo de ejemplo, con una disminución del 6% en el consumo de electricidad. Con todo ello, se busca generar valor desde una triple perspectiva: para el profesional, generando el mejor entorno laboral posible, para el paciente, destinando los recursos a aquello que proporciona valor para el paciente, no al consumo energético, para la sociedad en general, evitando un impacto medioambiental que podría dañar la salud de las personas.

Sesión de pósteres 3.3. Evaluación de tecnologías sanitarias IV

Jueves, 7 de septiembre, 12:45-13:45

P-56. ANÁLISIS ECONÓMICO COMPARATIVO ENTRE AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL EDEMA MACULAR DIABÉTICO

N. García, J. Mondéjar y M. Granell

Bayer Hispania.

Introducción y objetivos: El edema macular diabético (EMD) es la principal causa de deterioro visual en pacientes diabéticos, afectando fundamentalmente a personas en edad laboral. Actualmente, la terapia anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) es la opción de tratamiento preferida. El tratamiento del EMD con aflibercept puede aportar una mejora de la agudeza visual de más de dos líneas de visión, repercutiendo directamente en la capacidad para realizar actividades cotidianas fundamentales. El objetivo de este estudio es estimar el coste de la ganancia de una línea de visión con los diferentes anti-VEGF autorizados en la indicación del EMD.

Métodos: Las dosis terapéuticas comparadas fueron ranibizumab 0,5 mg (pro re nata-PRN y mediante una pauta Treat and Extend-T&E) y aflibercept 2 mg cada 8 semanas tras 5 dosis mensuales iniciales. Para obtener los datos de eficacia y número de inyecciones se revisaron los resultados de los ensayos clínicos de fase III de aflibercept y ranibizumab. La variable principal de eficacia utilizada fue el cambio medio de la mejor agudeza visual corregida. El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud y un horizonte temporal de 2 años.

Resultados: El coste medio por cada línea de visión en el tratamiento del EMD fue de 5.370,97€ para aflibercept, 6.770,79€ para ranibizumab PRN y 7.936,26€ para ranibizumab T&E.

Conclusiones: En base a los ensayos clínicos de los tratamientos anti-VEGF de uso intraocular, para obtener una línea de visión en el tratamiento del EMD aflibercept sería más eficiente que ranibizumab.

P-57. ANÁLISIS ECONÓMICO COMPARATIVO ENTRE AFLIBERCEPT Y RANIBIZUMAB PARA PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

N. García, L. Monclús y M. Granell

Bayer Hispania.

Introducción y objetivos: La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la primera causa de ceguera legal en mayores de 50 años en los países desarrollados. Cada línea de visión conservada o ganada es fundamental para la independencia de los pacientes, repercutiendo directamente en la capacidad para realizar actividades cotidianas fundamentales. La terapia anti-factor de crecimiento endotelial vascular (anti-VEGF) cambió el paradigma del tratamiento de la DMAE y aflibercept y ranibizumab son, actualmente, las opciones preferidas para estos pacientes. El objetivo de este análisis es estimar el coste de ganar una línea de visión con terapia anti-VEGF aprobada en la indicación de la DMAE.

Métodos: Las pautas comparadas fueron ranibizumab 0,5 mg mensuales y aflibercept 2 mg cada 8 semanas tras tres dosis mensuales iniciales. Se revisaron los resultados de los ensayos clínicos pivotales para obtener los datos de eficacia y número de inyecciones. La variable principal de eficacia utilizada fue el cambio medio de la mejor agudeza visual corregida. El análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud y un horizonte temporal de 2 años.

Resultados: El coste medio por cada línea de visión ganada en el tratamiento de la DMAE fue de 6.993,96€ para aflibercept y para ranibizumab: 9.030,68€ en VIEW1/VIEW2, 14.709,17€ en MARINA y 9.072,94€ en ANCHOR.

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos en base a los estudios pivotales, para ganar una línea de visión en el tratamiento de la DMAE con terapia anti-VEGF, aflibercept resultaría más eficiente que ranibizumab.

P-58. RETROSPECTIVA DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO

C. Dias, C. Pardo, J. Bellas y M.T. Caloto

Celgene SL, Health Economics.

Objetivos: Evaluar los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) desde que se inició su publicación (mayo 2013) hasta enero 2017.

Métodos: Se recopilaron todos los IPTs publicados y se recogieron las siguientes variables: fármacos, código CIE-10, fechas de recomendación positiva del CHMP (CHMP+) y de publicación por la AEMPS, dictamen (uso restrictivo o según indicación de ficha técnica), tipo de restricción y beneficio clínico. Se realizó un análisis descriptivo y bivariable de las principales variables.

Resultados: Del total de 393 fármacos con con recomendación positiva del CHMP (CHMP+), se han elaborado 119 IPT, 103 nuevos fármacos (48% de los fármacos con CHMP+) y 16 nuevas indicaciones (9% con CHMP+), para las siguientes patologías: 39% neoplasias, 18% enfermedades endocrinas, 13% enfermedades infecciosas y 30% otras. El 45% de las conclusiones finales fue restrictivo. Únicamente en el 15% de los fármacos se consideró que presentaban beneficio clínico. El tiempo medio entre el CHMP+ y la publicación de los IPTs fue de 19 meses

(DE = 11,5), variando según patología [entre 12,1 (DE = 7,4) y 25,2 (DE = 12,4) meses en enfermedades infecciosas y endocrinas respectivamente], si hay algún tipo de restricción o no [20,6 (DE = 12,3) y 17,6 (DE = 11,6) meses respectivamente], y si se considera que hay beneficio clínico o no [15,1 (DE = 5,5) y 19,7 (DE = 12,1) meses respectivamente].

Conclusiones: En el 45% de los IPTs evaluados se indica algún tipo de restricción, y el tiempo hasta su publicación es menor en los fármacos para enfermedades infecciosas, en los que no se indican restricciones de uso o aportan beneficio clínico.

P-59. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD DE ELOCTA® (RFVIIIIC) EN EL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DE LA HEMOFILIA A EN ESPAÑA

I. Silva, B. López-Chicheri, K.J. Myren, M. Ascanio y J. Darbà

Sobi SL. Sobi AB. BCN Health. Universitat de Barcelona.

Objetivos: Estudiar la relación coste-efectividad del tratamiento profiláctico con Elocta® en pacientes con hemofilia A desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Métodos: Modelo Markov con dos estados de salud para estimar los costes y los beneficios a largo plazo de la profilaxis con Elocta® frente a los rFVIII convencionales realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Los costes incluidos se limitaron al consumo de factor en tratamiento a demanda y en profilaxis. Los costes y los efectos de los tratamientos fueron anualizados utilizando una tasa de descuento del 3%. El análisis del caso base utilizó un horizonte de temporal de 70 años y cada ciclo se fijó en un año.

Resultados: Elocta® resultó dominante frente a los rFVIII convencionales, generando menos costes y más años de vida ajustados a calidad (AVACs). Debido a la reducción de los costes de tratamiento asociados a dosis más bajas para la profilaxis y a la resolución de episodios hemorrágicos se ahorraron más de 1,4 millones de euros en costes. Esta reducción en los episodios hemorrágicos y las mejoras asociadas a la calidad de vida conllevaron un aumento de 0,20 AVACs. Los análisis de sensibilidad probabilístico y univariante demostraron la robustez de los resultados.

Conclusiones: Elocta® demostró ser un tratamiento profiláctico coste-efectivo para los pacientes con hemofilia A frente a la terapia actual con rFVIII convencionales, presentando menores costes y mayores AVACs ganados.

P-60. MARKET ACCESS AND ITS IMPACT ON DECISION MAKING IN SPAIN. AN EXAMPLE IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA

N. Sáez, M. Ascanio and J. Darbà

BCN Health. Universitat de Barcelona.

Objectives: To implement a database that summarizes drug assessments information from Spain and includes recommendations on the use of these drugs in a specific therapeutic area.

Methods: This database reviews the national therapeutic positioning reports and the drug assessments from primary healthcare centres and hospitals for different diseases. Efficacy, safety and economic information of these drugs were included and analyzed in order to position a new medicine within a specific therapeutic area. Current treatment algorithms were also evaluated according to clinical guidelines. As an example, a drug review was conducted to determine the current point of the management of acute myeloid leukemia (AML) and the benefit of new therapeutic interventions in elderly patients.

Results: Azacitidine and decitabine are two hypomethylating agents that demonstrated to extend survival, control disease progression and improve quality of life of elderly patients or in a poor health state. Recommendations on patient characteristics and treatment

options were also provided, as well as criteria for treatment interruption. Future assessments should be based on direct comparison of both drugs and more compelling evidence is being required to determine the optimal duration of the treatment with decitabine.

Conclusions: This database on drug reviews has demonstrated to be a robust tool to assess the efficacy and safety measures of new drugs, including recommendations on crucial aspects for future drug assessments that can optimize the market access of a new drug.

P-61. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA RESECCIÓN RECTAL ASISTIDA POR ROBOT VS. LAPAROSCOPIA

J. Núñez Alfonso, B. Ielpo, F. Aldea, R. Díaz, S. Irurita, Á. Hidalgo y C. Belda

Fundación de Investigación HM Hospitales. HM Hospitales. Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Analizar los costes asociados a los resultados en salud de la resección rectal (RR) asistida por robot frente a laparoscopia.

Métodos: Se ha analizado una cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos sometidos a un procedimiento de RR entre 2010 y 2016 en HM Sanchinarro, segmentando por técnica: asistida por robot o laparoscopia. Se ha planteado una perspectiva de costes vinculados a resultados en salud. Se han extraído de la contabilidad analítica los costes asociados a todos los procedimientos y a la estancia hospitalaria. Se han analizado las estancias hospitalarias, las conversiones a cirugía abierta, los reingresos hospitalarios en los tres meses posteriores a la intervención y el consumo sangre.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta por 201 pacientes, precisando 88 de ellos asistencia robótica y 113 asistencia laparoscópica. El coste medio de la RR asistida por robot fue 8.992€ y de los laparoscópicos 7.458€. El coste medio de la RR Alta y Media asistida por robot fue 8.287€ frente a 7.054€ de la laparoscopia. El coste medio de la RR Baja asistida por robot fue 10.982€ frente a 8.013€ de la laparoscopia. El 5% de los procedimientos de RR asistidos por robot precisó conversión a cirugía abierta frente al 12% de las RR laparoscópicas. Los procedimientos robóticos asociaron una media de 0,73 reingresos por paciente mientras que los procedimientos laparoscópicos asociaron una media de 1,026.

Conclusiones: El procedimiento RR asistido por robot asocia mayores costes que la técnica laparoscópica pero asocia menores conversiones y reduce los reingresos hospitalarios post-cirugía.

P-62. EVALUACIÓN CLÍNICA Y ECONÓMICA DE LA OXIBUTININA TRANSDÉRMICA (KENTERA®) FRENTE A LOS ANTIMUSCARÍNICOS Y BETMIGA (MIRABREGON®) PARA LA VEJIGA HIPERACTIVA EN ESPAÑA

C. Crespo, P. Blasco, J.M. Ramos-Goñi, M. Guigini y J. Galván

Departamento G.M. Estadística, Universidad de Barcelona. Departamento Health Economics Outcomes Research, Axentiva Solutions. Unidad de Gestión Clínica de Urología, Hospital Universitario de Valme. Departamento Médico y de Asuntos Regulatorios, Laboratorios Gebro Pharma S.A.

Introducción: En este estudio se evaluaron los resultados clínicos y económicos de oxibutinina transdérmica (OT) frente a fesoterodina (FE), tolterodina (TO), solifenacina (SO), oxibutinina (OX), trospio (TR) y mirabregon (MI) para la vejiga hiperactiva en España.

Métodos: Se elaboró un modelo de Markov con ciclos mensuales para un horizonte temporal de 5 años. El modelo reflejó la discontinuación, el escalado de dosis o el cambio de tratamiento en función de la práctica clínica real. A partir de la opinión de expertos y de la literatura se incorporó el uso de recursos y costes españoles. La medida de eficiencia utilizada fue el coste por años de vida ajustados por ca-

lidad ganado (AVAC). La evaluación económica se realizó desde la perspectiva del sistema sanitario español, descontando los costes (€2017) y los efectos al 3%. La robustez de los resultados se validó con el análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico.

Resultados: Al año se observó una mayor persistencia de la OT derivada del mejor balance beneficio/riesgo frente a los antimuscarínicos y MI (55% OT, 33% MI, 25% TO, 27% FE, 25% SO, 23% TR y 17% OX). Ello se tradujo en mejoras de AVACs ganados por OT de 0,050, 0,040, 0,039, 0,038, 0,034 y 0,010 frente a OX, FE, SO, TR, TO y MI, respectivamente. La ratio coste-efectividad incremental de OT varía entre 2.221,78€/AVAC frente a MI y 14.398,63€/AVAC frente a TR.

Conclusiones: Kentera® (OT) es un tratamiento eficaz, seguro y coste-efectivo en vejiga hiperactiva frente a los antimuscarínicos y mirabegron.

Sesión de pósteres 3.4. Costes y prevalencia de la enfermedad

Jueves, 7 de septiembre, 12:45-13:45

P-63. ANÁLISIS DEL GASTO FARMACÉUTICO AMBULATORIO Y DE LA CARGA ASISTENCIAL POR MORBILIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2013-2015)

C. Penella, D. Vivas y V. Caballer

Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud, Universidad Politécnica de Valencia.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar el gasto farmacéutico ambulatorio y la carga asistencial en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana (CV) a lo largo del periodo 2013-2015 en función de la morbilidad observada en la población.

Métodos: Estudio observacional de corte longitudinal y de ámbito poblacional durante los años 2013, 2014 y 2015 en la CV. Se estratificó a la población según Grupos de Riesgo Clínico (CRG) en 9 estados de salud, siendo sano el estado 1 y el 9 el de mayor carga de morbilidad. Se analizaron los estados de salud, así como el gasto farmacéutico ambulatorio de cada grupo, el número contactos ambulatorios, el número de urgencias y el número de ingresos hospitalarios.

Resultados: En el año 2013 la población de la CV clasificada en el grupo CRG1 fue del 50,53% mientras que en 2014 esta se situó en el 45,52% y en el 2015, en el 45,02%. En cuanto al gasto farmacéutico ambulatorio, el consumo medio pasó de los 273,48 euros en 2013 a los 271,61 en 2014 y en 2015, aumentó hasta los 275,51 euros. El número total de urgencias, ingresos hospitalarios y urgencias se mantuvo constante en términos generales para cada uno de los grupos CRG.

Conclusiones: Se ha conseguido una mayor depuración en el sistema de estratificación poblacional.

P-64. COSTES DIRECTOS DE LA DIABETES MELLITUS (DM) Y SU IMPACTO EN EL GASTO SANITARIO

L. Acuña, A. Bryón, P. Aschner, L.G. Chica, J. Espín, D. Londoño, R. López, A. Ruiz, L. Soler y colaboradores

Cuenta de Alto Costo (CAC), Bogotá, Colombia, HEORT, Bogotá, Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia, Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia, Escuela Andaluza de Salud Pública. Equipo técnico aseguradoras participantes en el estudio.

Introducción: En Colombia existen 916.833 casos de diabetes mellitus (DM) enfermedad que con gran número de comorbilidades aso-

ciadas que impactan en el gasto sanitario. Existen discrepancias en las metodologías de estudios de costos que dificultan las comparaciones. Así mismo, se hace una estimación del costo pero no se determinan los costos reales, siendo necesarios para la toma de decisiones.

Objetivos: Determinar las frecuencias y los costos directos de la DM en la población reportada al sistema de información de la CAC en el 2015.

Métodos: Estudio de costo de enfermedad con enfoque de prevalencia. Se escogieron 16 aseguradoras de las 48. Se consideraron los costos en: ámbito ambulatorio y hospitalario de pacientes sin complicaciones. Los costos de las complicaciones se determinaron independiente del ámbito.

Resultados: Fueron estudiados 12.181 pacientes. La mediana de edad fue 63 años (RIQ 54,54-72,01) y 43,6% (n = 5.311) fueron hombres. En 11.297 pacientes se identificó el tipo de DM siendo 93,21% tipo 2. El número de personas sin complicaciones representó el 65,77% con un costo promedio-anual de 143,71€ siendo en ámbito ambulatorio 92€ y en el hospitalario 430,49€. El costo del paciente con complicaciones correspondió a 2.268,90€.

Conclusiones: Este estudio es un insumo para la toma de decisiones en la asignación de recursos económicos para la planeación y prestación de servicios sanitarios en diabetes, su costo representa el 4% del la unidad de pago per cápita. Los resultados obtenidos concuerdan con el costo de la DM en otros países y es necesario incorporar medidas para mejorar la eficiencia en su control y tratamiento.

P-65. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL MITRACLIP EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

D. Carcedo y J. Candilejo

Oblikue Consulting. Abbott.

Objetivos: El objetivo del análisis fue estudiar el impacto presupuestario (IP) de Mitraclip® en el manejo de pacientes con regurgitación mitral (RM) severa-sintomática no candidatos a cirugía.

Métodos: Se desarrolló un modelo de IP a un horizonte de 3 años desde la perspectiva del SNS. Se analizaron dos escenarios, uno en el que Mitraclip® no estaría disponible como alternativa (100% recibiría tratamiento médico óptimo-TMO-) frente a otro en el que sí estaría (utilizado en un 1,6%, 1,8% y 2,1% de los pacientes los años 1, 2 y 3, respectivamente). Se consideró el uso de recursos asociado al procedimiento de implantación de Mitraclip®, farmacológicos y hospitalizaciones. Los costes unitarios se obtuvieron de fuentes locales (€2017).

Resultados: La población diana para los 3 años del análisis sería 18.715-18.667 pacientes los años 1-3, de los cuales hasta 392 se les implantaría Mitraclip® el año 3. El coste anual asociado al manejo de pacientes con TMO sería de 4.998,78 €, y de 25.444,29 € el asociado a Mitraclip®. El IP de la introducción de Mitraclip® sería de 6.122.279 €, 6.878.216 € y 8.014.611 € los años 1, 2 y 3, respectivamente, observándose ahorros de hasta -1.214.502,38 € el año 3 asociados al menor coste de tratamiento farmacológico y hospitalizaciones.

Conclusiones: Mitraclip® en el tratamiento de pacientes con RM grave-sintomática generaría un IP positivo asociado al procedimiento de implantación, que generaría sin embargo ahorros por el menor coste farmacológico y de hospitalizaciones, derivados de la superior eficacia de Mitraclip®.

P-66. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL ELOCTA® (RFVIIIc) EN EL TRATAMIENTO A DEMANDA Y EN PROFILAXIS DE LA HEMOFILIA A EN ESPAÑA

I. Silva, B. López-Chicheri, K.J. Myren, M. Ascanio y J. Darbà

Sobi SL. Sobi AB. BCN Health. Universitat de Barcelona.

Objetivos: Estimar el impacto económico de Elocta® (rFVIIIc) en tratamiento a demanda y en profilaxis de la hemofilia A en pacientes < 20 y ≥ 20 años en España.

Métodos: Se ha desarrollado un modelo de impacto presupuestario para estimar el efecto de la inclusión de Elocta® en el SNS con un horizonte temporal de 3 años y desde la perspectiva del financiador. El caso base incorpora en el primer año 215 pacientes < 20 años (87,40% en profilaxis y 12,64% a demanda) y 599 pacientes ≥ 20 años (41,20% en profilaxis y 58,80% a demanda) Se asume que la proporción de pacientes tratados y la distribución según tratamiento permanecen constantes a lo largo del horizonte temporal. Los comparadores incluidos son los factores VIII recombinantes y plasmáticos. El coste de los fármacos se calcula a partir de las medianas de las dosis administradas, las semanas de tratamiento, la tasa anual de sangrado y el peso de los pacientes. Se realizó un análisis de sensibilidad univariante sobre el precio de Elocta®.

Resultados: Los resultados muestran que la introducción de Elocta® produce un ahorro de 763.170,47€ (reducción del 0,29%) respecto al escenario actual -527.667,91€ en profilaxis y -235.502,56€ a demanda.

Conclusiones: La inclusión de Elocta® como una nueva alternativa en el SNS para el tratamiento a demanda y profiláctico de pacientes con hemofilia A implica un impacto presupuestario negativo en el presupuesto global de los factores VIII recombinantes y plasmáticos.

P-67. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA EMPAGLIFLOZINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA

M. Solozábal, M. Massafrets, L. Planellas y N. Perulero

RWI, QuintilesIMS. Market Access Department, Boehringer Ingelheim.

Objetivos: Evaluar el impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del uso de empagliflozina en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (CV) establecida basado en el estudio EMPA-REG OUTCOME™.

Métodos: Se estimó el número de pacientes adultos (18-75 años) con DM2, enfermedad CV establecida y sobrepeso/obesidad, con terapia combinada doble o triple (antidiabéticos orales y/o insulinas). Mediante una encuesta a 163 médicos se obtuvieron las cuotas de mercado para el escenario actual y alternativo. El horizonte temporal del análisis fue de 3 años. El coste farmacológico de cada tratamiento se estimó a partir de su ficha técnica y su precio de venta del laboratorio. Se consideró el coste asociado a eventos CV y renales, obtenido en base a las tasas del estudio EMPA-REG OUTCOME™ y al coste unitario identificado en la literatura. Todos los costes son € del 2016. Se realizó un análisis de sensibilidad variando las cuotas de mercado.

Resultados: Dado el beneficio CV que ha demostrado empagliflozina, se ha estimado que sus cuotas de mercado aumentarían, lo que supondría un ahorro de 8.914.769€ para el SNS el primer año, llegando hasta 14.171.413€ el tercero (11.169.058€ corresponden a ahorros en costes de eventos CV y renales). El análisis de sensibilidad confirma los resultados del caso base.

Conclusiones: En base a los resultados del estudio EMPA-REG OUTCOME™, un incremento del uso de empagliflozina supondría un ahorro para el SNS tanto en costes farmacológicos como en costes asociados al manejo de eventos CV y renales.

P-68. DATOS REALES DEL CÁNCER DE MAMA EN LOS COMPONENTES DEL DIAGNÓSTICO, SU COSTE E IMPACTO PARA LA TOMA DE DECISIONES A PARTIR DEL BIG DATA Y 2 METODOLOGÍAS: CUENTA DE ALTO COSTO (CAC) Y GLOBOCAN

L. Acuña, A. Bryón, J. González, P. Sánchez, D. Pulido, L. Alvis, A. Paredes, M. Molina, O. Martínez y P. Rengifo

Cuenta de Alto Costo (CAC), Bogotá, Colombia. HEORT, Bogotá, Colombia. Asociación Colombiana de Hemato-oncología Bogotá, Colombia. Equipo técnico de aseguradoras participantes en el estudio.

Introducción: Entre los retos de los sistemas de salud está el identificar poblaciones de riesgo con datos reales a partir de fuentes de información confiables y metodologías válidas. En Colombia se utiliza en cáncer la información de CAC y Globocan para realizar análisis que permitan identificar brechas entre número de pacientes atendidos en el sistema y los que se esperan atender, debilidades del proceso de atención, planear y asignar los recursos para la atención sanitaria.

Objetivos: Identificar los componentes del diagnóstico de cáncer de mama y costos, determinar las diferencias de dos metodologías (CAC y Globocan) e impacto para la toma de decisiones.

Métodos: Se identificaron casos de cáncer de mama en CAC-Globocan y sus diferencias. Se seleccionaron dos aseguradoras de 48 y se incluyeron 242 mujeres. Se determinaron los componentes del proceso de diagnóstico, su frecuencia de uso y se estimó el costo con base en estudio previo.

Resultados: La diferencia en número de casos (CAC-vs estimaciones-Globocan) está entre 3,20 puntos-porcentuales (leucemia) hasta 44,0 puntos-porcentuales (cáncer de mama). Los componentes del diagnóstico fueron (I-V): Estadificación (I), Biopsia (II), Diagnóstico histopatológico (III) e Imagenológico (IV) y Examen físico-anamnesis (V). El 100% están cubiertos por el plan de beneficios. Solo al 8% de las mujeres se les realizó completo. El costo fue: 215,89€ siendo atribuido el 39% al componente I, 29% II, 18% III, 10% IV y 4% V.

Conclusiones: Los resultados apoyan la toma de decisiones y genera una reflexión sobre los cálculos que realizan las instituciones para la distribución del gasto sanitario. Ejemplo: para 20.220 × casos-Globocan serían 4.365.333€ y para 36.134 × casos-CAC 7.801.037€ lo cual es importante considerar no solo en costos sino en verificación del diagnóstico adecuado.

P-69. COSTE HOSPITALARIO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO, MAMA, PULMÓN Y PRÓSTATA

B. Casañ, J. Corral, P. Chiarello y F. Cots

Parc de Salut Mar, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques de Barcelona. ISGlobal, Agència de Salut Pública de Barcelona, Pla Director d'Oncologia, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Estimar el coste hospitalario del cáncer colorrectal, mama, pulmón y próstata para los casos incidentes entre 2009 y 2011 en un hospital de tercer nivel y en 5 años de seguimiento, según estadio, fase asistencial y tipo de coste.

Métodos: Estudio retrospectivo costes hospitalarios directos de pacientes con neoplasias malignas colorrectales, mama, pulmón y próstata diagnosticados entre 2009 y 2011 en el Parc de Salut Mar de Barcelona, con un seguimiento a cinco años.

Resultados: El coste total en 5 años asociado al tratamiento de los 1.856 pacientes diagnosticados ascendió a 42,6 millones €. El coste medio observado por paciente fue de 28.477€ para el cáncer colorrectal, 20.484€ para mama, 13.597€ para próstata y 26.387€ para pulmón. El estadio diagnóstico de mayor coste medio fue el II para pulmón (34.913€) y el IV para colorrectales (34.520€), mama (32.866€) y próstata (24.443€). Un 53% del coste total se produjo en los 6 primeros meses postdiagnóstico, y un 38% del total al periodo diagnóstico y del primer tratamiento potencialmente curativo de la enfermedad. Entre los componentes del coste destacó el gasto de hospitalización (25%) y farmacia (23%), mientras que el bloque quirúrgico representó únicamente el 17% del coste total.

Conclusiones: En este estudio se describen los costes directos hospitalarios de los principales tumores en incidencia y mortalidad según estadio, fase del tratamiento y tipo de coste. Esta información resulta de especial relevancia en futuros análisis de

coste-efectividad para el abordaje asistencial de estos tumores, así como la planificación sanitaria.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Sesión de pósteres 4.1. Gestión, innovación y evaluación de los servicios sanitarios II

Jueves, 7 de septiembre, 13:45-14:45

P-70. INNOVACIÓN EN EL SNS. EL PROGRAMA +I DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y TRASLACIONAL

J. Urzay, J.R. Luis-Yagüe, B. Deza y F. Montes

Farmaindustria. Departamento de Relaciones con las CC. AA., Farmaindustria.

Objetivos: Impulsar las capacidades de investigación biomédica en el SNS.

Métodos: El año 2009-2010 Farmaindustria, en respuesta al llamamiento realizado por el ministro Bernat Soria, puso en marcha un programa de colaboración público-privado para impulsar la investigación clínica y traslacional, en régimen de cofinanciación con las comunidades autónomas. El programa se articuló en base a convenios de colaboración con las comunidades autónomas, en los que, además de establecer los proyectos incluidos y la aportación de cada parte, se constituía una Comisión de Seguimiento para velar por la gestión y evaluación. Los proyectos susceptibles de ser incluidos en el Programa +i deberían ser de carácter precompetitivo, horizontal o transversal y en ningún caso deberían incluir investigación sobre medicamentos específicos o sobre una patología concreta. Para la gestión y evaluación del programa se constituyó una Oficina de Apoyo al Proyecto (Deloitte) y se elaboró un Manual de Seguimiento y gestión.

Resultados: Al amparo de esta iniciativa se acordó la cofinanciación de 85 proyectos. De ellos, 37 fueron a mejorar las estructuras de soporte para la realización de ensayos clínicos, 9 para promover la investigación clínica en Atención Primaria, 19 de inversiones en biobancos y 20 para mejoras en centros para su acreditación como Institutos de Investigación.

Conclusiones: Esta iniciativa, iniciada en plena crisis económica y concluida en el año 2015, refleja la importancia de la colaboración público-privada para poner en valor e impulsar las capacidades en I+D del SNS y de sus profesionales.

P-71. ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO COORDENA DE MEDIDA DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

E. Arroyo-Borrell, I. Vargas, A. Romero, M.L. Vázquez, J. Coderch, Ll. Colomé, M.À. Avelilla, M. Abizanda, R.M. Morral, F. Cots, P. Plaja, E. Medarde, I. Ramón y Y. Cossio, por GAIA

CSC. SSIBE. SAGESA. BSA. PAMEM. ICS. HMAR. FSE. CST. CHV. CSA.

Introducción: Los cambios en la organización de la atención, los rápidos avances en tecnología y el aumento de la especialización, ha-

cen que cada vez más los pacientes sean atendidos por un elevado número de servicios y profesionales sanitarios. El objetivo es adaptar y validar el cuestionario COORDENA para analizar la coordinación entre niveles de atención del sistema nacional de salud catalán, desde la perspectiva de los médicos.

Métodos: Adaptación del cuestionario al contexto catalán y al formato on-line y su validación (COORDENA.CAT). Para la adaptación del contenido se realizaron reuniones con expertos (investigadores, directivos y profesionales) del sistema de salud catalán. La versión adaptada se sometió a pre-test en entrevistas presenciales a médicos de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. El instrumento está siendo sometido a prueba piloto a la gerencia territorial Metropolitana Sur.

Resultados: En el pre-test se observó buena comprensión de las preguntas y la necesidad de reformular algunas, así como categorías de respuesta y mejorar las instrucciones. El cuestionario incluye preguntas relacionadas con la experiencia de coordinación entre niveles asistenciales en el territorio, el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación, y los factores organizativos y profesionales. La prueba piloto permitirá validar el cuestionario, así como analizar el nivel de coordinación y sus factores asociados, en el territorio escogido.

Conclusiones: COORDENA.CAT permitirá evaluar el grado de coordinación de la gestión e información clínica, y el conocimiento y uso de los mecanismos de coordinación. Además, permitirá identificar factores organizativos y profesionales asociados y sugerir estrategias de mejora.

P-72. HEALTH SERVICES RESEARCH FOR POLICY ACTION

L. Espinosa, D. Frigola, A. Anton, J.À. Rodrigo y J. Balcells

Consorci Sanitari de Barcelona-CatSalut. Regió Sanitària Barcelona-CatSalut. Laboratori, Hospital Vall d'Hebron. Servei de Medicina Preventiva, Hospital Vall d'Hebron. UCI pediàtrica, Hospital Vall d'Hebron.

Objetivos: Analizar el impacto de un modelo predictivo de detección de umbrales epidémicos que facilite la gestión de recursos de hospitalización pediátrica.

Métodos: Dada la alta concentración de ingresos pediátricos en un período corto de 4 semanas es necesario disponer de una red de vigilancia, un modelo predictivo epidemiológico, así como una buena coordinación de los servicios de atención pediátrica hospitalaria. El primer paso para gestionar adecuadamente los recursos disponibles es disponer de una herramienta válida, sencilla, práctica y consensuada para estratificar los pacientes en función del nivel de compromiso, para después establecer cuál ha de ser el flujo de pacientes entre los diferentes niveles asistenciales. Con esta finalidad se propone el algoritmo de asignación de recursos asistenciales a los pacientes afectados de bronquiolitis a Catalunya (BROCat) y un seguimiento diario de la actividad hospitalaria de urgencias, hospitalización y UCI pediátrica.

Resultados: La comparación de la temporada invernal 2016-2017 respecto al periodo 2015-2016 muestra que se ha producido un aumento del 9% de las hospitalizaciones pediátricas en los hospitales que monitorizan el VRS. Así mismo la utilización de transporte sanitario urgente para el traslado interhospitalario ha aumentado un 24%.

Conclusiones: El modelo es una buena experiencia de gestión territorial de los recursos y sería conveniente aumentar el número de centros implicados y ampliar el enfoque con la monitorización online de los recursos de cuidados intensivos pediátricos en los hospitales del proyecto.

P-73. INCENTIVOS FINANCIEROS A PROFESIONALES SANITARIOS EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

E. Fernández Fernández

Agencia Sanitaria Hospital Costa del Sol.

El modelo de sistema retributivo a los profesionales sanitarios por el ejercicio de su profesión es uno de los campos de investigación más dinámicos en la Economía de la Salud. En Andalucía, en 2003 se implantó un modelo denominado Complemento por Rendimiento Profesional (CRP) que seguía las líneas del sistema de Pago por Resultados (Pay for Performance, P4P) pero además permitía comparar resultados y evaluarlos. Actualmente sigue vigente con algunas modificaciones. En este sistema de incentivos financieros, los objetivos se acuerdan con los profesionales y deben ser pactados y alcanzables; se recogen en los Acuerdos de Gestión. Se ponderan en función de su importancia y prioridad de consecución en función de la categoría profesional y nivel de influencia en el logro. Se asigna un porcentaje de objetivos generales de la unidad y otro de objetivos específicos derivados de la actividad asistencial. El objetivo del estudio es analizar las diferencias en la valoración obtenida por los profesionales en función del género con datos del CRP de 2014. El método empleado es análisis de estadística descriptiva de las valoraciones obtenidas por los profesionales, sanitarios y no sanitarios del un hospital del SAS en función del género. Los resultados (valoraciones) presentan escasa variabilidad. Se concluye que los resultados no son concluyentes debido al tamaño muestral, no significativo en determinadas categorías profesionales, y a que es un estudio se realizó en un solo centro con los objetivos de éste.

Trabajo premiado con bolsa de viaje de la Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento UMA-Janssen.

P-74. CONCENTRACIÓN ECONÓMICA POR ÁREA TERAPÉUTICA DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS

C. Vassallo Sella

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral.

El trabajo tiene por objetivo analizar el grado de concentración de los laboratorios en mercados relevantes en base a valores anuales acumulados a diciembre de 2014 para el sector farmacéutico argentino definidos a nivel 3 clase terapéutica de la Clasificación ATC (IMS Health) El estudio releva participaciones de mercado muy alta que se asocian con posible existencia de poder de mercado (en la medida que existan barreras a la entrada sustanciales). También se calcularon los índices de concentración económica de uso más frecuente (HHI y C1) El mercado medido a nivel general parece funcionar de manera muy desconcentrada, considerando la existencia de más de 250 laboratorios nacionales y extranjeros que ofrecen sus productos. Las ventas (tanto en unidades como en valores) están concentradas en las principales firmas, las 10 empresas top obtienen una participación del 43% del mercado total, y las 25 primeras superan el 70% de las ventas totales. Si bien el grado de concentración a nivel global es alto, el % de participación de la empresa en las ventas totales es un indicador limitado del grado de concentración del sector, debido entre otras variables, al bajo grado de sustituibilidad y al elevado grado de diferenciación entre productos. Por esta razón, la concentración se profundizó al examinar los subsegmentos (por grupo anatómico o clase terapéutica) encontrándonos con situaciones monopólicas, duopólicas y oligopólicas. Cada uno de estos submercados tiene particularidades que explican su funcionamiento y que tienen relación con innovación, precio, características del medicamento, cobertura y rol de los agentes.

P-75. ESTUDIO DE EGRESADOS DE MÁSTERES EN ECONOMÍA DE LA SALUD EN ESPAÑA

M. Ruiz-Adame, M. Correa, N. García-Agua Soler y M.L. González Álvarez

Executive Function SL. Departamento de Economía Aplicada, Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento, Universidad de Málaga.

Objetivos: Realizar un estudio de egresados que permita identificar el perfil general de las personas que realizan máster en economía de la salud en España y particularmente la relación con el mercado laboral de sus egresados.

Métodos: Se elaboró un cuestionario on-line, que debían completar los egresados de todas las promociones de los principales másteres en economía de salud en España, compuesto por 30 ítems relativos a su situación socioeconómica y laboral, además de su opinión sobre la formación recibida. Nos fueron remitidos 438 cuestionarios que representaban aproximadamente un 33% del total de egresados de todas las promociones de los principales másteres.

Resultados: La motivación principal para cursar este tipo de máster es académica. La gente lo hace con el fin de adquirir nuevos o para mejorar el conocimiento previo. El perfil general de los graduados es el de una mujer de 37,8 años de edad que es un profesional de la salud. Las personas que buscaron un trabajo en Economía de la Salud encontraron uno principalmente en el primer año (54,9%) o segundo año (29,7%). Las evaluaciones de los programas de máster son muy apreciadas. El tema que consideraron más útil fue la gestión (46,3%).

Conclusiones: Los egresados eligen esta formación tras una trayectoria laboral fundamentalmente clínica. Valoran muy positivamente la formación recibida y muestran un claro interés por la gestión sanitaria, área en la que el máster aporta una formación ausente en sus currículos.

P-76. DISEÑO DE UN CUADRO DE MANDO DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA GERENCIA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE HELLÍN

F. Valenciano, F. Vecina, R. Calero y E. Fernández

Gerencia de Atención Integrada de Hellín.

A efectos de gestión, el porcentaje de incapacidad temporal (IT) resulta clave para presupuestar y planificar el servicio sanitario. En este sentido, se hace necesario contar con herramientas que permitan la observar su evolución y estimar su tendencia. El objetivo del presente trabajo es diseñar y establecer un cuadro de mando para el seguimiento mensual de los indicativos de personal en IT en la Gerencia de Atención Integrada de Hellín, facilitando el control del Plan Director para la Gestión y las posibles necesidades asistenciales. La metodología seguida es la exposición de un caso que toma como escenario la Gerencia de Hellín. Tras una revisión de la literatura y observando la casuística particular de la Gerencia, se diseña y elabora un Cuadro de Mando de IT. A través de una consulta masiva de absentismo por IT efectuada en unas fechas concretas (mensuales y anuales), se interpreta la Evolución Mensual y Evolución Anual sobre la plantilla afectada por esta situación en la Gerencia. Se interpretan los datos obtenidos en la consulta, a través de una hoja Excel, con indicativos y referentes porcentuales, sacando proporción de plantilla en IT, por categorías, por servicios y su interpretación final con diferentes gráficos estadísticos. Así, la exposición de este caso práctico evidencia y aporta una solución a la necesidad de contar con un Cuadro de Mando específico de Incapacidad Temporal con el que evaluar la situación, observar la evolución y predecir la tendencia, a fin de realizar una correcta presupuestación y anticipar las necesidades asistenciales.

Sesión de pósteres 4.2. Costes y prevalencia de la enfermedad II

Jueves, 7 de septiembre, 13:45-14:45

P-77. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESPAÑA: BENEFICIO POTENCIAL DE LA VACUNA NONAVALENTE FRENTE A LA TETRAVALENTE

N. López, A. Torné, A. Franco, M. San-Martí, E. Viayna y C. Barrull

Medical Affairs, MSD Gynecologic Oncology Unit, Institut Clinic of Gynecology, Obstetrics and Neonatology (ICGON), Hospital Clínic-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Faculty of Medicine, University of Barcelona. Diagnostic Unit of Urology, Clinic Institute of Nephrology and Urology (ICNU) Hospital Clínic de Barcelona, University of Barcelona. Real World Insights, QuintilesIMS.

Objetivos: Estimar el beneficio potencial de los 5 genotipos adicionales del virus del papiloma humano (VPH) cubiertos por la vacuna nonavalente (9vVPH) frente a la tetravalente (4vVPH) actualmente incluida en programas de vacunación nacionales.

Métodos: Se estimó, a partir de estudios epidemiológicos y registros de cáncer, el número de nuevos casos anuales de verrugas genitales, lesiones precancerosas y cáncer de cérvix, vulva, vagina, ano y pene y cáncer oro-faríngeo y faríngeo asociados a los genotipos cubiertos por la 4vVPH y la 9vVPH. Se calculó el coste por paciente a partir de datos de la literatura y de una encuesta realizada a 142 especialistas. Se estimó el coste anual total en España asociado a las enfermedades evitables por dichas vacunas y esta estimación fue validada por un panel de expertos.

Resultados: El coste anual para el Sistema Nacional de Salud (SNS) asociado a los genotipos de VPH incluidos en la 4vVPH y la 9vVPH se estimó en 108,20 y 139,71 millones de €, respectivamente. Así, el coste asociado a los 5 genotipos adicionales de la 9vVPH fue de 31,51 millones de €. Las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix representan la mayor contribución (30,66 millones de €). El coste anual asociado a las verrugas genitales se estimó en 49,52 millones de €.

Conclusiones: Las enfermedades asociadas al VPH representan una importante carga para el SNS. Los genotipos adicionales que incluye la 9vVPH son responsables de una porción significativa de estas enfermedades cuya prevención podría representar ahorros sustanciales para el SNS.

P-78. CARGA EPIDEMIOLÓGICA Y ECONÓMICA DE LAS PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESPAÑA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

N. López, E. Viayna, M. San-Martín y N. Perulero

Medical Affairs, MSD. Real World Insights, QuintilesIMS.

Objetivos: Evaluar la carga de enfermedad atribuible a los genotipos incluidos en las vacunas tetra y nonavalente frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) mediante una revisión de la literatura.

Métodos: Se realizó una revisión de Medline, Embase y Cochrane para identificar estudios que estimaran la prevalencia de los genotipos incluidos en las vacunas tetra y nonavalente en verrugas genitales, cáncer y lesiones precancerosas de cérvix, vulva, vagina, ano y pene y cáncer de cabeza y cuello y los costes directos asociados.

Resultados: De las 1.922 referencias identificadas, 46 (34 sobre prevalencia y 12 sobre costes directos) se incluyeron en la revisión. Se pudo

estimar la fracción atribuible a VPH y a los genotipos de ambas vacunas en lesiones precancerosas de cérvix y cáncer de cérvix, vulva, vagina y pene, observándose una contribución de los 5 genotipos adicionales incluidos en la vacuna nonavalente que oscilaba entre el 8,6% para cáncer de pene y el 23,2% para lesiones precancerosas de cérvix. Se estimó que el 88,5%, 87,5% y 89,2% de los casos de cáncer de cérvix, vulva y vagina, respectivamente, serían atribuibles a los 9 genotipos cubiertos por la vacuna nonavalente. Los estudios que estimaban costes directos por paciente eran escasos y poco comparables entre ellos, y oscilaban entre 838€ para verrugas genitales y 12.470€ para cáncer de vulva.

Conclusiones: Los genotipos de la vacuna nonavalente son responsables de la mayoría de los cánceres y lesiones asociadas a VPH, que además representan una carga importante para el Sistema Nacional de Salud.

P-79. COSTES SANITARIOS DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PACIENTES CON EPOC

I. Arana Reneo, Á. Hidalgo Vega y E. López Gabladón

Universidad de Castilla-La Mancha. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estimar los costes de la atención especializada de pacientes con EPOC y evaluar sus determinantes.

Métodos: Estudio observacional, recogida de datos clínicos, CVRS y de consumo de recursos sanitarios en el ámbito de la atención especializada. Se estimaron los costes sanitarios directos a través del método bottom-up utilizando el precio de los servicios sanitarios públicos. Mediante análisis multivariante se estudió la capacidad predictora de variables clínicas y la CVRS sobre los costes sanitarios.

Resultados: se recogieron datos de 167 pacientes (68,08 años 9,14), 88,62% fueron hombres. En el último año acudieron de media 2,59 (1,33) veces al neumólogo, 1,25 (1,99) veces a urgencias y 5,60 (12,58) días de estancia media. El coste medio por paciente ascendió a 2.473,22 (4.203,36) euros. Los ingresos representaron el 77% de los costes, las urgencias un 11% y las visitas al neumólogo un 9%. Los pacientes con peor pronóstico presentaron un mayor consumo de recursos sanitarios. Se observó asociación entre la CVRS y el consumo de recursos sanitarios, así como con el valor del índice BODE y la comorbilidad.

Conclusiones: el impacto de la EPOC en la vida cotidiana del paciente junto con la presencia de otras enfermedades están relacionadas con un mayor coste sanitario.

P-80. EPIDEMIOLOGÍA DEL IMPÉTIGO EN LATINOAMÉRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

E. Garrido, I. Lizano-Díez, I. Zsolt y C. Espinosa

Ferrer.

Objetivos: Se ha estimado que la prevalencia global del impétigo es del 2%. El objetivo de esta revisión sistemática de literatura es el de describir la epidemiología del impétigo en Latinoamérica y el Caribe.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de literatura siguiendo los criterios PRISMA. La búsqueda se efectuó en: MEDLINE (PubMed) y LILACS. Adicionalmente se revisaron las referencias de una revisión sistemática de literatura publicada por Bowen et al en el año 2015. Se incluyeron estudios de cohortes y estudios transversales que estimaran la incidencia o prevalencia del impétigo en 19 países. No se determinó límite temporal ni de idioma. Se realizó una revisión cualitativa de los resultados.

Resultados: Se revisaron un total de 123 referencias y se seleccionaron 4 artículos publicados entre 1973 y 1994. Todos los estudios incluidos estimaron la prevalencia del impétigo mediante una en-

cuesta y un examen clínico. 2 estudios se realizaron únicamente en zonas consideradas como tropicales. Sólo un estudio estimó la epidemiología del impétigo durante un brote epidémico. El rango global de prevalencia estimado fue de 2% a 15%, siendo de 19% a 31% en la población infantil (0 a 4 años). El rango de prevalencia estimado en población tropical fue de 11% a 27%.

Conclusiones: El rango en las estimaciones de prevalencia es muy alto en los estudios incluidos en esta revisión. Son necesarios estudios longitudinales y transversales que sean representativos de la geografía y demografía en esta región.

P-81. COSTE SANITARIO ASOCIADO A LA HISTERECTOMÍA TOTAL EN PATOLOGÍA GINECOLÓGICA BENIGNA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE 2 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

F. Jódar Sánchez, L. Melero Cortés, F. Martínez González y M.Á. Martínez Maestre

Grupo de Innovación Tecnológica, Hospital Universitario Virgen del Rocío. UGC Ginecología, Oncología y Patología Mamaria, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Objetivos: Analizar el coste sanitario asociado a la histerectomía total en patología ginecológica benigna entre dos técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

Métodos: Estudio observacional analítico prospectivo con un horizonte temporal de cinco años de mujeres intervenidas de histerectomía total por patología ginecológica benigna en el Hospital Universitario Virgen del Rocío entre noviembre de 2007 a septiembre de 2012. Las opciones a comparar son dos técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas: laparoscopia convencional (LC) versus laparoscopia con asistencia robótica (LAR). El análisis incluye los costes relacionados con los servicios sanitarios prestados en el centro hospitalario durante los cinco años posteriores a la intervención quirúrgica: hospitalizaciones, material fungible específico, consultas de urgencias, consultas al especialista y reintervenciones quirúrgicas.

Resultados: Un total de 169 pacientes fueron analizadas, 101 pacientes empleando LC y 68 pacientes empleando LAR. No se observaron diferencias en el coste medio de las hospitalizaciones (4.346,92€ ± 992,45 para la LC versus 4.179,28€ ± 1.034,97 para la LAR (p = 0,169)), consultas a urgencias (91,40€ ± 153,63 para la LC versus 76,36€ ± 142,01 para LAR (p = 0,338)), reintervenciones quirúrgicas (404,83€ ± 1.619,46 para la LC versus 404,12€ ± 1.421,07 para LAR (p = 0,992)) pero sí en las consultas al especialista (175,73€ ± 119,99 para la LC versus 204,02€ ± 126,78 para la LAR (p = 0,003)). Al considerar el coste del material fungible específico se obtuvo un coste medio por paciente asociado a los cinco años de seguimiento de 5.087,37€ ± 2.088,32 para la LC versus 6.162,46€ ± 1.898,69 para la LAR (p < 0,001).

Conclusiones: No se observaron diferencias en los servicios sanitarios consumidos mediante ambas técnicas quirúrgicas a excepción de las consultas al especialista.

P-82. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE COSTES DE LA ENFERMEDAD: DISEÑO DEL ESTUDIO OASIS-IPF PARA LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

S. Soulard, A. Ramon, A. Villar Gómez, M.J. Rodríguez Nieto, A.D. Romero Ortiz, E. Cano, M. Brosa, M. Clemente y N. Malé

Boehringer Ingelheim España. Servei de Pneumologia, Hospital Vall d'Hebron. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti. Oblikue Consulting. ADKNOMA.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad rara y grave, para la cual existen pocos datos sobre los recursos utilizados para tratarla. Esta comunicación pretende proporcionar una metodología que permita la estimación anual de los costes según el nivel de gravedad de la enfermedad.

Métodos: Se ha diseñado un estudio prospectivo, observacional y multicéntrico en 25 servicios de neumología españoles. Se prevé la inclusión de 200 pacientes diagnosticados de FPI. Se realizarán visitas a los 6 meses y a los 12 meses, tras la visita de inclusión. Se recogerán variables de uso de recursos relacionados con costes directos (visitas a profesionales sanitarios, ingresos hospitalarios, pruebas ambulatorias de imagen y de laboratorio, transportes, cuidadores formales, tratamiento farmacológico y no farmacológico, soporte por organizaciones públicas por invalidez o cronicidad, etc.) e indirectos (bajas laborales, cuidadores informales). La calidad de vida se medirá a través de cuestionarios genéricos (EQ-5D-5L) y específicos (SGRQ, Zarit, Barthel). Las variables de resultado se analizarán según la capacidad vital forzada, indicador de gravedad de la enfermedad. Además se caracterizarán las exacerbaciones agudas de la enfermedad y se analizará su coste.

Conclusiones: OASIS-IPF será el primer estudio que evalúe el coste de la FPI en base a datos de práctica real, y que incluya costes sociales en España. Los resultados de este estudio permitirán conocer la importancia del impacto socio-económico que representa la FPI para el Sistema Nacional de Salud, ayudando así a adoptar las medidas adecuadas al respecto.

Sesión de pósters 4.3. Impacto económico de la adherencia

Jueves, 7 de septiembre, 13:45-14:45

P-83. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR (DM) EN ESPAÑA

G. Restovic, J.R. Luis-Yagüe, J. del Barrio, F. París y P. Álvarez

Health for Development Consulting. Departamento de Relaciones con las CC. AA., Farmaindustria. Life Sciences, EY.

Objetivos: Estimar el valor clínico y económico de la adherencia en el manejo de la DM en España.

Métodos: A pesar de ser una patología crónica, el análisis se realizó a través de un árbol de decisión que representa las posibles consecuencias clínicas en el corto plazo (ocho semanas) asociadas al tratamiento inicial, así como la respuesta sostenida sin abandono hasta el ingreso hospitalario tras sucesivos fracasos terapéuticos que puedan ocurrir en un horizonte temporal de 6 meses. Las tasas de respuesta se han tomado de un análisis de coste-efectividad previo adaptando su estructura para reflejar mejor el efecto de la falta de adherencia al tratamiento de la DM mayor en el ámbito de la atención primaria. Esta relación se estima a través del efecto del abandono del tratamiento en el incremento de las recaídas y los costes asociados. La perspectiva es del SNS. Todos los costes se expresan en euros del 2016.

Resultados: De acuerdo a las estimaciones del modelo actualmente un 72% de los pacientes con DM abandonan el tratamiento. Disminuir en un punto esta tasa supondría un ahorro de aproximadamente 1.522.000 euros (más de 2.572 recaídas evitadas). Disminuirlo en diez puntos, el ahorro alcanzaría los 15 millones, logrando además reducir el número de recaídas en más de 25.700.

Conclusiones: Aún considerando un horizonte temporal tan corto y sin incluir importantes consecuencias de la DM como la muerte, un incremento de la adherencia presenta importantes mejoras tanto en los resultados en salud como en la carga económica.

P-84. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA

J.R. González Juanatey, J.R. Luis-Yagüe, J. del Barrio, F. París, P. Álvarez y G. Restovic

Universidad de Santiago de Compostela, Servicio de Cardiología y Unidad Coronaria, Complejo Hospitalario de Santiago (CHUS). Departamento de Relaciones con las CC. AA., Farmaindustria. Life Sciences, EY. Health for Development Consulting.

Objetivos: Estimar el impacto económico de la mejora de la adherencia en pacientes en prevención secundaria (PS) tras evento cardiovascular (ECV) reciente o no, en el territorio español.

Métodos: Se ha diseñado un modelo en Excel basado en la revisión de la literatura de estudios que relacionan adherencia con efectividad (publicaciones desde el 2005). El esquema de análisis se basa en modelo de Markov que simula la evolución de los pacientes en PS hacia segundos ECVs o al estado de muerte. Se consideran siete estados de salud (costes y consecuencias clínicas asociadas). Se comparan dos cohortes diferentes, una adherente y otra no y se estiman costes y resultados de salud esperados para cada una. El horizonte temporal del análisis es de 15 años, los ciclos son de 3 meses lo que permite una óptima granularidad de los costes y eventos en salud, y la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (costes en euros del 2016).

Resultados: Actualmente en España un 56% de la población objeto de este análisis es adherente, aumentar en un punto el nivel de adherencia de los pacientes no adherentes supondría un ahorro de casi 11 millones de euros además de evitar más de 1.200 muertes y 1.100 ECV. Aumentar en 10 puntos supondría un ahorro de casi 75 millones.

Conclusiones: El desarrollo de acciones que vayan enfocadas a mejorar la adherencia en los pacientes en PS por ECV, podría tener un impacto importante en el manejo de la enfermedad y en la sostenibilidad del SNS.

P-85. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

F. Gómez Peralta, J.R. Luis-Yagüe, J. del Barrio, F. París, P. Álvarez y G. Restovic

Unidad de Endocrinología y Nutrición, Hospital General de Segovia. Sociedad Española de Diabetes. Departamento de Relaciones con las CC. AA., Farmaindustria. Life Sciences, EY. Health for Development Consulting.

Objetivos: Otorgar un valor clínico y económico a la mejora de la adherencia terapéutica en la diabetes tipo 2 (DM2) aplicable a la población española.

Métodos: Dada la naturaleza crónica de la enfermedad se diseñó un modelo de Markov en Excel. Para estimar la ocurrencia de 7 complicaciones y muerte relacionada con la DM2, se utilizaron las ecuaciones del United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) y se adaptaron a España. Se estimó la evolución de dos cohortes, una adherente y otra no. La simulación se inicia con una población con edad media 57 años, recién diagnosticados de DM2 y en tratamiento con metformina (2.943.022 personas). En esta población un 56% es considerada adheren-

te, definida como una frecuencia de toma de la medicación > 60% de la prescrita. El efecto de la no adherencia se estimó considerando que los pacientes no adherentes presentan peor control metabólico (medido como HbA1c) y, por lo tanto, una probabilidad mayor de sufrir complicaciones de la DM2. El horizonte temporal fue de 20 años, con ciclos de un año. La perspectiva fue la del SNS. Los costes están en euros del 2016.

Resultados: Aumentar en un punto el nivel de adherencia media de los pacientes no adherentes supondría evitar más de 5.400 eventos (ahorro de 38.188.274€), Aumentando diez puntos se logra reducir el número de eventos hasta en 52.000, con unos ahorros asociados de 367.323.810€.

Conclusiones: Dada la alta prevalencia de la DM2 y las actuales tasas de adherencia, mejorarla supondría un importante ahorro para el SNS.

P-86. ESTABLECIENDO UNA METODOLOGÍA ADECUADA PARA ESTIMAR EL IMPACTO ECONÓMICO Y LOS RESULTADOS EN SALUD DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA

J. Puig-Junoy, G. Restovic, P.L. Sánchez, J.R. Luis-Yagüe, J. del Barrio, F. París y P. Álvarez

Universitat Pompeu Fabra. Departamento de Economía y Empresa, Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF). Health for Development Consulting. Farmaindustria. Life Sciences, EY.

Objetivos: Analizar y establecer la metodología adecuada para estimar el impacto en salud y económico de mejorar la adherencia.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura de estudios de evaluación económica que incluían la adherencia como uno de los parámetros principales, acotados al entorno español y al ver la falta de evidencia se incluyeron estudios de ámbito internacional entre los años 2005-2015. También se consideraron los resultados de una revisión sistemática de la literatura en la cual se analizaban los efectos en los resultados clínicos de diversas estrategias para mejorar la adherencia.

Resultados: La diversidad de metodologías y análisis para evaluar el impacto clínico y económico es amplia, tanto como las medidas de la adherencia y las estrategias que se utilizan para mejorarla.

Conclusiones: Dado que el objetivo final es medir los efectos en salud y económicos de la mejora de adherencia, los estudios que se realizan considerando cada patología de forma particular, parecen ser los más adecuados, ya que se puede estimar de una manera más directa el efecto que tiene la adherencia sobre la efectividad. Esta relación es la clave para el diseño de los modelos, de este modo el esquema del análisis se plantearía en función de la historia natural de la enfermedad (modelo de Markov o árbol de decisión) y se compararían dos cohortes, una con los datos disponibles actuales de adherencia y efectividad, y otra con una hipotética mejora de la adherencia y su relación con la efectividad.

P-87. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN ESPAÑA

M. Miravittles, J.R. Luis-Yagüe, J. del Barrio, F. París, P. Álvarez y G. Restovic

Servicio de Neumología, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Departamento de Relaciones con las CC. AA., Farmaindustria. Life Sciences, EY. Health for Development Consulting.

Objetivos: Evaluar el impacto de la falta de adherencia al tratamiento de mantenimiento de la EPOC moderada, grave y muy grave en España.

Métodos: Se revisó la literatura seleccionando estudios que reportaban resultados clínicos para fármacos de primera elección en el tratamiento de la EPOC y aquellos que contenían información sobre la relación adherencia-efectividad. Se utilizó un modelo de Markov donde los estados de salud, el riesgo de sufrir una agudización, así como el impacto en la mortalidad se asocian a la gravedad de la enfermedad según la clasificación GOLD. Se evalúan estos resultados en salud y los costes en dos cohortes, una adherente y otra no, con una duración de ocho días en el primer ciclo y de un mes para el resto. El horizonte temporal es de dos años, la perspectiva del SNS. Los costes se presentan en euros del 2016.

Resultados: Al iniciar la simulación un 55,2% de los pacientes presenta EPOC moderada, un 34,9% grave y 9,9% muy grave. La edad media es de 65 años, un 59% de pacientes son no adherentes. Aumentar en un punto el nivel de adherencia supondría un ahorro de 8,5 millones de euros, más de 1.089 muertes y 20.000 agudizaciones evitadas. Este ahorro llegaría a los 80 millones si el aumento fuera de 10 puntos.

Conclusiones: Realizar acciones que mejoren la adherencia en los pacientes en tratamiento de mantenimiento de la EPOC podría tener un impacto importante en el manejo de la enfermedad y en la sostenibilidad del SNS.

Sesión de pósteres 4.4. Health determinants and equity

Jueves, 7 de septiembre, 13:45-14:45

P-88. COSTA RICA: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MUJER Y LA CANTIDAD DE HIJOS

Y. Xirinachs Salazar y C. Castillo González

Universidad de Costa Rica.

El objetivo de esta investigación es cuantificar el efecto que tiene la educación en la planificación familiar, para esto se estiman distintos modelos que permiten observar el efecto de la escolaridad tanto en la cantidad de hijos deseados como en la tenencia de hijos de las mujeres costarricenses, utilizando un modelo de regresión de Poisson. Se encuentra que el riesgo de tener hijos adicionales disminuye conforme aumenta el nivel educativo de la mujer costarricense, el tener primaria hace que el riesgo de tener hijos adicionales sea 4,62% menor con respecto a las mujeres que no tienen escolaridad alguna. Así mismo el riesgo es menor para las mujeres que tienen educación secundaria, el riesgo de tener hijos adicionales es 21,83% menor con respecto a las mujeres que no tienen ninguna educación. Y el riesgo es aún menor para las personas que tienen educación universitaria, 36,50% menor con respecto a las mujeres que no tienen escolaridad.

P-89. YOUNG AND HEALTHY BUT RELUCTANT TO DONATE BLOOD: AN EMPIRICAL STUDY ON ATTITUDES AND MOTIVATIONS OF UNIVERSITY STUDENTS

C. Quintal and T. Henriques

Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, CeBER, CEISUC.

Introduction and objectives: Everywhere transfusions are increasing at a rate higher than the blood collection rate. It is important

to work on donor recruitment strategies. Because in developed countries the young have been more reluctant to donate, there is the need to further study and understand the motives that attract young people as recruitment programmes seem to have failed in this respect. Additionally, in Portugal there is sparse evidence on donor motivation. The aims of this study are to assess attitudes, knowledge and motivations regarding blood donation and to identify factors associated with donation among young donors, using a sample of university students.

Methods: Cross-sectional survey. Data collected in Coimbra, Portugal, using a self-administered questionnaire. We adopted descriptive and multiple logistic regression analyses.

Results: The final sample was composed of 491 individuals (53% female). Prevalence of donation is 16.5%. Donation is more likely among students engaged with the community, through volunteer activities, political participation or religion. Altruistic feelings positively affect donation. The odds of donation are 76% lower among students who expressed fear of needles. A traditional barrier, lack of time, is not statistically significant in our study.

Conclusions: Altruistic feelings seem to play a relevant role even among young people. Fears seem to persist as a crucial deterring factor –they should be tackled at early ages. Time availability of students should be used to the advantage of authorities by promoting convenient collections at, for example, universities. Entities involved in volunteer activities should be used as donor recruiters.

P-90. WHAT NEW INSIGHTS TO IMPROVE EQUITY BRING GEOGRAPHICAL DATA WHEN APPLIED TO PATIENT SATISFACTION?

P. Lopes Ferreira and V. Raposo

Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra (CEISUC), Faculty of Economics of the University of Coimbra.

Objectives: Since 2006 several primary-care reforms have been implemented in Portugal by creating new organizational models for healthcare units and reorganizing management units by geographic areas. Previous analysis related with patient satisfaction surveys in 2009 and 2015 show disparity of satisfaction indices by health-administrative regions and, within each, by primary care unit. The aim is to add accurate geographical data considering Portugal NUTs and typology of urban areas (TUA) defined by the National Institute of Statistics (INE) and understand if those elements act as moderators, mediators or confounders.

Methods: Data from two EuroPEP patient surveys (2009 and 2015) administered in a one-day census sample in primary-care units with different organizational models (traditional model: UCSP; new models: USF-A and USF-B) in the five Portuguese health-regions (North, Centre, Lisbon/Tagus Valley, Alentejo and Algarve). Both surveys focus on four main dimensions: medical care (interpersonal and technical components), non-medical care (nurses and staff), organization (accessibility and the services provided in general), and quality of facilities. Data from health unities address was linked with NUTs (levels 1, 2 and 3) and TUA (three defined areas: predominantly urban, median urban, and predominantly rural) from INE. Application of multivariate analysis.

Results: Characterize the evolution of the organizational models related with health reforms from 2009 to 2015 by NUTs and TUA; identify patient satisfaction asymmetries between NUTs and TUA; find relationships between patient satisfaction dimensions and the geographical data analysis (NUTs and TUA); propose health policy actions to improve equity between geographical areas.

P-91. MALNUTRITION AT ELDERLY POPULATION: DETERMINANTS AMONG NURSING HOME STAFF MEMBERS IN THE BARCELONA METROPOLITAN AREA

C. Muñoz, M. Trapero and T. Mora

Universitat Internacional de Catalunya.

Objectives: Nutrition is a key part of a healthy life, especially for elderly people. Malnutrition on this population means a significant risk of morbidity, especially among elders with different health conditions. Many older people, even those institutionalised, are at risk of developing malnutrition. The objective of this research project is to gain knowledge on nutrition practices of elderly people carried out in nursing homes. The first phase aims to explore how different factors can affect nursing homes (NH) resident's nutrition through meal planning; nutritional assessment; malnutrition determinants; and, general performance of the centres.

Methods: A protocol was designed to explore managers, nurses, nutritionists and cook staff views working in residencies of elderly people in Barcelona Metropolitan Area using a qualitative approach. A literature review was conducted in order to design materials for gathering and analysing data: an informed consent form; a brief demographic questionnaire; and a discussion guide to get some focus groups. Qualitative information is being collected through three strategies: individual interviews to different professionals involved in these centres and focus groups until saturation, a point at which no new concepts emerge. The Grounded Theory method was chosen to analyse information so that a collection of well-developed concepts can be used to explain phenomena.

Conclusions: It is expected that results will prompt valuable information on the functioning of NH in relation to nutrition habits. Behavioural interventions will be performed and evaluated from the efficiency point of view in the subsequent stages of this project.

P-92. LA INFLUENCIA DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SINIESTRALIDAD LABORAL

J.A. Martín Segura

Universidad de Granada.

Previous work has identified the structural causes of injuries in the workplace in Spain, that is, those that persist over time, such as the type of work contract or working conditions, regardless of seasonal factors and economic cycle. The same was done in the United States, where different econometric estimates were made using panel data techniques. The explanatory variables used were the GDP at market prices, the distribution of the employed population among the productive sectors, the size of the company and the type of contract. The results are broken down by age, gender, race, company size and migrant workers' status. The unemployment rate of the previous year was also used as a psychological pressure factor for workers active in times of crisis. It was verified that the worker's age and precarious employment are statistically significant predictors of occupational injuries and diseases. GDP has an inverse association. It was also verified that as the unemployment rate increased in the previous year, labor injuries increased among workers who remained in the labor market, which would confirm the psychological pressure exerted by the economic crisis and unemployment in the workers who Remain active.

MESA DE COMUNICACIONES XIV

Evaluation of health policies

Jueves, 7 de septiembre, 14:45-16:15

C-70. IMPROVING ESTIMATES OF POPULATION AND OF ACCESS TO WATER WITH CITIZEN SURVEYS: EVIDENCE FROM EAST AFRICA

Roy Carr-Hill

Centre for Health Economics, University of York.

The paper explores the possibility that citizen-led surveys provide a better coverage of populations and specifically of hard-to-reach poorer areas than the international standardised household surveys which are the basis for many of the estimates used in assessing progress towards meeting SDG 3. This hypothesis is based on the argument that, the local volunteer enumerators of citizen-led surveys are likely to be more sensitive to the specificities of local population distribution and (recent) changes than those centrally trained; and may be more effective at reaching hard-to reach groups such as those nomadic groups and those in urban slums. To test the hypothesis, the results of citizen-led surveys carried out in Kenya, Tanzania and Uganda have been compared at a sub-national level with those of contemporaneous Demographic and Health Surveys for estimates of access to water. Overall, at national level, we find that to former estimates for access to clean water were lower at a statistically significant level and these differences were statistically significant at the 0.01% level; moreover the differences were very large in regions where there are high concentrations of nomads and of urban slums, implying that the citizen-led surveys 'catch' more poverty. Further, using the lowest estimate of the percentage 'missing' in urban slums and extrapolating to all developing countries, there are an estimated 369 million missing from the sampling frames of standardised household surveys worldwide. This has important implications for the 'Leave no one behind' appeal of the UN Secretary General and for the UN's 'Data Revolution'.

C-71. EFFECT OF A RESTRICTION IN THE ACCESS TO PUBLIC HEALTH INSURANCE ON MORTALITY: THE CASE OF THE 2012 SPANISH HEALTH REFORM

A. Juanmartí, G. López and J. Vall

Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra.

In this paper, we estimate the effects of a reform that restricted access to the Spanish National Health System for unauthorized immigrants on the mortality rates of this group of individuals. We exploit the timing of the reform and its specific targeting to the unauthorized immigrants to estimate differences in differences specification. To strengthen the causal interpretation of our estimates, we then use exogenous variation arising from the asymmetric implementation of the reform over the different Spanish regions to estimate a triple difference specification. Our results show that the restriction in the access to publicly provided health care had no significant effects on the mortality rates of the general population of unauthorized immigrants. However, for some subgroups of the population that were denied access, the reform had a significant effect on mortality caused by some specific diseases. In particular, the restriction significantly in-

creased the mortality caused by tumors for immigrants born in Asian countries as well as the mortality caused by HIV for immigrants born in the African continent. Thus, our results provide consistent evidence that restrictions in health care coverage can have serious consequences for individuals suffering from conditions with high mortality rates if adequate treatment is interrupted.

C-72. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

E. Díaz Martínez, J.E. del Llano Señarís y J. Gol-Montserrat

Merck. Fundación Gaspar Casal.

Objetivos: 1. Definir los retos a los que el sistema sanitario español se enfrenta como resultado de los cambios en el entorno demográfico, económico y epidemiológico, y recomendar actuaciones. 2. Analizar cuál es la valoración que hacen los diferentes agentes sanitarios de la situación de la investigación, innovación y la evaluación en el marco de la toma de decisiones, además de otros factores que afectan a dicha toma directamente.

Métodos: Primer objetivo: se realizó un análisis DAFO-CAME del sistema sanitario español. Segundo objetivo: dos grupos de discusión (macrogestores y mesogestores).

Resultados: Se han detectado 5 debilidades, 5 amenazas, 4 fortalezas y 5 oportunidades principales, que dan pie a 11 recomendaciones. De los grupos de discusión se extraen 11 ideas fuerza.

Conclusiones: La investigación y la evaluación se ha ido integrando de manera progresiva en la toma de decisiones, con lo que se ha de ser optimista, aunque todavía hay que "cambiar el chip", hay que activar la cultura evaluadora a todos los niveles de gestión. Y esto se conseguirá una vez se perciban los rendimientos de la inversión en investigación y su retorno. Es necesario hacer hincapié en la profesionalización política. Hay que procurar una formación en el sector a los responsables políticos. No se puede dejar el proceso de toma de decisiones en las manos incorrectas. Por último, se exige más confianza entre los diferentes agentes. Relaciones más honestas y más transparentes, si lo que se pretende es conseguir el mejor funcionamiento organizativo posible.

C-73. THE IMPACT OF TOBACCO CONTROL ON SMOKING CESSATION AMONG THE ELDERLY: A LONGITUDINAL ANALYSIS FOR 10 EUROPEAN COUNTRIES

M. Serrano, A. Kunst, J. Bosdriesz and J. Perelman

Escola Nacional Saúde Pública, NOVA University of Lisbon. Academic Medical Center, University of Amsterdam.

Objectives: Previous studies suggested an important effect of national tobacco control policies on smoking reduction, mostly among adolescents and young adults. However, little attention has been paid to the effect old adults. In this context, we aim at measuring the impact of tobacco control policies on smoking cessation among old adults.

Methods: We use data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The balanced sample is formed by 7,923 individuals from 10 European countries, who are followed-up from 2004 to 2013 (4 waves). We model the probability of smoking as a function of Tobacco Control Score (TCS), an indicator that evaluates the tobacco control policies at country level every year. It varies from 0 to 100. We control for age, sex and education. The model is estimated by OLS with country and time fixed effects. As a robustness check, we also estimate probit and panel data fixed effects models. Lastly, to investigate whether the effect of TCS on smoking is different by socio-

demographic group, we interact the TCS with several sociodemographic binary variables.

Results: A 10-point higher TCS was weakly ($p < 0.10$) associated with a 1 percentage point drop in the smoking probability. This relation was driven by the effect of TCS among mature adults (50-65 year old), whereas no effect was found among the elderly (65+).

Conclusions: Tobacco control policies have reduced smoking prevalence among the European old adults since the year 2004. However, the effectiveness of these policies seems lower among the elderly.

C-74. EFFICIENCY GAINS FOLLOWING THE PENALTY POINT SYSTEM OF DRIVING LICENCES IN SPAIN

Y.F. Rebollo Sanz y J. Rodríguez López

Universidad Pablo de Olavide.

As of July 1st 2006, Spanish authorities implemented a Penalty Point System (PPS) for licensed drivers, similar to those in other European countries. Using micro-data of road accidents and regression discontinuity design, this paper explores the causality of the PPS for the celebrated downturn in road accidents in Spain across the last decade. Our findings are: first the PPS did cause a reduction in road crashes; second its effects were stronger the higher the level of crash severity; and third, the PPS did help reduce drivers infringements of speed limit but not those due to drivers distractions or automobile breakdowns. On impact, we find that the PPS implementation could have motivated a reduction of more than 900 fatalities and 3.7 thousands severe victims. Using a cost-benefit analysis, this accounts for 0.17% efficiency gain in GDP terms.

C-75. TRANSPARENCY AND ACCOUNTABILITY IN HEALTH SYSTEMS – MEANINGS AND DIMENSIONS FOR DIFFERENT COUNTRIES

V. Raposo and P. Lopes Ferreira

Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra (CEISUC), Faculty of Economics of the University of Coimbra.

Objectives: Siddiqi et al. (2009) presented a framework for assessing health system governance (HSG) at national and sub-national levels using 10 principles that include, in addition to others, transparency and accountability. This framework helps to identify problems in HSG at policy and operational levels and points to interventions for its improvement. The aim is to make a comparative analysis between several developed countries in the dimensions of transparency and accountability.

Methods: Data used from Health Systems in Transition (HiT) for 28 countries. Two comparative applications are made: first, a content analysis under the topic to identify different meanings and dimensions considered by countries; second, a review at national and sub-national levels using the HSG framework proposed by Siddiqi et al. (2009).

Results: The topic transparency and accountability from HiTs is not fulfilled for 8 countries (Finland, Germany, Greece, Ireland, Portugal, Slovenia, Spain, USA). The topics covered by each country vary in size, type and quantity. Some countries have very detailed topics and issues and others have much little to consider. At a first glance, it seems that just some countries fulfill the requirements under the HSG framework considered in the analysis.

Conclusions: The topics transparency and accountability are analysed in the majority of the countries belonging to the HiTs. However, it seems, based on the preliminary results, that the meanings, dimensions and issues include by each country are diverse and not the same for all.

MESA DE COMUNICACIONES XV

Evaluación de tecnologías sanitarias

Jueves, 7 de septiembre, 14:45-16:15

C-76. EFECTIVIDAD CLÍNICA Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ESTEREOELECTROENCEFALOGRAFÍA EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA PROGRAMADOS PARA CIRUGÍA

B. García Lorenzo, T. del Pino- Sedeño, R. Rocamora Zúñiga y M.M. Trujillo Martín

Université de Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, Team EMOS, UMR 1219. Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS). Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC). Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología, Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Psicología, Universidad de La Laguna. Unidad de Epilepsia, Centro CSUR de Epilepsia Refractaria, Servicio de Neurología, Hospital del Mar.

El objetivo principal del presente informe es evaluar la seguridad, la efectividad clínica y el coste-efectividad del uso de la estereoelectroencefalografía (EEEG) para la localización de la zona epileptógena en personas con epilepsia refractaria en programación para la cirugía de la epilepsia. Se realizó una revisión sistemática y metanálisis sobre la efectividad de la EEG en la localización de la zona epileptógena y el resultado de la cirugía. Se realizó un análisis de coste-efectividad de la EEG frente a continuar con el tratamiento farmacológico, utilizando un árbol de decisión para el primer año y un modelo de Markov para el resto de los años que simula costes y resultados de salud de los individuos tratados bajo estas alternativas para un horizonte temporal de una vida desde la perspectiva del SNS. Se utilizó los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) como medida de efectividad. Se realizaron extensos análisis de sensibilidad. Se observó que se localizó el foco epileptógeno en el 92% (IC95%: 0,96-1,00) de los pacientes a los que se realizó EEG y 47% (IC95%: 0,37-0,58) quedó libre de crisis tras la cirugía, si solo se tienen en cuenta a los intervenidos. La RCEI obtenida fue de 12.100 €/AVAC con un análisis de sensibilidad robusto significativamente por debajo del umbral coste-efectividad de 20.000-25.000 €/AVAC en España. La EEG es una alternativa coste-efectiva frente a continuar con el tratamiento farmacológico. Esta información debería ayudar a la toma de decisiones de clínicos y gestores sanitarios.

C-77. EL VALOR DE LA TECNOLOGÍA. ¿CÓMO MEDIRLO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO?

S. Álvarez Gómez, A. Álvarez de Arcaya Vicente, M. Carmona Adrados, C. García Menéndez, A. González Manso, M.P. López García, E. Peribáñez Blasco y P. Vera Ruiz

INSS. Hospital Clínico San Carlos. Hospital Universitario de Móstoles. Hospital Ruber Internacional. Hospital El Escorial. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: La evolución de las tecnologías sanitarias (TS), la preocupación por la sostenibilidad y la eficiencia, condicionan que

para su introducción se requiera de evaluación previa en los Hospitales. Las agencias de evaluación españolas (AAETS) elaboran documentos técnicos de evaluación mediante revisión sistemática de la literatura científica para conocer eficacia, efectividad y seguridad de las TS, y realizan valoración de su impacto en el sistema sanitario, considerando aspectos legales, éticos, económicos, sociales u organizativos, pero ¿es esto suficiente para los hospitales?

Objetivos: Conocer composición, metodología y criterios con que se evalúa la introducción de las TS en 4 Hospitales seleccionados de la Comunidad de Madrid. Proponer un modelo de comisión que responda a las necesidades de los hospitales.

Métodos: Análisis descriptivo de las distintas comisiones para la introducción de la TS: Comisión de Farmacia, de Nuevos Productos Sanitarios, de Inversiones y Tecnologías, y otras comisiones asesoras existentes en los 4 hospitales. Selección de aquellos criterios considerados de mayor relevancia con especial indicación de su composición, (médicos, enfermeras, no sanitarios...) metodología de evaluación empleada (estudios coste-eficacia, impacto presupuestario, medición de costes...) medida de resultados (efectividad, pacientes susceptibles, beneficios...) impacto en actividad asistencial (carga de la enfermedad, proceso asistencial, cartera de servicios...) y otros (competitividad, obsolescencia, factor de atracción...).

Resultados y conclusiones: Análisis comparativo de los criterios en los 4 hospitales, considerando similitudes y diferencias, identificando los que deberían considerarse en una comisión asesora que denominaremos "CATEC". Necesidad de homogenización de la metodología evaluadora, y de capacitación de los profesionales.

C-78. ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DEL TEST MULTIGÉNICO ONCOTYPE DX® EN EL SISTEMA VASCO DE SALUD MEDIANTE UN MODELO DE SIMULACIÓN DE EVENTOS DISCRETOS

O. Ibarrondo, F. Freundlich, I. Álvarez, S. Domínguez, P. Martínez del Prado, A. Plazaola y J. Mar

AP-OSI Research Unit. Alto Deba Integrated Health Care Organization. Mondragon Innovation & Knowledge (MIK, S. Coop). Medical Oncology Service, Donostia University Hospital. Medical Oncology Service, Araba University Hospital. Medical Oncology Service, Basurto University Hospital. Medical Oncology Service, Onkologikoa.

Introducción y objetivos: Los beneficios obtenidos de la quimioterapia son diversos en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama en estadios tempranos RH+ y HER2 negativo. El test multigénico Oncotype DX® fue desarrollado para discriminar mejor el riesgo de recurrencia y responder a la necesidad de mejorar los criterios de decisión sobre el tratamiento adyuvante. El Servicio Vasco de Salud lo incluyó en su cartera asistencial en 2012. El objetivo del estudio fue la evaluación coste-efectiva del test frente al uso de criterios histo-químicos.

Métodos: La evaluación se desarrolló mediante un modelo de simulación de eventos discretos. Las características de la cohorte de pacientes se obtuvieron de una muestra de 401 pacientes del País Vasco que fueron analizados con el test. Los pacientes con riesgo alto o intermedio se trataron con terapia adyuvante quimio-hormonal, mientras que los de bajo riesgo solo recibieron hormonoterapia. Los resultados recogen años de vida ganados con calidad, costes de los diferentes periodos y el ratio coste-efectividad incremental.

Resultados: El estudio ofreció un ICER de 7.935€/QALY desde la perspectiva del sistema sanitario, llegando a ser dominante (-4.928€/QALY) al considerar la pérdida de productividad.

Conclusiones: El test fue coste-efectivo desde la perspectiva del Sistema Vasco de Salud y dominante desde una perspectiva social.

C-79. ANÁLISIS INTEGRADO DEL CONSUMO DE RECURSOS ASISTENCIALES DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS COMPLEJOS

E. Sánchez

SSIBE.

Objetivos: Determinar qué variables pueden explicar el consumo de recursos asistenciales; y definir qué combinación de estos son las más frecuentes.

Métodos: Análisis longitudinal, retrospectivo y analítico de todas las líneas asistenciales (primaria, ambulatoria, hospitalaria, socio-sanitaria, urgencias) provistas por el Servei de Salut Integrats Baix Empordà, SSIBE, durante el período 2011-2013. Población de estudio: 2,117 personas vivas, residentes y asignadas a 4 de las 5 ABS del Baix Empordà, con problemas de salud crónicos menores, dominantes, neoplásicos, catastróficos. Factor de estudio: episodios. Variables explicativas: sexo; edad; estatus CRG; nivel de gravedad-CRG; pesos, per capita, de cada línea asistencial respecto al total de actividad. Variable explicada: consumo de recursos.

Resultados: El 53% de la población de estudio son mujeres con una media de edad de 76 años (H = 73). El 69% de la población tiene 2 enfermedades crónicas dominantes siendo los hombres los que presentan más complejidad. Respecto a la gravedad, no es denota diferencias entre sexos. Aproximadamente un 14% de la población solo consume atención primaria mientras que un 45% combina primaria y especializada; un 26% agrega a la combinación anterior, urgencias; y solo un escaso 9%, completa la combinación previa con la hospitalaria. El 58,7% de la variabilidad del consumo está explicado por las variables definidas. De las inherentes a los pacientes, sexo y nivel de gravedad presentan una mayor capacidad explicativa (t-Student 2,25 y 7,26 respectivamente).

Conclusiones: El análisis integrado del consumo de recursos ofrece una visión global de las necesidades de salud de los pacientes.

C-80. ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTICRITERIO (MCDA): CRITERIOS DE VALOR PARA LA INCLUSIÓN DE NUEVOS FÁRMACOS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS DE ESPAÑA Y PORTUGAL

X. Badia, A. Gil, L. Guarga y J. Shepherd

Omakase Consulting S.L.

Objetivos: Conocer si la importancia de los criterios de evaluación del valor de un fármaco del marco EVIDEM puede ser distinta según los evaluadores y decisores de España y Portugal.

Métodos: Se realizaron 4 sesiones de trabajo con metodología MCDA: a) 3 sesiones en España con 45 evaluadores y decisores de ámbito regional y nacional y b) 1 sesión en Portugal con 13 profesionales de la agencia del medicamento y de la gestión hospitalaria. En cada sesión se utilizaron los criterios del marco EVIDEM (V3.0). Para determinar la importancia relativa de cada criterio se ponderaron en una escala ordinal del 1 (nada importante) al 5 (muy importante). Posteriormente, se realizó un análisis de la importancia relativa de cada criterio obtenida en ambos países.

Resultados: Se presenta el orden de importancia de los criterios según los evaluadores españoles y el orden otorgado por los evaluadores portugueses para cada criterio: Gravedad de la enfermedad (1;4); Calidad de la evidencia (2;8); Comparativa de eficacia/efectividad (3;1); Coste de la intervención (4;2); Beneficio terapéutico (5;6); Comparativa de seguridad/tolerabilidad (6;3); Beneficio preventivo (7;10); Tamaño de la población (8;12); Necesidades no cubiertas (9;13); Otros costes médicos (10;5); Guías de práctica clínica (11;9); Comparativa de salud percibida (PRO) (12;11); Costes no médicos (13;7).

Conclusiones: Existen diferencias importantes en el valor asignado a cada uno de los criterios de evaluación del marco EVIDEM por los

evaluadores y decisores españoles y portugueses. Se necesita investigar sobre cómo afecta el uso de diferentes valores en la toma de decisiones.

MESA DE COMUNICACIONES XVI

Economic evaluation of healthcare technologies

Jueves, 7 de septiembre, 14:45-16:15

C-81. COST-UTILITY ANALYSIS OF TREATMENTS FOR VARICOSE VEINS

M. Ortega-Ortega, D. Epstein, S. Onida, R. Bootun And A. Davies

Universidad Complutense de Madrid. Universidad de Granada. Imperial College London.

Objectives: Our objective is to evaluate the cost-utility of current and emerging therapeutic options for varicose veins over 5 years in adult patients requiring treatment in the upper leg for incompetence of the great saphenous vein. Current technologies are: conservative care (CONS), surgery (HL/S), ultrasound guided foam sclerotherapy (UGFS), endovenous laser ablation (EVLA), and radiofrequency ablation (RFA). Emerging technologies are: mechanochemical ablation (MOCA) and cyanoacrylate glue occlusion (CAE).

Methods: A Markov decision model was constructed. Model inputs were estimated from systematic review, NHS unit costs and manufacturer's list prices. Effectiveness was measured by re-intervention on the truncal vein, re-treatment of residual varicosities and quality-adjusted life years (QALY) over five years.

Results: Conservative care has the lowest overall cost and quality of life per person over five years; HL/S, EVLA, RFA and MOCA have similar costs and effectiveness; and CAE has the highest overall cost but is no more effective than other therapies. The incremental cost per QALY of UGFS versus CONS was £5.625/QALY, and the incremental cost per QALY of EVLA versus UGFS was £6.549/QALY. Time to return to work or normal activities was not significantly different between EVLA and MOCA, RFA or UGFS, but was significantly longer after HL/S.

Conclusions: EVLA or RFA are cost-effective therapeutic options for varicose veins in adult patients requiring treatment in the upper leg for incompetence of the great saphenous vein. MOCA appears promising but further evidence is needed.

C-82. THE FUTURE OF PRECISION MEDICINE: WHAT DOES IT MEAN FOR NICE?

J.C. Rejón-Parrilla and R. Lovett

National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

The term 'precision medicine' refers to tailoring preventive or therapeutic interventions to subcategories of disease or subgroups of patients. These subgroups differ in their baseline disease risk, their prognosis or their likely response to treatment based on genetic, environmental and lifestyle factors. We describe a scoping project which aims to 1) identify the types of health technologies and services that fall under the umbrella of precision medicine and are likely to launch within the next 10 years, 2) explore the challenges facing NICE in evaluating them, and 3) discuss what methods research or piloting,

if any, might be a priority for NICE. The scope of the project extends across the NICE's diverse programmes, including Technology Appraisals which primarily evaluates pharmaceuticals, the Diagnostics Assessment Programme, which evaluates complex diagnostics, the Medical Technologies Evaluation Programme which produces advice and guidance on medical devices, and the NICE guidelines programmes which make evidence-based recommendations on a wide range of topics, including clinical practice, public health and social care. The potential of precision medicine to streamline pathways of tailored prevention and care has been widely discussed, however the evidence is often weak or lacking and appraising the costs and benefits of such changes in care pathways is often challenging. Here we outline NICE's latest research on precision medicine from the perspective of a national HTA and guideline producing agency.

C-83. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF INSULIN DEGLUDEK COMPARED WITH INSULIN GLARGINE U100 IN PATIENTS WITH TYPE 1 AND TYPE 2 DIABETES FROM THE PERSPECTIVE OF THE SPANISH NATIONAL HEALTHCARE SYSTEM: EVIDENCE FROM THE SWITCH 1&2 TRIALS

A. Ramírez de Arellano Serna, P. Mezquita-Raya, J. Darbà and M. Ascanio

Novo Nordisk European HEOR.

Objectives: SWITCH 1&2 randomised, double-blind, two-period, crossover trials in patients with Type 1 and Type 2 diabetes showed less hypoglycaemic events with insulin degludec (IDeg) versus insulin glargine (IGlar). The current analysis evaluated the cost-effectiveness of IDeg versus IGLar from a Spanish healthcare perspective using evidence from SWITCH 1&2 trials.

Methods: A short-term cost-effectiveness model was developed to estimate cost and effectiveness data for IDeg versus IGLar. Number of hypoglycaemic events and insulin dose data from SWITCH 1&2, the costs of insulin, needles, blood glucose tests and disutilities for different types of hypoglycaemic events have been used to populate the model. Benefits were measured in QALYs. One-way and probabilistic sensitivity analyses assessed the robustness of the results.

Results: End-of-trial basal insulin dose was significantly lower with IDeg versus IGLar while bolus doses in T1DM B/B were similar. In both trials non-severe nocturnal and all severe hypoglycaemic events were significantly lower in favour of IDeg. Non-severe daytime hypoglycaemic events did not show any difference in SWITCH 1 while in SWITCH 2 there were a significantly lower number of events in favour of IDeg. IDeg proved to be the dominant therapy for T1DM B/B with a cost difference of -154.41€ and a QALY gain of 0.0757. T2DM BOT presented an incremental cost-effectiveness ratio of 8,497.10€/QALY gained, below the willingness to pay threshold of 30,000€/QALY. Sensitivity analyses demonstrated the robustness of results.

Conclusions: This cost-effectiveness analysis proves that IDeg is dominant over IGLar for T1DM B/B and cost-effective therapy for T2DM BOT patients.

C-84. COST-EFFECTIVENESS OF 3 VS 6 MONTHS OF ADJUVANT CHEMOTHERAPY IN COLORECTAL CANCER: THE SHORT COURSE ONCOLOGY THERAPY STUDY

J. Robles-Zurita, K.A. Boyd, A.H. Briggs, J. Paul, T. Iveson, A. Harkin, K. Allan, J. McQueen, C. Scudder, M. Saunders, R. Kerr and A. Haydon

Health Economics and Health Technology Assessment. Institute of Health and Wellbeing. University of Glasgow.

The Short Course Oncology Therapy (SCOT) study is an international, multicentre, non-inferiority randomised controlled trial assessing the efficacy, toxicity and cost-effectiveness of 3 months versus 6 months of adjuvant chemotherapy in colorectal cancer. It is hypothesised that a 3 months duration of treatment could improve patient quality of life, while substantially reducing the costs of the drug, its administration, and treatment of adverse effects, without having a detrimental impact on survival. The study randomised 6,088 patients with fully resected high-risk stage II or stage III colorectal cancer, followed up for a minimum of 3 years up to 7 years post randomisation. This paper presents the cost-effectiveness analysis of 3 month versus 6 months of treatment from a healthcare perspective using the resource use data, quality of life as measured by the EQ-5D, and disease free survival and overall survival data from the trial. The area under the curve technique was used to determine mean difference in survival and quality adjusted survival between the arms, and parametric extrapolation was undertaken for the lifetime analysis. Outcomes are reported in terms of incremental costs and Quality Adjusted Life Years (QALYs), with their uncertainty intervals, for both a within trial and a lifetime time horizon. The result of the economic evaluation is driven by differences in quality of life and differential costs due to the duration of the adjuvant chemotherapy.

C-85. SOCIETAL COST OF BLOOD IN EQUATORIAL GUINEA

C. Munoz

Auxiliar General de Electromedicina.

The objective of this study is to determine the unitary cost of a blood ready to be transfused unit in the Republic of Equatorial Guinea (REG). The cost has been estimated under a societal perspective. The data have been collected in a survey sent to Hospital Directors or Hospital Laboratory and National Blood Centres at the REG. The survey specific survey was specifically designed for this study. Since 2013 donation process in the REG could be done in two different kind of facilities: National Regional Donation Centres or Hospitals. REG is improving Blood policy according to WHO recommendations, increasing safety and the donation number provided by Volunteers No Remunerated Donors. Blood Donation and Transfusion policies needs to be improved, and coordinated. The cost of a Blood Unit ready to be transfused in REG estimated in this study is 2846.47 Euros. Different ranges of values are shown for the different facilities, as well as between public or private system management. Beyond the result obtained, and comparability with results estimated in other countries, the present study has a high value because of the reduce number Health Services Cost studies conducted in sub-Saharan Africa.

MESA DE COMUNICACIONES XVII

Valoración de los estados de salud

Jueves, 7 de septiembre, 16:30-18:00

C-86. VALUING HEALTH USING EQ-5D: THE IMPACT OF THE CHRONIC DISEASES ON HEALTH STOCK

E. Sánchez-Iriso, M. Errea Rodríguez and J.M. Cabasés Hita

Universidad Pública de Navarra.

Objectives: The Health Stock variable considered is the amount of health of a population. Health-related quality of life (HRQoL) com-

bined with quantity of life provide the picture of health. The EQ-5D is an instrument of HRQoL measurement. The aims of this paper are: 1. To obtain a measure of the relative burden of chronic illness based on HRQoL using the EQ-5D-5L. 2. To calculate the stock of health in Spain as well as the impact of each chronic disease on it in terms of health loss from a social perspective.

Methods: In the Spanish Health Survey (ENSE 2011-12), the ENSE included the EQ-5D-5L for the first time (N = 20,587). A Weighted Least Squares model is estimated, applying the population weight factor.

Results: We show how chronic diseases in Spain represent 11.35% of the stock of health losses as compared with the country free from those diseases. In Spain, the Actual Health Stock in 2011 was 35.54 million units in the VAS, in comparison to 46.81 million, the maximum attainable for the country, and 40 million for the country being free from chronic diseases.

Conclusions: For the Spanish population, individual diseases with a stronger impact in terms of health stock losses are: mental illness and stroke, cerebral infarction, and cerebral hemorrhage. At the population level, these are: osteoarthritis, arthritis or rheumatism, chronic back pain and high blood pressure.

C-87. ESTADOS DE HUMOR Y CRISIS ECONÓMICA: NUEVA EVIDENCIA EMPÍRICA PARA EL CASO ESPAÑOL

J. Clemente, A. Lázaro-Alquézar y A. Montañés

Análisis Económico, Economía Aplicada, Universidad de Zaragoza.

Los trabajos analizadores de la relación entre crisis económica y salud han concluido de forma generalizada el efecto negativo de las dificultades económicas sobre la salud mental de la población. En la mayoría de los casos, mediante diseños de corte transversal que excluyen la posibilidad de inferencia causal entre las variables. El presente trabajo pretende profundizar en la relación entre situación económica y salud mental en España para el periodo 1978-2015. Aplicamos el análisis de cointegración propuesto por Engle y Granger, (1987) a la variable trastornos episódicos de humor (incluye trastorno depresivo mayor, el trastorno maníaco o la psicosis maniaco-depresiva) de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, en términos de prevalencia de la enfermedad por 100.000 habitantes según el diagnóstico principal al alta de los pacientes. Del análisis univariante, nuestros resultados preliminares indican la presencia de quiebra en la tendencia del número de casos de enfermedad mental (a partir de los años 2000 ésta había disminuido de forma considerable), con un cambio significativo en 2009 (coincidiendo con el inicio de la crisis económica). Además, hemos analizado la existencia de cointegración el análisis multivariante entre la tasa de morbilidad y el PIB pc. Los resultados indican que ya en 2005, la relación deviene negativa: a peor comportamiento de la economía, mayor número de episodios de mal humor. El principal mérito de este trabajo es la incorporación del análisis de largo plazo de la relación economía-salud mental a través de la variable objetiva diagnóstico de trastornos de humor al alta hospitalaria en España.

C-88. ¿CÓMO INFLUYEN LOS FACTORES NO CLÍNICOS EN LA SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA?

Á. Fernández Pérez y Á. Sánchez Domínguez

Universidad de Granada.

¿Determinan los factores no clínicos la satisfacción de las personas con el sistema sanitario? En este trabajo intentamos dar respuesta a

esta pregunta a partir de los microdatos del Barómetro Sanitario de 2015 en España. Concretamente, analizamos la satisfacción con los servicios de atención primaria, especializada y hospitalaria del sistema sanitario público español, así como la satisfacción con el sistema sanitario público español en su conjunto. Desde un punto de vista teórico, utilizamos los dominios del concepto de Responsiveness desarrollados por la Organización Mundial de la Salud. Como metodología, confiamos en un Probit Ordenado. Los principales resultados indican que los factores determinantes de la satisfacción global con los servicios de atención difieren en función del servicio analizado. De modo que, en la atención primaria el factor determinante es el trato recibido por el personal médico, en la especializada el tiempo dedicado por el personal médico a cada paciente y en la hospitalaria el tiempo de espera para un ingreso no urgente. En cuanto al sistema sanitario público en su conjunto, las dimensiones relacionadas con la atención rápida y la dignidad contribuyen más a mejorar la satisfacción de los ciudadanos. De estos resultados podrían deducirse implicaciones para mejorar la eficacia de las políticas públicas sanitarias.

C-89. EXPLICANDO LA FELICIDAD POR MEDIO DE LOS VÍNCULOS SOCIALES: FAMILIA, AMIGOS Y PAREJA

J.R. Vargas, C. Castillo González, K. Cabezas Mendieta y Y. Xirinachs Salazar

Universidad de Costa Rica.

Este estudio tiene como objetivo estimar el impacto de las relaciones interpersonales en la felicidad de los individuos. Se utiliza la Encuesta Nacional de Salud 2006 para Costa Rica. La estimación se realiza a través de modelos logit, considerando como variable dependiente la felicidad autoreportada, como variables independientes, vivir en pareja, el tamaño de la familia, cantidad de hijos, las relaciones con los vecinos, controlando por sexo, la salud autoreportada y el nivel de ingreso. En los tres modelos resulta significativa la variable asociada a la relación con otras personas, la edad, el estado de salud, el ser mujer y el nivel de ingreso, todas en forma positiva. Una persona que está satisfecha con la relación en pareja tiene un odd ratio 3,4 veces superior a una que está insatisfecha. El modelo que presenta el mejor ajuste, desde el punto de vista econométrico, es el aquel que considera la relación con los amigos o vecinos. Entre las principales conclusiones se tiene que, en el caso de Costa Rica, las relaciones interpersonales son un factor que influye en la felicidad de las personas; sin embargo, el nivel de ingreso y la salud autopercibida resultaron significativos en todos los niveles. Los resultados concuerdan con la teoría que muestra que las mujeres suelen reportar un nivel de felicidad mayor que los hombres.

C-90. LA MORBILIDAD ATENDIDA Y EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO, 2 APROXIMACIONES DIFERENTES AL ESTADO DE SALUD

M. Carreras, G. Puig, I. Sánchez, P. Ibern, J. Coderch y R. Gispert

GRESSIONS-Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Universitat Pompeu Fabra-Universitat Autònoma de Barcelona. Centre de Recerca en Economia de la Salut (CRES). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Analizar la asociación entre el estado de salud individual auto-percibido, obtenido a partir de encuestas, como por ejemplo el cuestionario EuroQol y el estimado a partir de información clínica sobre morbilidad atendida.

Métodos: Estudio transversal en el año 2016. Se estudió la población general de cuatro áreas básicas de salud de una comarca

(N = 92.337). Se extrajo una muestra proporcional estratificada por edad, sexo y estado de salud (N = 1.200) y se administró un cuestionario adaptado del de la encuesta de salud de Catalunya (ESCA). Paralelamente se clasificó a los encuestados en estados de salud, a partir de la morbilidad atendida, mediante el agrupador Clinical Risk Groups (CRG). Se realizó el test exacto de Fisher y Anova, con un nivel de confianza del 95%.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre el estado de salud auto-percibido y el estimado a partir de la morbilidad atendida. Se observaron diferencias significativas por edad, sexo, clase social y en las diferentes dimensiones EQ5D. La puntuación media del termómetro EuroQol para los pacientes más graves según los CRG (múltiples comorbilidades, enfermedad neoplásica avanzada o condiciones complejas) fue de 55 puntos. El 31% de estos pacientes afirma que su salud era buena, muy buena o excelente.

Conclusiones: Existen diferencias importantes entre el estado de salud auto-percibido y el estado de salud estimado en relación a la carga de enfermedad individual. Conviene reflexionar sobre posibles implicaciones en el cálculo de todo tipo de indicadores, como por ejemplo la esperanza de vida en buena salud.

MESA DE COMUNICACIONES XVIII

Gasto y financiación del sistema sanitario

Jueves, 7 de septiembre, 16:30-18:00

C-91. GASTO SANITARIO Y CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA: NUEVA EVIDENCIA EMPÍRICA EN LA OCDE

C. Blázquez Fernández, D. Cantarero Prieto y M. Pascual Sáez

Departamento de Economía, Universidad de Cantabria.

Objetivos: La contaminación atmosférica es responsable de muchos efectos adversos sobre la salud y el bienestar. Se analiza así la relación entre calidad medioambiental y gasto sanitario.

Métodos: Se utiliza un panel para 29 países de la OCDE durante 1995-2014 y dada su heterogeneidad se realiza un análisis por subgrupos. En ambos casos, se estiman paneles lineales y dinámicos para estudiar la relación entre el gasto sanitario (total, público y privado), variables asociadas a la contaminación (monóxidos de carbono, óxidos de nitrógeno y azufre), y otras variables de control.

Resultados: La renta per cápita tiene un efecto positivo en los gastos sanitarios, pero no resulta ser tan estadísticamente significativa cuando se incorporan retardos. Se aprecia como entre el 80% y el 90% de dichos gastos vienen condicionados por los efectuados en el periodo anterior. Los resultados empíricos son bastante consistentes entre grupos y cuando se comparan con la muestra completa. La variable óxido de nitrógeno aparece como factor clave a considerar, especialmente para el segundo de los grupos considerados, donde se encuentran mayores elasticidades (por ejemplo, 0,034 frente a 0,136). Sin embargo, persisten algunas diferencias importantes cuando se distingue entre gasto sanitario total, público o privado.

Conclusiones: Las emisiones contaminantes deterioran la calidad del aire y, por tanto, afectan negativamente a los resultados en salud. Así, en este estudio se proporciona nueva evidencia empírica sobre cómo las políticas de gestión sanitaria deben incluir consideraciones para el uso de combustibles más limpios en los países de la OCDE.

C-92. EVOLUTION OF HOSPITAL PUBLIC HEALTHCARE EXPENDITURE BY HEALTHCARE AREA WITH DEMOGRAPHIC, UTILISATION AND COST FACTORS

M. Comendeiro Maaløe, M. Ridao López, N. Martínez Lizaga and E. Bernal Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, REDISSEC.

Objectives: Assess the association and evolution of hospital public healthcare expenditure by healthcare area with demographic, utilisation and cost factors, as well as identify the relative contribution of regions as cluster, locus where financing and policy making decisions are taken.

Methods: Observational, descriptive and analytical study of hospital public expenditure in 198 healthcare areas of 16 Spanish regions, along 2003-2013, using routine hospital activity data records (CMBD). Aggregate and annual log-log multilevel models of random effects were specified, with regions as cluster and time as fix-effect in the aggregate equation. Beta partial and standardised coefficients were assessed, as well as variance partition coefficient.

Results: Expenditure experienced an 82.5% increase, population a 10.4%, morbidity a 3.5%, hospital admissions a 21.5% (day-care surgery doubled) while length of stay slightly decreased and other cost factors evolved unevenly. Utilisation factors showed the highest association with expenditure, followed by far by cost factors like tertiary, nursing care or teaching effort. In contrast, demographic factors showed no association.

Conclusions: In contrast to some adopted measures to reduce public healthcare spending, such as the considered in the 2012 Government's Stability Program for the Kingdom of Spain, exclusively oriented to reduce the costs of healthcare services, the utilisation factors and the impact of regions showed to be the strongest determinants explaining hospital healthcare expenditure.

C-93. GRDS, COSTE POR PACIENTE Y TARIFA DEL PACIENTE HOSPITALARIO

M.I. Ibarrola Gutiérrez, M.T. Acaiturri Ayesta, E. Gómez Inhiesto, I. Armentia Arsuaga, M.Á. Gómez Rodríguez e I. Ustarroz Aguirre

OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces.

Objetivos: Comparar y evaluar el coste de Procedimientos Asistenciales calculados según: Modelo de Coste Tradicional - Top Down: Coste peso GRD. Nuevos modelos Asistenciales - Botton Up: Coste Paciente. Impacto en el Sistema de Financiación de la Organización Sanitaria.

Métodos: Se han utilizado datos de los sistemas de información clínico asistencial y Contabilidad Analítica de la OSI de los años 2014 y 2015. Clasificación de los pacientes por GRD y asignación de costes para su posterior comparación con el coste real de cada uno de ellos. Dichos costes se comparan con la tarifa por prestación de servicios sanitarios correspondiente para la Financiación de la Organización.

Resultados: Existe una variabilidad significativa entre las tres dimensiones estudiadas. Siendo el coste GRD un coste medio y el coste por paciente un coste real. Introduciendo la Financiación al estudio, nos permite comparar las diferencias entre coste y tarifa.

Conclusiones: El coste medio GRD no es suficiente en la toma de decisiones. El coste por paciente ofrece un mayor grado de fiabilidad al cuantificar los recursos consumidos. El Coste por paciente nos permite analizar la variabilidad de los procedimientos en función de distintas variables clínicas y sociodemográficas, así como contemplar y valorar las complicaciones asociadas a dichos procedimientos. Ofrecer a clínicos y gestores el conocimiento del circuito sanitario y sus factores de coste, proporcionando información útil de ayuda en la

toma de decisiones. Conocer el coste por paciente permite disponer de estudios, evaluaciones, objetivos y resultados más reales.

C-94. EFECTO EN EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE LOS PENSIONISTAS EN CANARIAS DE LA INTRODUCCIÓN DEL RDL 16/2012: EL CASO DE 15 FAMILIAS DE MEDICAMENTOS AGRUPADAS SEGÚN ELASTICIDAD-PRECIO DE LA DEMANDA

C. Hernández Izquierdo, I. Abásolo Alessón
y Beatriz González López-Valcárcel

Universidad de La Laguna. Universidad de La Laguna. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Medir el efecto en Canarias del cambio del modelo de copago-farmacéutico sobre el consumo, por parte de los pensionistas, de medicamentos agrupados según elasticidad-precio.

Métodos: Muestra aleatoria de 64.000 personas cubiertas por el SNS en Canarias, estratificada por siete áreas de salud y condición de activo/pensionista. Para cada individuo se tiene la información de los medicamentos dispensados prescritos por el SNS desde un año antes hasta uno después del RDL. Estudio longitudinal “antes/después” utilizando modelos econométricos (Dif-in-Dif) del cambio en el copago, donde se compara el consumo de medicamentos de pensionistas con renta inferior a 18.000 €/año (cuyo copago pasó de 0-10%) con el de activos del mismo nivel de renta (grupo-control con copago invariable (40%)). Los medicamentos se dividen en 15 grupos ordenados según elasticidad-precio.

Resultados: La mayor sensibilidad a cambios en el precio la tienen los medicamentos menos inelásticos. En los meses inmediatos posteriores al RDL-16/2012, se aprecian reducciones (más acusadas en pensionistas que en activos) en el consumo (nº recetas retiradas de farmacia) de casi todos los grupos de medicamentos, que tienden a desaparecer en los meses siguientes. Las tasas de variación de medicamentos (pensionistas) de abril-septiembre de 2012 oscilan entre 8,46% (sistema-nervioso) y 30,79% (sistema respiratorio-superior), con tasas intermedias para otras enfermedades graves/crónicas: cardio-

vasculares (-9,35%), metabólicos/endocrinos (-11,17%), y diabetes (-11,71%).

Conclusiones: El nuevo modelo de copago-farmacéutico, conlleva un primer efecto inmediato de reducción del consumo de pensionistas, que desaparece en los meses posteriores hasta alcanzar niveles de consumo anteriores al cambio o incluso superarlos.

C-95. EFECTOS DE LA CRISIS SOBRE EL GASTO SANITARIO Y LA EFICIENCIA

J.J. Muñoz González y J.M. Labeaga Azcona

Hospital Universitario Santa Cristina. Departamento de Ciencias Económicas, UNED.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comparar si el comportamiento diferencial de dos CCAA respecto al gasto sanitario público durante la crisis tiene efectos sobre la eficiencia de los hospitales.

Métodos: Se analizan datos del periodo 2005-2014 de los hospitales de agudos, públicos, del País Vasco y Andalucía. El análisis consta de dos fases. En la primera se estudia la eficiencia mediante envoltura de datos con orientación output y rendimientos variables. Las variables de input consideradas han sido el gasto en personal y en bienes corrientes y consumos y como outputs las altas, urgencias, consultas externas, intervenciones ambulatorias y actividad en hospital de día. En la segunda fase se evalúan los efectos de dos políticas de gasto diferentes sobre los cambios en la eficiencia utilizando métodos de diferencias en diferencias.

Resultados: El gasto sanitario ha seguido un aumento interanual más sostenido en el País Vasco –aunque con variaciones durante la crisis– y un descenso progresivo, especialmente en los gastos de personal, en Andalucía. La eficiencia media (\pm DE) de los hospitales del País Vasco desciende desde $69,7 \pm 21,8\%$ en 2005 hasta $65,5 \pm 19,5\%$ en 2010 para mantenerse a partir de 2011 en torno al 71%. En los hospitales andaluces desciende desde $82,3 \pm 19,0\%$ en 2005 hasta $70,2 \pm 18,3\%$ en 2010 para incrementarse progresivamente hasta $78,3 \pm 17,2\%$ en 2014. La crisis ha mejorado la eficiencia media de los hospitales. Los resultados son robustos al control de la heterogeneidad inobservable.