

XXVIII Jornadas de Economía de la Salud

Salamanca, 28-30 de mayo de 2008

COMUNICACIONES PÓSTER

SESIÓN 1 Evaluación económica y evaluación de tecnologías 1

ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVENOSO CON MESNA FRENTE A LA PROFILAXIS CONVENCIONAL CON HIDRATACIÓN ENDOVENOSA MODERADA

G. Paredes Guerra, R. Bolaños Díaz y C. Sanabria
Hospital Rebagliati; Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Objetivos. Determinar si la terapia con Mesna en administración endovenosa exclusiva, es más costo efectiva que la profilaxis convencional a base de hidratación Ev moderada.

Métodos. El ACE se ha realizado efectuando una simulación del comportamiento de dos cohortes hipotéticas con cáncer sometidas a quimioterapia urotóxica con ifosfamida, una recibiendo Mesna e hidratación convencional (2000 ml/24 h) y la otra sólo hidratación convencional basados en un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego de alta validez interna. Se incluyen los costos directos médicos del Hospital Rebagliati. La efectividad se valoró como "utilidad de tratamiento". En el árbol de decisión se representa el modelo en el cual se ha basado el ACE.

Resultados. De los 101 pacientes, 91 fueron evaluados: 45 grupo Mesna y 46 el grupo placebo. Incidencia de hematuria fue 6,7% en el grupo Mesna y 32,6% grupo placebo ($p = 0,0008$) reportando una utilidad del 80% significativamente más alta que el grupo placebo (34,8%). Los costos de los casos de hospitalización evitados fue de \$1,632; la efectividad en base a los casos de hematuria evitados de un 26% y la relación de C/E como los días de hospitalización evitados en los que reciben Mesna y no tienen hematuria de \$2,192.

Conclusiones. La eficacia, seguridad y utilidad del Mesna en prevenir la hematuria en pacientes con cáncer que reciben ifosfamida ha sido bien demostrada en este estudio. El ACE demuestra que la adición de Mesna a la quimioterapia con ifosfamida sería una intervención más eficiente que la profilaxis convencional, permitiendo disminuir la estancia hospitalaria debido a la complicación de hematuria.

ESTUDIO DE LOS COSTES DIRECTOS ANUALES DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET

M. Marqués de Torres, L. Betegón y C. Abadía
Técnico de Salud del Medicamento, Distrito Axarquía, Málaga; Dpto. Economía de la Salud, Sanofi-Aventis.

Objetivos. La enfermedad ósea de Paget es la enfermedad metabólica ósea más frecuente después de la osteoporosis. Se caracteriza por zonas focales de reabsorción ósea e incremento de la actividad osteoblástica, provocando dolor, deformidad y atrapamientos o fracturas.

Métodos. Se ha realizado un estudio de costes del tratamiento de la enfermedad de Paget, con la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. Los tratamientos comparados han sido el ácido risedrónico y el ácido zoledrónico. La información sobre la pauta de tratamiento y administración se ha tomado de las Fichas Técnicas de cada producto: en el caso de risedronato se ha considerado un único ciclo de tratamiento de 2 meses de duración; en el caso del zoledronato los costes anuales del tratamiento comprenden una única administración del fármaco más el coste de una infusión de al menos 15 minutos. Los costes de los fármacos y de administración se han obtenido de bases de datos españolas. Tras la obtención del coste anual de cada fármaco se ha estimado el impacto presupuestario que supondría para el Sistema Nacional de Salud español el tratamiento de 1.000 pacientes, con cada uno de los fármacos estudiados.

Resultados. Los costes anuales directos del tratamiento con risedronato serían de 463,10€ por paciente, frente a los 523,68€ que supone el tratamiento con zoledronato. El ahorro por paciente tratado con risedronato frente al zoledronato sería de 60,58€. Aunque el coste farmacológico del tratamiento con zoledronato es algo inferior al del risedronato los costes totales de tratamiento con zoledronato son mayores, porque su administración necesita realizarse en un centro sanitario. Se ha estimado el coste del manejo de 1.000 pacientes con cada uno de los tratamientos estudiados, con el resultado de que el uso de risedronato ahorraría al SNS español hasta 60.580€ al año.

Conclusiones. Los bifosfonatos son considerados los fármacos de elección para el tratamiento de la EP. Considerando los costes directos sanitarios (fármacos y administración) el tratamiento de la EP con ácido risedrónico supondría un ahorro de hasta el 11,6% comparado con el ácido zoledrónico. La principal diferencia entre los costes se explica por el hecho de que mientras el ácido risedrónico se toma de forma oral por el paciente, la administración del ácido zoledrónico tiene costes añadidos, al tener que realizarse en un centro sanitario. En el futuro sería interesante contar con datos de calidad de vida de los pacientes con cada tratamiento, a fin de poder elaborar un estudio de coste-utilidad.

ACCESO GEOGRÁFICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS A LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES

A. Vieta, E. Jiménez, N. Lara, M. Prior y X. Badia
Health Economics & Outcomes Research. IMS Health.

Objetivos. Determinar si existen desigualdades geográficas en el acceso a agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (AAI) innovadores en pacientes con cáncer.

Métodos. Se identificaron los nuevos principios activos (PA) introducidos en España de 2002 a 2007 y se seleccionaron a los AAI. Se determinó su evolución y se compararon el número de unidades vendidas, utilizando las bases de datos de IMS Health (EMF, EMH y EMHEMF). Los datos se ajustaron por población. Se dividieron los resultados en la mínima unidad geográfica que permitía asegurar la representatividad de los datos (I: Aragón, Cataluña, Baleares; II: Valencia, Murcia; III: Andalucía, Canarias; IV: Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid; V: Asturias, Castilla-León, Galicia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Cantabria). Se con-

sideraron dos horizontes temporales: los 12 meses anteriores a septiembre de 2007 (MAT 09/07) y el análisis comparado de 04/06 al 12/06 con 1/07 al 09/07.

Resultados. En España de 2002 hasta octubre de 2007 se introdujeron 145 principios activos nuevos, 25 con indicación oncológica y, de éstos, 16 eran AAI. Por limitaciones metodológicas, se analizaron 10: 3 de diagnóstico hospitalario (DH) (imatinib, erlotinib y sorafenib), 6 de uso hospitalario (H) (alemtuzumab, bortezomib, bevacizumab, cetuximab, ibritumomab y pemetrexed) y 1 de prescripción médica (fulvestrant). Los fármacos DH presentaron una gran variabilidad en unidades por habitante (un/hab) entre regiones. Erlotinib presentó una desviación estándar (DE) entre zonas del 27,7%, concentró el 69% de las ventas en la zona I y el 31% se distribuyó uniformemente en las restantes. Imatinib presentó una DE del 25%, la zona I reunió al 53,6% de las unidades y la V al 40,3%. Sorafenil presentó la menor variación geográfica (DE = 10,1%). Las diferencias regionales entre los fármacos hospitalarios fueron menores. La DE osciló entre el 9,8% (bevacizumab) y el 5,3% (pemetrexed). La zona II es la que presentó la mayor cuota de mercado. En fulvestrant, las zonas I y V concentraron el 60,9% de las ventas y la DE entre regiones fue del 13,6% (MAT 09/07). Para determinar la evolución de los PA se comparó por regiones el número de un/hab acumuladas de 04/06 al 12/06 con los de 1/07 al 09/07. El análisis temporal geográfico conjunto de la evolución en un/hab de los PA analiza los es de decrecimiento en las zonas 1 (-3,4%) y 5 (-6,9%), crecimiento en las zonas 2 (14,1%) y 4 (15,2%) y estancamiento en la 3 (0,2%).

Conclusiones. Existen diferencias regionales en el número de unidades vendidas por habitante de AAI innovadores. Las zonas I e V presentan las tasas más altas mientras que en el resto la penetración de mercado de estos productos se encuentra muy limitada.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO QUE MIDAN COSTES Y/O EFECTOS EN POBLACIÓN GENERAL Y ANCIANOS

F. Jódar Sánchez, N. Godino Gallego, J.M. Araújo Santos, J.J. Martín Martín, M.P. López del Amo, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada.

Objetivos. Revisión sistemática de estudios publicados entre agosto de 2002 y abril de 2007 del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) que mida costes y/o efectos en población general y ancianos.

Métodos. Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura para el periodo agosto 2002- abril 2007 en las bases de datos Medline, Proquest, Tripdatabase, Clinical Evidence, CSIC, JBI Connect, Cochrane Plus, Cuiden, Ebscohost, Embase, MediciLatina, OVID, PubMed y Sciencedirect, en revistas electrónicas de impacto en el campo de Economía de la Salud y en literatura gris, una vez analizada la bibliografía previa a agosto del 2002. Se realizó una búsqueda combinando términos Mesh directamente relacionados con el seguimiento farmacoterapéutico, como son: ADP, drug related problem, hospital, nursing homes, institutionalized elders and primary care; y términos no Mesh, como son: cost effectiveness, cost usefulness and Quality.

Resultados. Dieciséis estudios cumplieron los criterios de inclusión, y por tanto describían un programa de atención farmacéutica, había participación del farmacéutico, fueron publicados entre agosto de 2002 y abril de 2007, no se centraban en un solo grupo de medicamentos, no se centraban en una sola patología y medían variables de impacto del programa. Se han analizado en función de la procedencia de los estudios (autor/país), objetivos y tipos de pacientes, diseño empleado, medidas de efecto, medidas de resultado, sistemas de imputación de costes y métodos de calcular los efectos y los costes a lo largo del estudio. De estos 16 artículos, 9 tienen por población objeto de estudio a ancianos y los 7 restantes a población general. Los 16 estudios presentan medidas de efectos, siendo las habituales el número de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), número de fármacos prescritos e indicadores de morbilidad. 8 estudios midieron los costes del SFT pero sólo 5 miden la calidad de vida de los pacientes. Los costes más frecuentes identificados en los estudios son el coste en medicamentos, coste directo de la intervención

del farmacéutico y coste del uso de los servicios médicos. De los 5 estudios que miden la calidad de vida, 4 utilizan el cuestionario SF-36.

Conclusiones. Esta revisión identifica estudios del SFT heterogéneos. Todos los estudios presentan medidas de efectividad aunque sólo la mitad presentan medidas de coste del SFT. Los estudios consideran únicamente los costes directos, si bien no todos incluyen los costes relevantes. Son pocos los estudios que miden la calidad de vida de los pacientes, utilizando instrumentos poco sensibles respecto al proceso del SFT.

ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DE LA PSORIASIS EN PLACAS MODERADA A GRAVE CON EFALIZUMAB O ETANERCEPT

I. Gorostiza, O. Espallardo, S. Almazán y G. Trincado

Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Merck FYQ.

Objetivos. La prevalencia media de la psoriasis (PS) en España se estima en 1,17-1,43%. El 80-85% de los pacientes sufren PS en placas (PSPL), y el 20-30% de los pacientes presentan una forma moderada-severa. Efalizumab y etanercept son agentes biológicos indicados para el tratamiento de pacientes adultos con PSPL moderada o severa que tiene intolerancia y/o fallo de respuesta a sistémicos. En la actualidad no existe ningún modelo económico que compare efalizumab con las alternativas/esquemas terapéuticos anteriormente mencionados. El objetivo del estudio ha sido desarrollar un modelo económico para investigar el coste-efectividad de dos de las opciones de tratamiento disponibles y conocer el valor que aporta efalizumab en el manejo a largo plazo (LP) de estos pacientes crónicos.

Métodos. Desde la perspectiva del financiador se desarrolló un modelo de Markov para investigar/simular una cohorte hipotética de pacientes con PSPL con tratamiento a LP. Las potenciales ventajas económicas del tratamiento continuado con efalizumab fueron comparadas con las del tratamiento continuo o intermitente con etanercept y con un grupo control sin tratamiento biológico. Como resultado primario, el modelo calcula el tiempo medio total que un paciente permanece en un estado de salud leve o sin PS. Así mismo, el modelo también permite el cálculo de la calidad de vida ajustado por años (QALYs). Para cubrir los costes y efectos a LP se utilizó un horizonte temporal de 10 años. Un análisis de sensibilidad fue realizado sobre la eficacia del tratamiento, los pesos de las utilidades y coste, así como de la probabilidad de cambiar a segunda línea después de fracaso.

Resultados. Los resultados preliminares mostraron que a los 10 años efalizumab tienen un control mayor en la permanencia del paciente en un estado de salud leve o sin PS. Respecto los costes farmacológicos y totales directos, se mostró que etanercept continuado era el fármaco con un coste más elevado.

Conclusiones. Los resultados preliminares del estudio, según la simulación generada, apuntan que es más rentable tratar a LP con estos dos fármacos que el no utilizar estos biológicos. El coste adicional de estos fármacos conduce a QALYs adicionales importantes. El tratamiento continuado con etanercept se muestra como la opción menos rentable. La opción intermitente, por lo tanto, podría ser una alternativa pero nuestro análisis apunta a que debido al coste de su baja eficacia y de ahí unos QALYs menores, efalizumab podría ser la opción más CE ya que supone un coste aceptable por unidad de salud adicional ganada.

ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DE REBIF® (INTERFERÓN BETA-1A) PARA EL TRATAMIENTO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECIDIVANTE EN ESPAÑA

T. Arbizu, G. Izquierdo, M.A. Hernández, C. Crespo, O. Espallardo, et al
H. Bellvitge; H. Virgen Macarena; H. Ntra. Sra. de la Candelaria; Oblikue Consulting; Universidad de Barcelona; Merck FYQ.

Objetivos. En la actualidad los tratamientos en primera línea de Esclerosis múltiple remitente-recidivante (EMRR) son el acetato de glatiramer subcutáneo (GA) y los interferones-beta, como son el interferón-beta 1a intramuscular (IFNB-1a), el subcutáneo Rebif y el interferón-beta 1b (IFNB-1b), y recientemente en segunda línea también Natalizumab. El objetivo de este estudio ha sido realizar

un análisis farmacoeconómico de Rebif® para conocer el valor que aporta al tratamiento y manejo de la EMRR en España.

Métodos. Se ha elaborado un modelo farmacoeconómico basado en datos de eficacia de Rebif® (número de brotes y progresión de la discapacidad) derivados de dos ensayos clínicos, a medio (1 año) y a largo plazo (4 años), y de la opinión de expertos nacionales. Los datos de eficacia (1-4 años) del resto de comparadores provienen de los ensayos clínicos, exceptuando en aquellos sin datos a largo plazo, donde se ha aplicado el mismo porcentaje de reducción de brotes o progresión de la enfermedad que la observada en Rebif®. También se han estudiado las consecuencias económicas valorando los datos de consumo de recursos sanitarios y los costes de estudios nacionales. A partir de todo ello, se ha calculado el número de brotes, la progresión de la enfermedad y el coste medio por paciente a 1, 2, 3 y 4 años para cada opción, formando los indicadores de coste por brote evitado respecto placebo (CBE) y coste por progresión evitada respecto placebo (CPE). El análisis se realizó desde la perspectiva del sistema nacional de salud, incluyendo sólo costes (locales) de 2007 y descontando tanto los costes como los efectos futuros al 3%. Se ha realizado un análisis probabilístico mediante la simulación de 1000 casos por el método de Monte-Carlo.

Resultados. Los resultados mostraron que a los 4 años tanto Rebif® como Natalizumab tienen un control mayor del número de brotes derivados de la enfermedad y de la progresión de la enfermedad. Respecto los costes farmacológicos y totales directos, se mostró que Natalizumab era el fármaco con un coste más elevado (aproximadamente un 65% más que la media global del resto de opciones). De tal forma que el CBE de Rebif® es inferior al resto de opciones y el CPE de Rebif® es similar a Natalizumab e IFNB-1b.

Conclusiones. Los resultados preliminares del estudio, muestran que Rebif® tiene un control adecuado del número de brotes y de la progresión de la enfermedad, mostrándose como una alternativa eficiente con respecto al resto de alternativas terapéuticas.

FARMACOS ANTI TNF Y ENFERMEDAD DE CROHN. DISCREPANCIAS ENTRE POSOLOGÍA RECOMENDADA Y PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

F. Casellas, J. Panés, A. Vieta, et al

Hospital Univ. Vall d'Hebron, Barcelona; Hosp. Clínic, Barcelona; HEOR IMS Health.

Objetivos. Conocer la posología y los costes farmacológicos en los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) moderada-grave tratados con Infliximab (IFX) o Adalimumab (ADA) en la práctica clínica habitual (PCH) en España.

Métodos. Estudio descriptivo, naturalístico, de revisión retrospectiva de historias clínicas a tres años, multicéntrico y nacional. Participaron 10 gastroenterólogos de diferentes hospitales. Cada investigador seleccionó sucesivamente a 10 pacientes que acudían a consulta para una visita de control, de los cuales 7 debían haber recibido previamente IFX y 3 ADA. Se analizaron descriptivamente las características clínicas, los tratamientos concomitantes y se estimó el coste de IFX y ADA por paciente y año. Se estudiaron las discrepancias de coste entre la pauta posológica recomendada en ficha técnica (FT) y la PCH.

Resultados. Se incluyeron un total de 91 pacientes, mediana de edad 34 años y con 7,7 años, de mediana, desde el diagnóstico. Las localizaciones eran: ileocecal (53,8%), ileal (25,3%) y cólica (19,8%). El comportamiento observado fue inflamatorio (52,7%), penetrante (23,1%) y estenosante (24,2%). Del total de pacientes, 60 estaban tratados con IFX y 31 con ADA (19 habían sido tratados previamente con IFX). Los grupos finales fueron: 1) IFX (n = 79); 2) ADA en 2ª línea (n = 19); y 3) ADA en 1ª línea (n = 12). El porcentaje de pacientes tratados concomitantemente con inmunosupresores fue del 81%, 73,7% y 58,3%, con aminosalicilatos del 38%, 15,7%, y 33,3% y con esteroides del 38%, 31,6% y 8,3% para los grupos 1, 2 y 3 respectivamente. El 83,3% y 73,6% de los pacientes tratados con ADA recibieron en inducción 160/80 mg en 1ª y 2ª línea respectivamente. En mantenimiento, un 83,3% de los pacientes en 1ª línea y el 63,15% en 2ª recibieron 40 mg/2 sem y, el resto, dosis más elevadas y/o intervalos de dosificación más estrechos. El 86,1% de los pacientes recibieron en inducción 5 mg/kg de IFX a las sem 0-2-6 y el 78,4% en man-

tenimiento cada 8 sem. El coste anual por paciente en tratamiento con IFX según la posología recomendada sería de 16.336€/año mientras que en la PCH alcanzó 17.765€/año (+6,7%). Según la posología recomendada el coste/tratamiento anual de ADA es de 14.467€/año, mientras que en la PCH fue de 20.216€/año (+39,7%) en primera línea y de 19.664€/año (+35,9%) en 2ª.

Conclusiones. Las terapias biológicas se utilizan asociadas con inmunosupresores y frecuentemente con aminosalicilatos y esteroides. El coste farmacológico con ADA según la PCH recogida en nuestro estudio fue significativamente superior al establecido en la posología recomendada en FT tanto en primera línea (+39,7%) como en segunda (+35,9%), diferencia menos marcada para IFX (+6,7%).

ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS UTILIZADOS EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE RÍO GRANDE DO NORTE-BRASIL A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

G.C. Guerra, A.A. Araújo, K.M. Chaves, F.C. Rodrigues, M.D. Cavalcante, et al

UFRN; DBF; Hospital João Machado; UNICAT.

Objetivos. Evaluar la relación entre los costos de los antipsicóticos atípicos en el Sistema Único de Salud (SUS-Brasil) en el Hospital de referencia de enfermedades psiquiátricas de la Provincia de Rio Grande do Norte-Brasil.

Métodos. La recogida de los datos fue realizada en el Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado, Natal, Rio Grande do Norte/ RN, Brasil, entre enero de 2006 a agosto de 2007. Fueron investigados los siguientes medicamentos: olanzapina 10 mg, risperidona 2 mg, ziprazidona 40 mg/80 mg, a través de su precio unitario, evaluando la participación de la Consejería de Salud de la Provincia en la distribución de estos medicamentos (Programa de Alto Costo). Fue realizada una correlación del consumo de los antipsicóticos con los costos para el servicio de salud en los años estudiados.

Resultados. Los resultados presentaron diferencia significativa entre el consumo de olanzapina 10 mg entre los años de 2006 y 2007 ($p < 0,02$). Hubo un gran variación de los precios de los medicamentos en el periodo estudiado, en especial la olanzapina, que tuvo su precio aumentado de R\$ 6,51 para R\$ 10,00 entre los meses de noviembre de 2006 y junio de 2007, ajustes estos que fueron financiados por el Ministerio de la Salud del Gobierno Brasileño. Sin embargo, el precio si ha depreciado a partir de julio de 2007, con la intervención de la Consejería de Salud de la Provincia de Rio Grande do Norte a través del Programa de Distribución de Medicamentos de Alto Costos para los pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Conclusiones. El consumo de los antipsicóticos aumentó entre los años de 2006 y 2007. El Programa de Distribución de Medicamentos de Alto Costos ha demostrado gran eficiencia en la negociación de los precios en la compra de medicamentos antipsicóticos en el hospital estudiado, colaborando con una mejor asistencia de los pacientes psicóticos en su tratamiento.

SESIÓN 2

Demanda/utilización de servicios

RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

M.J. Boto González e I.M. Morales Gil

E.U. de CC. de la Salud; Universidad de Málaga; Dpto. de Enfermería.

Objetivos. - Conocer si existen diferencias en la práctica de los profesionales sanitarios (Medicina y Enfermería) en función del género, en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga. - Conocer

si, en función del sexo del profesional sanitario que le trate, existen diferencias en el nivel de satisfacción de los usuarios.

Métodos. - Tipo de estudio: descriptivo transversal. Sujetos de Estudio: - 375 pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Carlos Haya de Málaga, entre marzo y mayo del año 2007. Obtención de Datos: - Cuestionario mediante entrevista realizada a pacientes hospitalizados. Grupos de Estudio: Se establecen 4 grupos de pacientes: - Mujeres entre 18 y 35 años. - Mujeres de 50 años en adelante. - Hombres entre 18 y 35 años. - Hombres de 50 años en adelante. Criterios de Inclusión: - Hospitalización superior a 5 días. - Estado general y de conciencia adecuado para responder al cuestionario. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS para Windows versión 14.0.

Resultados. En el análisis general con las variables cuantitativas, los resultados muestran una muy alta valoración de los profesionales sanitarios, con una mayor incidencia en los profesionales de Enfermería. Es destacable la casi imperceptible diferencia entre la valoración en función del género del profesional. - No existe diferencia apreciable entre la valoración que dan pacientes encuestados a los profesionales sanitarios según el sexo de ambos. - Las mujeres encuestadas hacen una menor valoración respecto a los profesionales sanitarios que los hombres. - Analizando las variables sexo y la preferencia del sexo del profesional de Medicina y Enfermería que quiere que le trate para temas de salud íntimos, el porcentaje de mujeres que prefieren ser tratadas por alguien de su mismo sexo, es mayor a esa misma preferencia en los hombres. **Conclusiones.** 1. Los pacientes encuestados, a la hora de valorar a los profesionales sanitarios, dieron una puntuación muy alta; las diferencias en dicha valoración están en función de factores sociodemográficos: nivel de estudios, de ingresos, etc. 2. El menor grado de satisfacción hacia los profesionales se obtuvo en las variables respecto a la información y al tiempo de las consultas. 3. No existe preferencia, en los pacientes encuestados, por el género de los profesionales sanitarios, destacando que: - Analizando las variables sexo y la preferencia del sexo del profesional de Medicina y Enfermería que prefiere que le trate para temas de salud íntimos, el porcentaje de mujeres que prefieren ser tratadas por alguien de su mismo sexo, es mayor a esa misma preferencia en los hombres.

ALTA PRECOZ TRAS IMPLANTACIÓN DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO

J.M. Porres, E. Zavala, O. Luque, M. Larrea y P. Marco
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Donostia; Unidad de Calidad. Hospital Donostia; Unidad de Corta estancia. Hospital Donostia.

Objetivos. Instaurar un alta precoz en los pacientes que se les implanta un DAI (Desfibrilador automático implantable). Valorar la incidencia de complicaciones precoces y tardías. Conocer la evolución del coste económico asociado. Valorar la satisfacción de los pacientes. Comparar los resultados de las modificaciones implantadas.

Métodos. Estudio descriptivo prospectivo de todos los primoimplantes de DAI realizados en la Unidad de Arritmias del Servicio de Medicina Intensiva entre 01/12/2006 y 31/10/2007. Se comparan los resultados con los primoimplantes entre 01/01/2006 y 01/10/2006. Población: Todos los pacientes a los que se les realiza un primoimplante de DAI como único procedimiento. Se recogen los datos de edad, sexo, patología de base, arritmias, fracción de eyección y clase funcional. Se recogen la aparición de complicaciones precoces y tardías. Se realiza encuesta telefónica para valorar el grado de satisfacción del paciente con el procedimiento en su conjunto. Se establece el coste por las estancias hospitalarias. Se usa estadística descriptiva y test de comparación entre grupos.

Resultados. Se analizan 15 pacientes en el grupo de estudio y se comparan con 48 pacientes del grupo control. Ambos grupos son homogéneos y no existen diferencias significativas entre ellos excepto para fracción de eyección, siendo menor en el grupo de estudio y en la taquicardia clínica. No se produjeron complicaciones precoces que precisaran reintervención ni retrasar el alta prevista a las 24 horas. Como complicaciones menores se observaron 2 hematomas que no fue necesario drenar en el grupo estudio y 3 en el grupo control. Ningún paciente del grupo estudio requirió ingreso hospitalario en los 3 primeros meses ni asis-

tencia en Urgencias por problemas derivados de la intervención. En el grupo control 1 paciente requirió ingreso para reintervención por dislocación del electrodo a los 2 meses. 1 paciente del grupo estudio fue revisado precozmente por drenado externo del hematoma. Telefónicamente se recogen las opiniones de los pacientes siendo la percepción satisfactoria en todos los aspectos. El coste diario asignado a una cama es de 534,38 € por paciente, por lo que el ahorro en los pacientes incluidos es de 8015, 7€.

Conclusiones. El alta precoz a las 24 horas del implante de un DAI no modifica la aparición de complicaciones, reingresos ni asistencias en Urgencias. El grado de satisfacción del paciente es positivo. Su implantación permite reducir las estancias hospitalarias sin rebajar el grado de seguridad para el paciente. Se produce un ahorro superior a 500€ por paciente que se mantiene a lo largo de todo el proceso por la ausencia de complicaciones o reingresos.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER DE MAMA: ¿QUÉ OPCIÓN PREFIERO?

A. Caro Martínez, C. Pérez Romero, G. Carmona López, J.L. Padilla García, M.M. Acebal Blanco, et al
Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Granada; Hospital Costa del Sol.

Objetivos. Diseñar un Instrumento de Ayuda para la Toma de Decisiones (IATD) en el Proceso Asistencial Integrado 'Cáncer de mama' para el tratamiento de la enfermedad en estadio inicial.

Métodos. La demanda de información que plantean las usuarias en un marco de elevada incertidumbre, como es el tratamiento del cáncer de mama, plantea la necesidad de Instrumentos que permitan a la paciente su participación en las decisiones relacionadas con su salud y que deriven en una mejor calidad asistencial. Con este propósito se ha diseñado un IATD en cinco fases metodológicas: 1. Análisis de la receptividad de las usuarias y los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) sobre la incorporación de IATD en el Proceso Asistencial Integrado 'Cáncer de mama'. 2. Revisión de IATD desarrollados en otros países y selección de uno de ellos. 3. Adaptación transcultural del IATD seleccionado al entorno del SSPA. 4. Validación del IATD en el SSPA: pilotaje y evaluación de la idoneidad de su diseño y contenidos y del efecto de su uso en el proceso de toma de decisiones.

Resultados. Se presentará el IATD "Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama: ¿Qué opción prefiero?" diseñado para el SSPA y los resultados de su validación. Incluye contenidos innovadores frente a otras experiencias revisadas, incluyendo herramientas específicas con las que la paciente puede valorar su grado de conocimiento sobre las alternativas de tratamiento (test de conocimiento) y la importancia otorgada a las ventajas e inconvenientes que se derivan de cada opción (cuestionario balanza). Ambas herramientas se consideran mecanismos óptimos para ayudar a la paciente a autoevaluar su conocimiento y visualizar las preferencias de las pacientes. Los principales resultados de la validación del IATD han mostrado que su diseño es atractivo para la paciente, su extensión y lenguaje idóneos, y la información clínica que contiene es de calidad. El Instrumento resuelve las dudas de la paciente (95%) y resume la información esencial para tomar la decisión (90%). En cuanto a su efecto en el proceso de toma de decisiones, el IATD ofrece información relevante que prepara a la paciente para la toma de decisiones (ausencia de conflicto decisional: 85,31), facilita la labor en consulta y la comunicación médico-paciente.

Conclusiones. Pacientes y profesionales coinciden en recomendar la utilización del IATD y fomentar la participación en la toma de decisiones clínicas.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CLÍNICO-KINÉSICO CONTINUO PARA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA EN LA UNIDAD DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUADOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

D. Vitali y G. Poggio
Hospital Ignacio Pirovano.

Objetivos. demostrar la eficacia a través del acortamiento de los periodos de internación en los pacientes con infección respira-

toria aguda baja con tratamiento clínico más kinésico continuo vs tratamiento clínico y kinésico clásico.

Métodos. se incluyeron para el presente estudio al total de pacientes atendidos por infección respiratoria aguda baja en los períodos mayo-julio 2004 y mayo-julio 2005 en la sala de internación pediátrica. Dentro de los pacientes con infección respiratoria aguda baja se incluyeron aquellos con bronquiolitis menores a dos años y a los pacientes con neumonía en edad pediátrica. Se excluyeron de ambos grupos a aquellos pacientes con patología grave de base (neurológicos, desnutridos de II y III grado, pacientes con enfermedades metabólicas) En los mismos se analizaron las siguientes variables: sexo, edad y días de internación, comparando las variables en ambos grupos.

Resultados. Durante el período mayo-julio 2004 se atendieron en la Unidad de Internación Pediátrica 112 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis. El promedio de días de internación fue de 6,3 días \pm un SD de 5,35. Durante el período mayo-julio 2005 se atendieron en la Unidad de Internación Pediátrica 64 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis. El promedio de días de internación fue de 4,01 \pm un SD de 2,65 ($P < 0,01$). En cuanto a las Neumonías en el período mayo-julio 2004 se atendieron 68 pacientes internados. El promedio de días de internación fue 6,08 \pm un SD 3,49. En cuanto a las neumonías en el período mayo-julio 2005 se atendieron 63 pacientes internados. El promedio de días de internación fue 4,96 \pm un SD 3,07 ($P < 0,05$).

Conclusiones. Tanto para las bronquiolitis como para las neumonías las diferencias con relación a días de internación fueron estadísticamente significativas, con una $P < 0,01$ para las bronquiolitis y una $P < 0,05$ para las neumonías, evidenciándose que la atención Kinésica permanente en la Unidad de internación constituye una de los mejores aliados en el tratamiento clínico de la infección respiratoria aguda baja, sobre todo si hablamos de bronquiolitis ($P < 0,01$) donde el tratamiento kinésico, junto a las medidas generales de sostén, tiene una preponderancia fundamental si tenemos en cuenta que nos encontramos frente a una patología de etiología viral que carece de tratamiento específico y donde el acortamiento de los períodos de internación son sumamente beneficiosos dado que la prolongación de los mismos no sólo tiene efectos negativos para el paciente y su familia, sino también incrementa la posibilidad de adquirir infecciones intrahospitalarias, de difícil tratamiento que pueden tener resultados fatales para el paciente.

EUROQOL EN LA ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA O RODILLA. ESTUDIO LONGITUDINAL Y COMPARACIÓN CON DATOS POBLACIONALES

A. Escobar, J.M. Quintana, M. González Sáenz de Tejada, C. Sarasqueta y F. Aizpuru

Unidad de Investigación. Hospital de Basurto; Hospital de Galdakao; Hospital Donostia; Hospital Txagorritxu.

Objetivos. En general las intervenciones de prótesis total de cadera (PTC) y/o rodilla (PTR) mejoran la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes. El objetivo del presente estudio es ver los cambios en calidad de vida a los tres y seis meses de la intervención quirúrgica mediante el cuestionario de calidad de vida Euro-Qol 5D (EQ-5D) y relacionarlos con datos poblacionales del mismo cuestionario.

Métodos. Estudio observacional prospectivo realizado en tres hospitales. Los pacientes incluidos en éste estudio cumplimentaron entre otros cuestionarios de calidad de vida, el EQ-5D en tres momentos: un mes antes de la intervención, a los tres y a los seis meses después de la misma. Se compararon los cambios antes-después por medio de la prueba de ANOVA de medidas repetidas.

Resultados. El análisis sobre los cambios en el tiempo se realizó sobre los 151 pacientes que cumplimentaron los cuestionarios en los tres tiempos. La comparación de los datos del estudio con los datos poblacionales se realizó con tres muestras diferentes: 394 pacientes en la muestra basal, 226 pacientes con datos a los tres meses y 228 pacientes analizables a los seis meses post intervención. El análisis de medidas repetidas de los tres tiempos nos muestra diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre las tres medidas del estudio tanto en el sistema des-

criptivo (media \pm d.e.): basal (0,37 \pm 0,34), tres meses (0,70 \pm 0,25) y seis meses (0,75 \pm 0,23), como en la escala visual analógica: basal (0,43 \pm 0,21), tres meses, (0,66 \pm 0,20) y seis meses (0,71 \pm 0,20). La comparación con los datos poblacionales, nos muestra que los pacientes antes de la intervención presentan medianas de puntuación (0,24) más cercanas a los pacientes críticos (0,22) que a los crónicos (0,78). A los tres meses de la intervención la mediana (0,74) se acerca a la de los pacientes crónicos, y a los seis meses la mediana (0,79) está en valores de pacientes crónicos.

Conclusiones. A la luz de los datos podemos concluir que a los tres meses de la intervención los pacientes ya han experimentado una mejoría, medida por el EQ-5D. A los seis meses la mejora es menor, pero es cuando se alcanzan valores correspondientes a los de los pacientes crónicos según datos poblacionales.

CREACIÓN DE CRITERIOS EXPLÍCITOS PARA LA INDICACIÓN APROPIADA DE INGRESO DESDE LA URGENCIA HOSPITALARIA EN EL CASO DE REAGUDIZACIONES DE EPOC

J.M. Quintana López, A. Escobar, U. Aguirre, S. García, N. González, et al
Unidad de Investigación. Hospital Galdakao-Usansolo- CIBERESP; Galdakao; Unidad de Investigación, Hospital de Basurto- CIBERESP; Bilbao.

Objetivos. Desarrollar criterios explícitos de indicación de ingreso apropiado desde la urgencia hospitalaria en el caso de pacientes que se presenten en la misma con reagudizaciones de EPOC.

Métodos. Se crean criterios explícitos de indicación de ingreso apropiado para las reagudizaciones de la EPOC a través de una variación del método RAND de uso apropiado. Para ello, se siguen los siguientes pasos: 1) revisión crítica de la bibliografía; 2) creación de escenarios, definición de las variables y categorías a emplear para su creación; 3) nominación de un panel de 12 expertos a nivel nacional (neumólogos y personal médico de servicios de urgencias) que valoran los escenarios en dos rondas (la primera a nivel individual y la segunda en una reunión de un día) basándose en su criterio y en la bibliografía aportada por nuestro grupo; y 4) comparación de los resultados con un segundo panel (10 expertos) para valorar la reproducibilidad de los criterios creados. Para la generación de resultados se empleó el análisis de CART (Classification and Regression Trees).

Resultados. El número de escenarios totales creados fue de 820, que resultaron de la combinación de las siguientes variables: edad, presencia de diabetes mellitus, presencia de cardiopatía, previsión de cumplimiento de tratamiento, respuesta al tratamiento previo, gravedad de la EPOC basal, gravedad de la exacerbación, número de ingresos previos y oxigenoterapia crónica domiciliaria. El grado de acuerdo entre el panel principal y el segundo panel fue del 90,6% en el grupo de los apropiados, del 78% en el de los dudosos y del 81,5% en el de los escenarios calificados como inapropiados ($kappa = 0,79$). Nuestros resultados muestran validez de contenido (examen crítico de la estructura básica del instrumento) y validez aparente (valoración por expertos tras haber construido el instrumento). Se presentan resultados de los árboles de decisión originados por el análisis de CART.

Conclusiones. Los criterios explícitos desarrollados por nuestro panel principal presentan buena reproducibilidad y aportan información parcial sobre su validez. Por otro lado, los resultados se han podido sintetizar en árboles de decisión para un uso más fácil entre los clínicos. Finalmente, para diseminar aún más estos criterios se desarrolla un programa informático para hacer consultas y poder introducir datos.

EL CONSUMO DE RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA

C. Medina, E. Jordà, A. Moral, R. Vicente y R. Tresserras
Departament de Salut; CatSalut.

Objetivos. Describir la población usuaria de los Servicios de Salud Mental (CSM) en Catalunya y el consumo de medicamentos y conocer el coste sanitario imputado.

Métodos. Para el período 2004-2006, y según edad y sexo, se han estudiado las variables: diagnóstico principal, año del diagnóstico, tipo de centro: Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA > 17) y de Infantil y Juvenil (CSMIJ < 18 años), procedentes del

CMBD-CSM; medicamentos consumidos, a partir del fichero de prestación farmacéutica del CatSalut. Los medicamentos seleccionados según la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) fueron: antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antidepresivos y psicoestimulantes. Las tasas poblacionales se calcularon utilizando como denominador los datos del registro central de Asegurados (RCA). Usuario consumidor de medicamentos son las personas con al menos una receta SCS prescrita y dispensada durante el periodo analizado. Se calculó el número de recetas, importe líquido y el coste/usuario y las tasas poblacionales de consumo por grupos de medicamentos.

Resultados. Se analizaron 170.470 pacientes en 2004, 184.716 en 2005 y 196.700 en 2006, usuarios de los CSM (incremento del 17,5%). El 80% eran adultos y el 20% infanto-juveniles. Los datos de 2006 mostraron: una tasa poblacional de 35,1 por 1.000 habitantes en niños y 24,1 en niñas. En > 17 años las tasas fueron de 19,8 por 1.000 h en hombres y 32,7 en mujeres. En ambos tipos de centros (CSMA y CSMIJ) los hombres predominan en edades más jóvenes y las mujeres en edades mayores. Las mujeres son más frecuentadoras que los hombres (168,2 y 151,5 por 1000 habitantes respectivamente). En CSMIJ los principales problemas de salud en niños fueron la reacción de adaptación (18,2%) y el síndrome hiperkinético de la infancia (15,1%); y en las niñas la reacción de adaptación (24,2%) y los trastornos neuróticos (12,5%). En los CSMA, los hombres consultaron por trastornos neuróticos (19,7%) y esquizofrénicos (15,6%), y las mujeres por trastornos neuróticos (31%) y de adaptación (20%). Las mujeres consumen más medicamentos que los hombres en una proporción que en algunos grupos terapéuticos es el triple (ansiolíticos y antidepresivos) siendo estos últimos los más caros para el sistema dado el gran número de usuarios consumidores (29,7€/habitante); en los < 18 años la proporción se invierte, especialmente en el caso de los psicoestimulantes (25,7 por 1000 h y 6,9 respectivamente). El coste de los servicios ambulatorios de salud mental fue de 15,6€ por hab. el año 2006.

Conclusiones. Las poblaciones diana más relevantes en cuanto a tasa de uso fueron los chicos jóvenes y las mujeres adultas, lo que desde la perspectiva de la planificación sanitaria permite definir recursos. El consumo de medicamentos analizado se ajusta al tipo de morbilidad atendida.

CASUÍSTICA Y PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

A. Junio, S. Bresco, V. Nortes, A. Anglés, S. Benito, et al
Dirección de Recursos Asistenciales; Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; Dirección Médica; Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

Objetivos. - Relacionar las agrupaciones de la casuística atendida en urgencias con la prescripción de procedimientos diagnósticos. - Analizar el perfil de pacientes atendidos en urgencias y su relación con el tiempo de permanencia. - Determinar los costes estructurales y de pruebas diagnósticas de un servicio de urgencias de alta complejidad.

Métodos. - Sistema de clasificación de pacientes atendidos en urgencias por categorías diagnósticas (260 cat.) CCS (Clinical Classifications Software, EUA). - Registro de episodios urgentes, módulo de gestión de pacientes SAP con identificación del código de la CIE-9 -Identificación de las pruebas diagnósticas relacionadas con los episodios urgentes. - Sistema de información de costes directos, indirectos y por paciente facilitados por el equipo de Control de Gestión. La actividad de urgencias analizada y clasificada se corresponde con 12.982 episodios registrados durante el mes de septiembre de 2007.

Resultados. - Las 25 categorías más frecuentes explican el 48% de la casuística y se corresponden con diagnósticos de baja y media complejidad, siendo el más frecuente de este grupo la categoría 239 descrita como Lesión superficial, contusión. En los episodios analizados con motivo de alta médica a domicilio (9.954/76,7%) el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias ha sido de media de 3,77 horas. El tiempo medio de permanencia para todos los motivos de alta es de 4,24 horas, incluida destino hospitalización (1.168/9%). En los resultados de la encuesta de satisfacción (urgencias) del año 2006 realizada por el CatSalut, uno de los motivos de valoración era la capacidad de

resolución asociada a la realización de pruebas diagnósticas sin cita previa y la instauración inmediata de tratamiento.

Conclusiones. Considerando costes globales, en nuestro centro y en término medio, el coste de las urgencias hospitalizadas es 5 veces mayor que el de las urgencias ambulatorias. Los costes asociados a las urgencias hospitalizadas que precisaron algún procedimiento quirúrgico o intervencionista urgente son notablemente superiores. Considerando como coste estructural el coste de la dotación diaria de plantilla, incluyendo los profesionales asistenciales y de soporte, el coste del servicio de urgencias es 7,5 veces mayor que el coste de una unidad de hospitalización de cirugía, y expresado en camas hospitalarias equivalente al coste estructural de 200 camas de hospitalización convencional.

SESIÓN 3 Gestión y organización 1

METODOLOGÍA 8D EN LOGÍSTICA. CONTINUANDO CON EL ENFOQUE LEAN

V. Jiménez, P. Peñalva, I. Muñoz, Y. Gómara, A. Esparza, et al
Fundación Hospital Calahorra.

Objetivos. Aplicar una metodología para la gestión de reclamaciones de clientes y tratamiento de no conformidades dentro del marco de la certificación ISO 9001 de los procesos logísticos de Fundación Hospital Calahorra. Dicha metodología es además coherente con el enfoque EFQM del hospital y con la filosofía Lean aplicada a la gestión logística del hospital, ya que contiene los principios clave del Sistema de Producción de Toyota definidos por Taiichi Ohno: mejora continua (eficiencia en la producción/gestión a través de la eliminación del desperdicio o muda) y compromiso de los trabajadores.

Métodos. Utilización de la metodología 8D. Para ello se mostrarán ejemplos reales de aplicación de las 8 fases: Establecer el equipo, describir el problema, desarrollar una acción inmediata de contención, definir y verificar la causa raíz, elegir y verificar acciones correctoras permanentes, implantar y validar acciones correctoras permanentes, prevenir la repetición, felicitar al equipo.

Resultados. A lo largo del póster se muestran ejemplos reales de aplicación de la metodología 8D en la Unidad de Logística de Fundación Hospital Calahorra, para una gestión sistemática y homogénea de las reclamaciones de clientes y tratamiento de no conformidades. Así mismo se muestra la relación entre la metodología 8D y Seis Sigma.

Conclusiones. La metodología 8D permite aplicar una sistemática a la gestión de las reclamaciones de clientes y tratamiento de no conformidades, en línea con los requisitos normativos de ISO 9001, el enfoque EFQM de la Fundación Hospital Calahorra y la estrategia Lean de la Unidad de Logística.

MATRIZ DE KRALJIC PARA LA DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS DE COMPRA. CONTINUANDO CON EL ENFOQUE LEAN

M. Bermejo, P. Peñalva, I. Muñoz, E. Eguizabal, S. Martínez, et al
Fundación Hospital Calahorra.

Objetivos. Aplicar una metodología para definir las estrategias de compras de la Fundación Hospital Calahorra que cumpla los requisitos normativos de la certificación ISO 9001 y que sea además coherente con el enfoque EFQM del hospital y con la filosofía Lean aplicada a la gestión de la Unidad de Logística de la Fundación Hospital Calahorra.

Métodos. Se ha realizado un análisis ABC o de Pareto por familias de material fungible durante el año 2007. A partir de este análisis se ha construido la matriz de Kraljic o matriz de segmentación de estrategias por familia. Los criterios de segmentación (impacto en la compra versus complejidad y riesgo del suministro) proporcionan cuatro cuadrantes para los que existen diferentes estrategias de suministro.

Resultados. A lo largo del póster se muestra el resultado del ABC del 2007, la matriz de Kraljic con el posicionamiento de las familias y las estrategias de suministro para cada uno de los cuatro cuadrantes: cuello de botella, estrategia, no crítica e influencia.

Conclusiones. El análisis ABC o de Pareto por familias de material fungible así como la construcción de la matriz de Kraljic para la segmentación de estrategias por familia ha permitido sistematizar las estrategias de compra en función de datos y evidencias, tratando de forma diferencial las familias de productos en función de su complejidad/riesgo en el suministro y su impacto en la compra. Esta sistemática se mantiene alineada con los requisitos normativos de ISO 9001, el enfoque EFQM de la Fundación Hospital Calahorra y la estrategia Lean de la Unidad de Logística.

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS SOBRE LA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

A. Rojão y A. Almeida

Centro Hospitalar Cova da Beira; Universidade da Beira Interior.

Objetivos. Se pretende obtener por un lado una mayor adhesión a la higiene de las manos por parte de los profesionales de salud y determinar cuales son los factores relacionados con su excusa.

Métodos. La OMS ha soportado la creación de una Alianza Internacional para la promoción de la Seguridad del Paciente como una iniciativa Global. Fue formulado el Global Patient Safety Challenge en el cual están englobados los aspectos significativos del riesgo a que los pacientes están expuestos en las unidades de salud. Este pretende reducir este tipo de infecciones en el mundo a través de fuertes acciones integradas, teniendo como piedra angular la promoción de la higiene de las manos en instituciones de salud. Para la realización de este proyecto va a ser utilizada una metodología propuesta por la OMS y que se basa en cinco puntos fundamentales: 1. Disponibilidad de una solución alcohólica para la desinfección de las manos en los puntos de interés. 2. Entrenamiento y educación de los profesionales de salud. 3. Verificación de la higiene de las manos y feedback a los profesionales. 4. Colocación de pósters en los departamentos sobre la higiene de las manos. 5. Creación de un clima de seguridad a través de la participación activa e individual. Van a ser también utilizados los indicadores de calidad en el ámbito del control de la infección, los recomendados por los Center for Disease Control (CDC) para la medición y la mejora en la adhesión a lavar las manos en los hospitales.

Resultados. Resultados esperados: La implementación de programas activos de educación de feedback de los resultados a los profesionales puede servir como estrategia motivadora de la adhesión a las prácticas preconizadas, con la obtención de resultados positivos en la prevención de la infección relacionada con los cuidados de salud.

Conclusiones. La existencia de normas de prevención de infección en los hospitales no es suficiente una vez que la adhesión de las mismas no está relacionada sólo con la divulgación del conocimiento, sino también con la incorporación de ese conocimiento de rutina en los diferentes departamentos. La desinfección de las manos de los profesionales de salud en las instituciones, revela una estrategia efectiva en el programa de control de infección una vez que existe una importante reducción de las tasas de infección con cost savings por la prevención. Para terminar, los resultados dicen respecto al impacto del estado de salud actual o en el futuro de un enfermo que pueda ser atribuido a una prestación anterior de cuidados con base en los cálculos de la tasa de infección.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE ALMACENAMIENTO POR DOBLE COMPARTIMENTO (KANBAN) EN EL ENTORNO SANITARIO PÚBLICO

S. Casas Paredes

SAS (Área Hospitalaria Valme de Sevilla).

Objetivos. -Descripción de la cultura KANBAN. -Exposición de fortalezas y debilidades del sistema. -Descripción de las principales dificultades de implantación en el entorno sanitario público.

Métodos. Experiencias recogidas en la implantación piloto del sistema por doble compartimento (KANBAN) en el almacén del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Valme de Sevilla.

Resultados. -Optimización del espacio físico de la unidad: 110 m² ocupados (Sistema Tradicional) por 37 m² ocupados (Sistema Kankan). -Reducción del número de referencias incluidas en el pacto de consumo de la unidad: reducción en un 26%. -Mayor control del consumo de artículos y de las caducidades de los mismos. -Mayor eficiencia en la gestión del almacén: reducción tiempo preparación de pedidos, reducción de peticiones urgentes, menor dedicación al almacén del personal sanitario, etc. -Análisis de las dificultades del proceso de implantación.

Conclusiones. En el presente comunicado, además de introducir la cultura Kankan, hemos analizado las fortalezas y debilidades de la implantación de la misma en el entorno sanitario público. A nivel de operativo hemos desarrollado las diferentes, aunque muy focalizadas, dificultades de implantación de dicha cultura, siendo sin embargo los resultados finales muy atractivos y valorados positivamente por la unidad piloto.

ANÁLISIS CAUSAL DE LA INEFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE CAMAS

O. Día, E. Portella y M. Serín

Antares Consulting.

Objetivos. El sistema de financiación de los hospitales en el entorno sanitario belga está basado en el concepto de "camas justificadas". Para ello se analizan los datos de actividad de los últimos años de todos los hospitales belgas para obtener una estancia media estándar nacional para cada combinación "APR-DRG-severidad-edad". A partir de este dato, y de la actividad del hospital, se calculan las "jornadas justificadas" del hospital y a partir de aquí las "camas justificadas" del hospital, sobre las cuales será financiado. Ello hace que el control de todos los procesos relacionados con la gestión de camas, tanto clínicos como administrativos, sean claves para garantizar la financiación de las instituciones hospitalarias. El objetivo del presente trabajo fue identificar, para una clínica belga, los aspectos causantes de las ineficiencias que presentaban en la gestión de las camas en las diferentes unidades del hospital con el fin de diseñar un plan de acción que les permitiera mejorar su gestión y su financiación.

Métodos. Para llegar al objetivo deseado se realizó un análisis multidimensional que contemplase tanto aspectos cuantitativos como cualitativos de la gestión de las camas. El análisis cualitativo se basó en el estudio de los procesos organizativos relacionados con la gestión de las camas, principalmente: la acogida de los pacientes y la atribución de las camas, la estancia y la salida del paciente, la logística asociada a los procesos anteriores, la coordinación entre los diferentes servicios médicos, el efecto de la variabilidad de la actividad, el efecto de la presión de las admisiones no programadas y finalmente la codificación de la información del paciente. El análisis anterior se completó con un estudio cuantitativo en el que se examinó el origen de las "jornadas no justificadas" del hospital y las causas de las mismas. Para ello se hizo un análisis estadístico de las estancias de los procesos asistenciales, el cual permitió identificar los servicios cuya ineficiencia impacta más a nivel global del hospital y las causas concretas para cada uno de ellos.

Resultados. La combinación de ambos análisis permitió identificar las causas principales de la ineficiencia del hospital y, organizadas utilizando el diagrama de Ishikawa, cuantificar el peso de cada una de las mismas, lo que facilitó la elaboración y la priorización de un plan de acción para la mejora de la gestión de las camas en el hospital.

Conclusiones. El trabajo permitió, mediante un análisis cualitativo complementado con uno cuantitativo, objetivar y cuantificar las causas de la ineficiencia del hospital aplicando análisis estadísticos y herramientas de gestión de procesos estándar para obtener, en un muy corto espacio de tiempo, un plan de mejora para la institución, cuantificando asimismo el efecto de cada una de las acciones identificadas.

TRANSFORMACIÓN DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE MEDIA ESTANCIA A UN HOSPITAL DE DÍA DE TOXICOMANÍAS, SIN CONFLICTOS Y CON MEJORA DE LA SATISFACCIÓN Y AHORRO

E. de Miguel Aguirre, V. Puente Pazos, A. Ramírez Gorostiza, R. Sánchez Bernal y M. Estébanez Carrillo

Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Objetivos. Transformar una Comunidad Terapéutica (CT) de Media Estancia cerrada en un Hospital de Día de Toxicomanías (HDT) abierto. 2º: Conseguir la abstinencia a cualquier droga. 3º: Potenciar la adquisición de autonomía personal y facilitar el retorno a su centro de derivación para la continuidad del tratamiento en régimen ambulatorio. 4º: Mejorar la satisfacción de los pacientes. 5º: Evitar conflictos en los profesionales y mejorar su satisfacción. 6º: Mejorar la eficiencia bajando el coste global de funcionamiento.

Métodos. Plan Estratégico de nuestra Organización de Servicios: Innovar a través del desarrollo de programas y recursos terapéuticos que favorezcan la integración y normalización sanitaria y social, creando estructuras intermedias y coordinándose con Talleres y Pisos Terapéuticos Protegidos (PTP). Plan de Drogodependencias: Adecuar la red del País Vasco al cambio de consumir heroína por consumir cocaína, cannabis, anfetaminas y alcohol, lo que supone un cambio radical del consumidor y sus hábitos. Diseño: Reuniones individualizadas y conjuntas con los 13 trabajadores explicando el Proyecto, que supone pasar de una CT de 17 plazas residenciales, a disponer de un HDT con 30 plazas y la creación de un PTP de 4 plazas. Ámbito de actuación: Álava. Encuesta de Satisfacción: A pacientes y trabajadores. Contabilidad Analítica: Costes por proceso, con SAP.

Resultados. 1º: Se ha creado el HDT con un programa de larga duración de 12 a 18 meses, los días laborables de 9 a 18,30 horas. 2º: Se ha creado un PTP con 4 plazas, estancia de 3 a 5 meses y tutelado por un monitor las 24 horas del día. 3º: Se han establecido 12 Programas Terapéuticos en el HDT. 4º: Se han atendido 62 pacientes en 1 año, edad media: 35,5 años, 47% sin problemas judiciales, 80% a tiempo completo y 20% a tiempo parcial, 59,6% de altas, estancia media de 85,56 días, 93,7% de derivación a su centro remitente para seguir su tratamiento ambulatorio, % de altas médicas 67%, y 21% voluntarias, % de reingresos: 11,29%. 5º: Valoración global sobre la atención ha sido de 7,72 puntos sobre un máximo de 10. 6º: El 100% de los trabajadores esta satisfecho con el cambio y su nivel de satisfacción ha pasado de 6,5 a 8,30 puntos sobre 10. 6º: El coste ha pasado de 645.245€ a 592.933€, lo que representa un descenso del 8,10%.

Conclusiones. 1ª: Una correcta planificación es condición necesaria para lograr los objetivos. 2ª: Implicar a todos los trabajadores es condición imprescindible. 3ª: La elección de los líderes del proyecto ha sido la idónea. 4ª: En el primer año se han conseguido los objetivos propuestos.

EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DE UN LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y ANATOMÍA PATOLÓGICA

M.A. Delriu Real, G. Barberà Salvá, M. Fusté Ventosa y M. Calvet Navarro

Consorci del Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, l'Anoia i el Garraf.

Objetivos. El Consorci del Laboratori Intercomarcal de l'Alt Penedès, Anoia i Garraf (CLI), se creó en el año 2001, i empezó su actividad asistencial en enero del 2002. En enero del 2005 se produjo un cambio organizativo como resultado de un cambio en la titularidad de gestión del citado Laboratorio. Este cambio significó establecer una de las sedes como Laboratorio central o de referencia para los otros dos, siendo éstos, no únicamente laboratorios de urgencias, sino laboratorios clínicos básicos coherentes con los centros hospitalarios a los que están asociados. Aunque las manifestaciones de gerentes y planificadores sanitarios respecto al modelo a seguir en la gestión y dimensionado de los laboratorios clínicos, son muy frecuentes, y parecen no albergar dudas significativas, actualmente no se dispone de suficientes re-

sultados oficiales de rendimiento de laboratorios que permitan confirmar la validez de un único modelo o tendencia en la organización de los laboratorios clínicos.

Métodos. En esta comunicación se presentan los resultados de explotación del CLI desde el periodo 2002 al 2007. Se relacionan estos resultados con las actividades de los diferentes ejercicios anuales, así como con los dos periodos de gestión.

Resultados. Un modelo de laboratorios basado en uno central y el resto como laboratorios básicos (no exclusivamente de urgencias), muestran en este caso unos resultados de eficiencia y productividad muy satisfactorios, en relación con las previsiones que, en general, se suponen para este modelo.

Conclusiones. Se constata la dificultad de poder establecer líneas de comparación con otros laboratorios por falta de publicación de los resultados empresariales. Se propone profundizar en el debate sobre los modelos de organización y tamaño de los laboratorios clínicos, y en la evaluación real de los mismos.

CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL AL INGRESO A UNA ASEGURADORA DE SALUD EN COLOMBIA

L. Ruiz, J.I. Montaña, M.L. Ospina, C.A. Hernández, A.H. Rueda, et al
Servicio Occidental de Salud, SA. EPS; Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca; Comifandi; Universidad del Valle.

Objetivos. General: evaluar la implementación de la caracterización poblacional de personas que se afilian a una empresa aseguradora en salud en Colombia Específicos: 1. Determinar la proporción de personas identificadas con riesgos. 2. Determinar la proporción de personas que se identifican con riesgo cardiovascular y materno-perinatal 3. Evaluar la aplicación de la Declaratoria del Estado de Salud durante 24 meses.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, que incluyó todas las personas que se afiliaron a la Empresa Promotora de Salud (EPS), Servicio Occidental de Salud (SOS), en los años 2006 y 2007. Se diseñó un instrumento denominado Declaratoria del Estado de Salud (DES) para ser aplicado por asesores comerciales. La DES se desarrolló con base en referentes internacionales, nacionales e institucionales, de acuerdo a grupos de riesgos y objetivos sanitarios. El procesamiento y análisis de la información se realizó con un sistema de información desarrollado dentro de la estrategia.

Resultados. En el año 2006 al 14,34% de las personas que se afiliaron a SOS EPS se les identificó algún riesgo, en el año 2007 esta proporción fue de 13,13%. Más de 350 personas (1% de las personas con algún riesgo identificado) ingresaron al año con hipertensión arterial o diabetes. Más de 40 personas al año ingresaron con alteraciones renales. Más de 250 personas al año reportan que tienen "paridad satisfecha". En el año 2006 ingresaron 1.581 mujeres con atraso menstrual, en el año 2007 esta cifra se redujo a 1.097. En 2006 ingresaron 480 embarazadas, cifra que se redujo para el 2007. Las personas que ingresan con paridad no satisfecha fueron 3.067 en 2006 y 1.545 en 2007. Cada año se identificaron al menos 2 pacientes con infección por VIH. Más de 30 personas cada año ingresaron con antecedente personal de cáncer. Más de 680 personas cada año ingresaron consumiendo algún medicamento de manera permanente. Entre el 0,7 y 2% de las personas que se afiliaron, con algún riesgo identificado, eran fumadores.

Conclusiones. Aunque hacen falta más estudios para validar los instrumentos y la estrategia, la caracterización poblacional desde el primer contacto con el sistema de salud, permite identificar personas expuestas a algunos riesgos, así como la etapa del ciclo vital individual. Funcionarios sin educación formal en salud pueden participar en la caracterización poblacional, capacitándose en la aplicación de la DES. La caracterización poblacional puede ser aplicada en entidades que se desempeñan en escenarios similares al del estudio, con algunos ajustes.

SESIÓN 4

Gasto farmacéutico

DIFERENCIAS REGIONALES EN LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS NO NATURALES EN LA POBLACIÓN ADULTA COSTARRICENSE

K.V. Hernández, Y. Xirinachs, J.R. Vargas, P. Barber, A. Aparecio y M. Morera

Centro Centroamericano de Población, Proyecto de Farmacoconomía; Universidad de Costa Rica; Caja Costarricense del Seguro Social; Universidad de las Palmas Gran Canarias.

Objetivos. Identificar para la población adulta costarricense, algunos de los factores socioeconómicos, culturales y de percepción de salud que caracterizan al consumidor de medicamentos alopáticos. Además, identificar los perfiles de los consumidores de medicamentos en cada región de pertenencia, y establecer si son diferentes entre sí.

Métodos. Los individuos encuestados corresponden a una muestra aleatoria de población no institucionalizada de 2004 hogares (datos Primera Encuesta Nacional en Salud para Costa Rica). En cada hogar se entrevistaron a todos los miembros de la familia, (7523 individuos encuestados). La submuestra seleccionada para el estudio es de 4304 adultos (edades entre 18 y menos de 60 años). En el primer apartado se hace un análisis descriptivo de las variables seleccionadas para explicar el comportamiento del consumidor de medicamentos no naturales, y sus diferencias, de acuerdo, a la región de pertenencia. En el segundo, se lleva a cabo un análisis econométrico (modelo logit binario) que busca, para cada región, encontrar las variables explicativas que influyen significativamente sobre la decisión de consumir medicamentos alopáticos.

Resultados. El análisis descriptivo y el econométrico, revelan diferencias en el perfil de los consumidores de medicamentos alopáticos entre las regiones. Una buena salud percibida disminuye las posibilidades de consumir medicamentos entre los individuos de las regiones Central, Brunca y Huetar Atlántica. Además, a pesar de que los valores relativos mostraron que en todas las regiones el porcentaje de mujeres que consume medicamentos es superior al de los hombres, esta variable resultó ser no significativa para explicar el consumo. El padecimiento de problemas de salud que limitan la actividad durante al menos 10 días resultó ser significativo en cuatro de las seis regiones. Por último, pese a que algunas de las variables independientes resultaron ser significativas en regiones diferentes, la magnitud y la dirección del efecto no es el misma.

Conclusiones. Como en cualquier mercado, la demanda y la oferta de medicamentos presentará cambios a través del tiempo. Por tanto, para que el sistema de salud cuente con un perfil del consumidor, que le permita establecer políticas para disminuir los problemas asociados a la automedicación o la mala administración de medicamentos, es necesario que periódicamente lo actualice sin olvidar las diferencias regionales.

ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE COMPRA CENTRALIZADA Y DESCENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL (CCSS) PARA EL CÁLCULO DE PRECIOS DE REFERENCIA

K. Chinchilla, B. Hidalgo y Y. Xirinachs
UCR; CCSS.

Objetivos. General: Analizar los procesos de compra centralizada y descentralizada de medicamentos que se llevan a cabo en la CCSS, en el año 2007. Específicos: 1-Estudiar los diferentes procedimientos de compra de medicamentos que existen en la CCSS, a nivel central y, descentralizado, en hospitales nacionales. 2-Estimar los costos del proceso de compra de medicamentos de forma centralizada y descentralizada. 3-Analizar los gastos en medicamentos en hospitales nacionales de la CCSS del año 2000 al año 2006. 4-Analizar el sistema de precios de referencia y su uso a nivel internacional. 5-Estimar un precio de referencia para una selección de medicamentos.

Métodos. Estructuración y análisis de los procesos de compra de medicamentos, en el nivel central y a nivel de hospitales, mediante la revisión de las leyes que los norman, documentos oficiales de la CCSS, manuales, instructivos, e información recopilada mediante entrevistas. Mapeo de los procesos donde se incluye las actividades realizadas por cada oficina o instancia involucrada y los tiempos estimados consumidos en cada actividad. Cálculo del costo operativo según sea proceso de compra a nivel central o a nivel local. Análisis de las cantidades y precios pagados por los medicamentos adquiridos en la CCSS desde el año 2000 al 2006. Selección de productos para ejemplificar la metodología de cálculo de precios de referencia usando precios promedio.

Resultados. El costo operativo por compra en el nivel central se calculó en €145 millones (aproximadamente US\$290.000). El costo operativo por compra en el nivel hospitalario se calculó en €2,6 millones (aproximadamente US\$5.200). En los procesos de compra de medicamentos la CCSS desaprovecha las economías a escala (no usa el poder monopólico). Especulación de precios por parte de proveedores. Se propone calcular el precio promedio pagado por cada producto en cada centro de compras (nivel central y hospitales) y seleccionar como máximo a pagar el precio promedio más bajo.

Conclusiones. En la CCSS los procesos de compra de medicamentos son largos y complejos. Una política de precios de referencia podría contribuir a estandarizar los precios pagados en los niveles central y local a los proveedores, reducir la especulación de precios y el monto de la factura de los productos farmacéuticos. Las economías a escala no son aprovechadas por la CCSS y por ello un precio de referencia como máximo a pagar por determinado producto podría fomentar la competencia de los proveedores por cuotas de mercado.

INFLUENCIA DE LA MORBILIDAD, CONTROL METABÓLICO Y USO DE RECURSOS DE LOS SUJETOS EN SITUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN ÁMBITO POBLACIONAL

A. Sicras Mainar, S. Velasco Velasco, N. González-Rojas Guix, C.H. Clemente Igeño, J.L. Rodríguez Cid, et al
Dirección de Planificación; Badalona Serveis Assistencials; Badalona; Boehringer-Ingelheim SCV; Barcelona; Servicio de Documentación; Germans Trias i Pujol; Badalona.

Objetivos. El objetivo fue determinar la comorbilidad, la consecución de objetivos terapéuticos y el impacto económico de los sujetos en situación de riesgo cardiovascular en el ámbito de la atención primaria (AP).

Métodos. Se realizó un diseño multicéntrico, de carácter retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 55 años pertenecientes a cinco centros de AP atendidos durante el año 2006. Se formó una cohorte comparativa en presencia/ausencia de evento cardiovascular (ECV). Principales mediciones. Demográficas, comorbilidad cardiovascular y general (Adjusted Clinical Groups), índice de Charlson, parámetros clínicos (tensión arterial, niveles de lípidos, etc.), polifarmacia, costes directos semifijos (funcionamiento) y variables (pruebas, derivaciones, fármacos). Se efectuó un análisis de regresión logística y de la covarianza (ANCOVA) para la corrección de los modelos de comorbilidad y costes respectivamente. Programa SPSSWIN; $p < 0,05$.

Resultados. 24.410 pacientes atendidos (44,3%). Un 15,4% (IC: 14,9-15,9%) presentaron algún ECV. Los sujetos con ECV tuvieron mayor mortalidad (4,0% frente a 1,8%), edad (72,6 frente a 67,4 años) y morbilidad general (8,1 frente a 6,4 episodios), $p < 0,001$. El ECV tuvo una relación independiente en varones (OR = 2,7), índice de Charlson (OR = 2,1), dislipemia (OR = 1,5), depresión (OR = 1,4), edad (OR = 1,3), hipertensión arterial (OR = 1,2) y diabetes (OR = 1,1), $p < 0,005$. En prevención primaria se obtuvieron unos peores promedios de colesterol total (211,6 frente a 192,4 mg/dl) y cLDL-colesterol (128,7 frente a 112,5 mg/dl), mientras que en prevención secundaria fueron de la glucemia basal (111,3 frente a 104,2 mg/dl), $p < 0,001$. Según la presencia/ausencia de ECV, la proporción de tabaquismo (13,0% frente a 11,6%; $p = 0,015$) y polifarmacia (62,5% frente a 26,1%; $p < 0,001$), fue mayor. El promedio de costes directos corregidos fueron de 1.543,55€ frente a 1.027,65€, respectivamente, $p < 0,001$. Estas diferencias se mantuvieron en todos los componentes del coste analizados.

Conclusiones. Se observa una elevada proporción de sujetos con probabilidad de riesgo cardiovascular. La presencia de ECV se asocia a una mayor comorbilidad, ocasionando un incremento de los costes. La consecución de los objetivos terapéuticos de control convendría mejorarse, tanto en prevención primaria como en secundaria. Se deberían potenciar estrategias de intervención sobre la modificación de los estilos de vida en este tipo de pacientes.

ESTUDIO ECONÓMICO DE LAS REPERCUSIONES DE LA PRESCRIPCIÓN INDUCIDA HACIA ATENCIÓN PRIMARIA: EL CASO DE LAS HBPM

L. Betegón, E. Cardo y A. Echevarría
Dirección Relaciones Institucionales, Sanofi-Aventis.

Objetivos. Evaluar, a través de un caso real, las repercusiones económicas de la prescripción inducida (PI) de fármacos desde la Atención Especializada a la Atención Primaria (AP) en España.

Métodos. Se ha realizado un estudio económico del impacto de la PI referida a dos heparinas de bajo peso molecular (HBPM): enoxaparina y bempiparina, considerando el caso concreto del consumo de estas heparinas en la Comunidad Valenciana. El cálculo se realizó a través de la Dosis Diaria Definida (DDD) de cada fármaco, facilitada por Organización Mundial de la Salud. El cálculo del coste por 1.000 UI de cada heparina ha combinado información sobre su respectivo consumo y su precio (PVPiva), lo que ha permitido obtener un coste por 1.000UI de cada fármaco, ponderado según el precio de las presentaciones más utilizadas en la Comunidad Valenciana en el ámbito no hospitalario. Los datos de consumo hacen referencia a las cifras agregadas de las 3 provincias valencianas entre agosto 2006-julio 2007, obtenidos a partir de las bases de datos de IMS. El coste de cada presentación de los fármacos corresponde a 2007, y se han obtenido de la base de datos BOT. A partir del coste por 1.000 UI de cada fármaco, su respectiva DDD y el consumo anual total de ambas heparinas (traducido a DDD) se ha estimado el posible impacto económico en el gasto de AP de diferentes porcentajes de inducción de la prescripción (100%, 48,3% y 5%).

Resultados. Los resultados muestran que el tratamiento de pacientes en AP con enoxaparina es una opción menos costosa que el uso de bempiparina, con un ahorro por DDD del 63,82%. Los menores costes de enoxaparina se aprecian no sólo en el coste por DDD sino también en el coste por 1.000 UI. El consumo conjunto extrahospitalario total de ambas heparinas fue de 5.426.213 DDD. Si todos los pacientes fuesen tratados en el hospital con enoxaparina en vez de bempiparina, y suponiendo que se produjera una inducción del 100% en la prescripción de AP, el sistema Valenciano de Salud podría ahorrarse 7,4 millones de €. Con porcentajes de PI del 48,3% y del 5% los ahorros serían de 3,6 millones de € y de 371.000€.

Conclusiones. Existen estudios que han puesto de manifiesto las repercusiones económicas que las decisiones sobre prescripción en los niveles de Atención Especializada tienen sobre la AP. En este trabajo se han cuantificado las repercusiones a partir de un caso concreto: dos heparinas y su respectivo consumo en la Comunidad Valenciana. El trabajo ha puesto de manifiesto las importantes repercusiones económicas que tiene la selección de una HBPM en el ámbito hospitalario, y como el uso de enoxaparina podría ahorrar al gasto de AP Valenciano hasta 7,4 millones de €.

GASTO FARMACÉUTICO Y POLÍTICA

A.J. García-Ruiz, F. Martos Crespo y N. García-Aguas
Departamento de Farmacología y Terapéutica; Universidad de Málaga.

Objetivos. Valorar la influencia de la política de cada CCAA en el gasto farmacéutico público y su control en los últimos 5 años.
Métodos. Horizonte temporal: desde 2003 al 2007. Las políticas farmacéuticas seguidas en las CCAA se pueden dividir en (Observatorio Medicamento- FEFE, 2007): ninguna (3 CCAA); incentiación del uso de medicamentos genéricos - EFGs (5); prescripción por principio activo y sustitución por el farmacéutico - PPAyS (6) y finalmente, una mezcla de estas dos últimas (3). Asimismo

se agruparon las CCAA de acuerdo con la ideología de las fuerzas políticas que las gobiernan, con la finalidad de evaluar la influencia de la misma en el control del gasto farmacéutico. Considerándose como progresistas aquellos donde al menos una de las fuerzas políticas que gobernaban en el 2005 era de izquierdas (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura y País Vasco) y conservadoras: Baleares, Canarias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra y La Rioja (FADSP, 2007). Los datos correspondientes al gasto farmacéutico se han obtenido del MSC y los datos de población proceden del INE. El análisis descriptivo de variables cuantitativas incluyó: media, DE, IC95% y coeficiente de variación. Para las variables cualitativas: frecuencia y proporción. Para el análisis inferencial se realizó Anova para variables cuantitativas y el test de Chi-cuadrado para las cualitativas.

Resultados. El gasto farmacéutico per capita (GFC) superó en el 2007 los 255€ y se incrementó a nivel nacional casi un 5% cada año de estudio. Las CCAA con políticas de incentiación de genéricos son las que presentan menor GFC, siendo estadísticamente significativas respecto a las CCAA sin ninguna política activa de control del gasto y frente a las que emplean EFGs + PPAyS durante los últimos 4 años de estudio. En el incremento del GFC frente al tipo de política de control del gasto no hubo diferencias significativas en ningún caso. Tampoco hubo diferencias en la tasa de empleo de genéricos ni de innovaciones farmacológicas entre las distintas CCAA. Cuando se compara la ideología predominante en cada CCAA, las progresistas presentaron un GFC mayor que las conservadoras (265€; 245€ en 2007; n.s.), mostrando por el contrario un incremento menor del GFC que las conservadoras en 2007 (4,06% vs 4,69%). Si hubo diferencias significativas respecto al incremento del GF total entre 2003-07 (24,27% en CCAA progresistas vs 29,76% en conservadoras; p = 0,022), pero no respecto al incremento del GFC ni al porcentaje de innovaciones terapéuticas respecto del total.

Conclusiones. Tanto el tipo de política de control del gasto farmacéutico seguido por las CCAA como las fuerzas políticas gobernantes, parecen tener influencia en el GFC pero no son determinantes.

GASTO FARMACÉUTICO AMBULATORIO EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LAS GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESH/ESC 2007

A. Sicras Mainar, S. Velasco Velasco, N. González-Rojas Guix, C.H. Clemente Igeño, J.L. Rodríguez Cid, et al

Dirección de Planificación; Badalona Serveis Assistencials; Badalona; Boehringer-Ingelheim SCV; SCV; Barcelona.

Objetivos. El envejecimiento progresivo de la población y los crecientes avances diagnósticos y/o terapéuticos en los países desarrollados, ocasiona un incremento en la demanda de atención y utilización de los recursos sanitarios de determinadas enfermedades crónicas. El objetivo fue determinar el gasto farmacéutico según los niveles de RCV, mediante la aplicación de las Guías de manejo de la hipertensión arterial (HTA) ESH/ESC 2007, en el ámbito de la atención primaria (AP) y en situación de práctica clínica habitual.

Métodos. Diseño transversal-multicéntrico, realizado a partir de los registros de sujetos > 55 años pertenecientes a cinco centros de AP, que demandaron asistencia durante el año 2006. En función de los diferentes niveles de HTA (5 niveles) y/o factores de riesgo, lesión orgánica subclínica o enfermedad cardiovascular (4 grados), las guías clasifican el grado de RCV de los pacientes en 5 categorías: leve, bajo, moderado, alto y muy alto. Principales medidas: generales (edad, género), comorbilidades cardiovasculares, episodios (CIAP-2), visitas y gasto farmacéutico. El gasto en medicamentos se cuantificó en PVP/paciente según la información proporcionada por el CatSalut (EX750G). Se efectuó un análisis bivariable y de la covarianza (ANCOVA) para la corrección del modelo (procedimiento: Bonferroni). Programa-SPSSWIN; p < 0,05.
Resultados. Se estudió un total de 21.389 sujetos mayores de 55 años. Características: edad media: 69,2 ± 9,3 años, mujeres: 55,6%, promedio/episodios: 7,0 ± 3,9 y promedio/visitas: 12,3 ± 10,6. Presentaron HTA: 52,0%, diabetes: 21,3% y dislipemia: 44,3%. El nivel de RCV se clasificó en: leve (6,3%), bajo

(63,7%), moderado (22,1%), alto (4,9%) y muy alto (3,0%). Todas las comorbilidades estudiadas presentaron una mayor proporción según aumentaba el nivel de RCV. El coste farmacéutico representó el 74,8% del total. El promedio de coste/unitario ajustado por edad, sexo y comorbilidad, fue aumentando según las categorías de riesgo: leve: 631,08€, bajo: 737,16€, moderado: 765,37€, alto: 770,43€, y muy alto: 1.132,20€; $p < 0,001$ respectivamente.

Conclusiones. Diabetes, dislipemia e hipertensión son las morbilidades más frecuentes en los sujetos con alto RCV. El gasto farmacéutico aumenta significativamente y en paralelo con cada nivel de RCV. Los profesionales sanitarios deberían de establecer medidas coste-efectivas encaminadas a fomentar estrategias de intervención en este colectivo de pacientes.

SESIÓN 5

Estilos de vida

FELICIDAD Y SALUD: UNA APROXIMACIÓN AL BIENESTAR EN EL RÍO DE LA PLATA

M. Gerstenblüth, M. Rossi y P. Triunfo
Facultad de Ciencias Sociales; UDELAR.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es analizar los niveles de satisfacción de los habitantes del Río de la Plata y su relación con el estado de salud, a través del autoreporte de los individuos recogido en el Latinobarómetro 2004.

Métodos. Se estima la probabilidad de que un individuo sea feliz, utilizando como aproximación de la felicidad el autoreporte individual de satisfacción con la vida. Respecto a las variables independientes, se consideran las que den cuenta de las capacidades y funcionalidades de los individuos para afrontar la vida. En este sentido, la salud es de los factores fundamentales. También se considera una serie de características socioeconómicas de los individuos. Los factores que afectan los niveles de felicidad pueden tener los clásicos problemas de endogeneidad, por lo cual los resultados pueden llevar a estimadores sesgados de los coeficientes. Se emplean entonces técnicas de correspondencia (propensity score) para encontrar un grupo de control y uno de tratamiento, de modo de poder estimar el efecto causal del estado de salud (variable de tratamiento) sobre la felicidad (variable de resultado).

Resultados. Los uruguayos tienen 64% de probabilidad de estar satisfechos con la vida, mientras que los argentinos 70%. Para la región se encuentra que ser argentino aumenta la probabilidad de ser feliz en 6 puntos porcentuales, respecto de ser uruguayo. La principal correlación positiva se da entre la felicidad y el buen estado de salud. A efectos de controlar la potencial endogeneidad, se utilizan técnicas de correspondencia encontrando que tener buena salud aumenta entre 31 y 46 puntos porcentuales la probabilidad de ser feliz en Uruguay, entre 15 y 27 en Argentina; y entre 17 y 27 para los datos agrupados regionales. Consecuentemente con la literatura, se encuentra una forma convexa con respecto a la edad, siendo los 52 años la edad de mínima felicidad.

Conclusiones. La felicidad presenta un patrón convexo con la edad, con un mínimo aproximadamente a los 52 años; y está positivamente correlacionada con la religiosidad de los individuos, el que estén casados o en unión libre, el sexo masculino y mayor ingreso relativo. Sin embargo, dado que el estado de salud aparece como el principal determinante de la felicidad, más que la situación socioeconómica o el ingreso relativo de los individuos, importa destacar los resultados obtenidos con las técnicas de correspondencia, las cuales permiten estimar el efecto causal entre dichas variables. En este sentido, tener una buena salud aumenta la probabilidad de ser feliz en Uruguay y Argentina. Estos hallazgos indican que a efectos de aumentar el bienestar de los individuos, se deberían priorizar políticas que afecten su estado de salud, a la vez que aquellas que mejoren la distribución del ingreso.

CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

N. García-Agua Soler, I.M. Morales Gil, F.J. Pérez Frías, F. Martos Crespo y A. García Ruiz
Universidad de Málaga.

Objetivos. La calidad de vida es una importante variable a la hora de elegir los cuidados sanitarios más adecuados. Uno de los instrumentos más fáciles, simples e intuitivos son las láminas COOP-WONCA, que miden 7 dimensiones distintas de la calidad de vida, cada una relacionada con un ítem que tiene 5 posibles respuestas representada por una viñeta y una pequeña frase. Los ítems son: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en estado de salud, estado de salud general y dolor. El objetivo de nuestro trabajo es medir la calidad de vida relacionada con la salud mediante estas láminas en población adolescente.

Métodos. La población de estudio han sido 671 individuos, de los cuáles 64 pertenecían a la universidad y que sirven como grupo control, y un grupo de 607 individuos con las edades comprendidas entre 12 y 18 años (1º ESO-2º Bachillerato) de 2 colegios de Málaga, uno público y otro concertado. Todos se consideran individuos sanos, y las encuestas fueron todas auto-administradas, después de una corta explicación. El tiempo medio en realizar el cuestionario no supera los 5 minutos. Los datos fueron analizados por el programa SPSS-PC obteniéndose para cada individuo una media global de su estado de salud, y datos de cada uno de los ítems individuales. Se ha realizado el análisis de fiabilidad de la alfa de cronbach. Y para comparar datos de los distintos grupos se han utilizado test no paramétricos.

Resultados. A nivel general la percepción del nivel de calidad de vida va empeorando a medida que el individuo va teniendo más edad. Los hombres perciben tener una mejor calidad de vida respecto a lo que perciben las mujeres, fundamentalmente porque los valores obtenidos en las mujeres en los ítems de forma física y sentimientos son peores respecto a los hombres. Existen 2 ítems: actividades sociales y actividades cotidianas, que se ha observado que no son fácilmente entendibles por los sujetos de menor edad, pero después de hacerles una breve explicación eran capaces de contestarla sin dificultad.

Conclusiones. Las láminas COOP-WONCA parecen un método seguro y fiable para medir calidad de vida relacionada con la salud en la adolescencia. Podemos concluir que existen diferencias en los estilos de vida (forma física, sentimientos) de ambos sexos en la población adolescente.

DETERMINANTES SOCIALES DEL ESTADO DE SALUD AUTO REPORTADO POR EL ADULTO MAYOR EN CHILE

C. Ibáñez Gericke
Departamento de Economía de la Salud; División de Planificación Sanitaria; Subsecretaría de Salud Pública-Chile.

Objetivos. Analizar los determinantes sociales del estado de salud auto reportado por los adultos mayores con edades iguales o superiores a los 60 años Ponderar en cuanto a magnitud distintos determinantes de la salud Diferenciar impactos según sexo.

Métodos. Se utilizan modelos Probit Ordenado a partir de tres estados de salud. Se utilizan variables que expresan determinantes estructurales; intermedios y; variables que capturan información respecto de la existencia de diagnósticos de problemas de salud. Dada la cantidad de variables explicativas utilizadas se presentan problemas de multicolinealidad y endogeneidad. El análisis de la multicolinealidad se realiza a partir de la estimación de distintas especificaciones donde se observa el cambio en el valor de los parámetros identificando las variables que presentan mayores problemas. Respecto de la endogeneidad del atributo de fumar, se intenta corregir utilizando la técnica de variables instrumentales, mediante la cual se logra revertir la alta significancia mostrada en la estimación de todos los modelos, sin embargo el signo sigue estando asociado a un buen estado de salud.

Resultados. Los resultados muestran una alta importancia de los diagnósticos previos en el estado de salud auto reportado. Se muestran efectos importantes de determinantes estructurales como el ingreso. Los resultados son distintos dependiendo de si se trata de hombres o mujeres En los primeros hay determinantes signi-

ficativos estadísticamente que no lo son en el caso de las mujeres, tales como la participación en organizaciones sociales, el haber cotizado durante la vida laboral y el sobrepeso. En el caso de las mujeres, determinantes significativos estadísticamente y que no los son en el caso de los hombres se encuentran el hacinamiento y los años de estudio.

Conclusiones. En términos de la importancia de cada variable en la percepción de estado de salud, es claro que la prevención y neutralización de molestias asociadas a los problemas de salud considerados tienen mayor impacto en la percepción de salud de los AM, siendo el más importante para los hombres el cáncer y en las mujeres los problemas renales, la artritis y la hipertensión. Desde la óptica de los determinantes sociales, aparece deseable poder incentivar programas que aumenten las capacidades y cualificación de las personas de manera tal que cuando pasen los 60 años puedan enfrentar de mejor manera este periodo de la vida; incentivar la realización de actividad física, el generar buenas condiciones de trabajo ad hoc a la edad. Como desafíos de investigación está el poder determinar con claridad el impacto temporal de algunas variables en los AM de generaciones con mayor nivel educativo que la actual.

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN COSTA RICA: ENSA 2006

Y. Xirinachs-Salazar, K. Hernández-Villafuerte, A. Aparicio, M. Morera, P. Barber y J.R. Vargas

CCP-Universidad de Costa Rica; Caja Costarricense de Seguro Social; Universidad de Las Palmas Gran Canaria.

Objetivos. Identificar los hábitos de vida que tienen un efecto significativo sobre la percepción de la salud integral de los adultos costarricenses.

Métodos. Se utiliza una sub-muestra de 4.304 adultos de la ENSA-2006, la cual corresponde a las personas con edades entre los 18 y 60 años. Un 47.5% mujeres, y un 52.5% hombres. Se emplea un modelo logit binario, utilizando como variables independientes: "Salud auto percibida" y "¿Ha padecido alguna enfermedad?"

Resultados. Mujeres: aquellas que duermen menos de 7 horas y se encuentran entre los 55 y 60 años reportan el peor estado de salud. La mayor probabilidad de haber padecido una enfermedad está asociada con un rango de edad de 45 a 60 años, tener actividad física y realizar prácticas preventivas. Hombres: la menor probabilidad de haber padecido una enfermedad está asociada con un rango de edad de 18 a 35 años y que no realiza actividad física. Aquellos que se encuentran entre los 18 y 25 años y trabajan más de 25 horas por semana presentan la mejor salud auto percibida.

Conclusiones. Existen diferencias entre los hábitos de vida que afectan la "salud" según sean hombres o mujeres -Para los hombres realizar actividad física es un hábito contraproducente, lo cual contradice la teoría existente, se requiere más profundidad -Las personas entre los 18 y los 35 años, tiene mejor percepción de su salud. - Las mujeres mayores a los 55 años presentaron la peor percepción de salud, mientras que para los hombres el rango correspondiente a dicho rubro fue el de 35 a 55 años.

LONGEVIDAD Y FELICIDAD

J.R. Vargas y R. Calvo

Universidad de Costa Rica; Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Revisar la evidencia de nexos causales entre longevidad y estilos de vida. El problema a investigar se refiere a que la población mayor de 80 años tiene en Costa Rica la más alta esperanza de vida del mundo (hecho sorprendente por varias razones) y que en general la ambos es una de las más longevas del Continente.

Métodos. Se hace una revisión de las investigaciones previas, especialmente la del Proyecto CRELES de la UCR. También se estudia la evidencia empírica que ofrece la encuesta ENSA 2006 respecto a la satisfacción con la calidad y estilo de vida de los adultos mayores. Se realizan pruebas de hipótesis.

Resultados. Se encuentra evidencia fragmentaria de que la calidad de las relaciones familiares y comunales (capital social), la

dieta, la calidad del agua, creencias religiosas y sentido de la vida explican la mayor parte de la paradoja de que un país pobre logre niveles tan altos de longevidad con calidad de vida. La evidencia proveniente de ENSA muestra que los adultos mayores no se comportan muy diferente de la población en general, que el nivel de satisfacción con su vida es muy alto y que la relación con los hijos es más importante que ninguna otra.

Conclusiones. Aunque algunos aspectos de la paradoja de la longevidad costarricense no se han podido aclarar, las hipótesis probadas arrojan luz sobre el problema. Los resultados son interesantes porque no corresponden a la mayor parte de los paradigmas de ingreso-longevidad. La investigación continua por al menos 3 años.

PÉRDIDAS EN LA CALIDAD DE VIDA ORIGINADAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

P. Cubí Mollá

Universidad de Alicante.

Objetivos. Las enfermedades de carácter crónico (diabetes, hipertensión, etc.) implican una disminución en la calidad de vida. Dado que estas enfermedades están muy vinculadas con otros factores que también inciden en el estado de salud (sexo, edad, accidentes, otras enfermedades...), es difícil diferenciar entre qué porcentaje de pérdidas de salud es atribuible a dichos factores y qué porcentaje es originado exclusivamente por la enfermedad crónica. El objetivo del trabajo es analizar el estado de salud de las personas que sufren enfermedades de carácter crónico, y descomponer las pérdidas totales de salud tal y como se ha indicado arriba.

Métodos. El trabajo analiza los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud (EDDES, INE 1999). La salud del individuo se valorará en términos continuos de índices de salud (VASindex y TTOindex). Dichos índices se computarán sobre los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya (2006), y más tarde se introducirán en la EDDES empleando la metodología de regresión por intervalos. En la evaluación de pérdidas de salud se emplearán métodos de estimación semiparamétricos. En concreto, se adaptará el proceso de dos etapas de Abadie (2005) para la estimación del "efecto medio del tratamiento sobre los tratados" (ATT), donde "tratamiento" se referirá a la existencia de una enfermedad crónica. Dicha metodología nos permitirá calcular la varianza asintótica de los estimadores.

Resultados. En proceso.

Conclusiones. En proceso.

EL PAPEL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA VALORACIÓN DE LA SALUD DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS

M.J. Tribo, M. Turrota, S. Ros, F. Gallardo, O. Espallardo, et al

Hospital del Mar, IMAS-IMIM; Merck FYQ.

Objetivos. Establecer la relación entre la medida objetiva de valoración de severidad clínica en psoriasis (PS), los síntomas físicos, síntomas de angustia psicológica y su impacto en la calidad de vida. Se valorará si la ansiedad, depresión y estrés son condiciones psiquiátricas separadas o están a menudo interrelacionadas en estos pacientes y su asociación con variables demográficas.

Métodos. Se examinó dermatológica y psicológicamente a los pacientes. Se evaluó: el índice de severidad y área de afectación PS (PASI), área de superficie corporal afectada (BSA), evaluación de los síntomas de la PS (PSA), EVA purito, EVA dolor, escala de ansiedad estado-rasgo (STAI), escala hospitalaria de depresión y ansiedad (HADS), escala de Hamilton para la ansiedad (HRSA), escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), escala de eventos estresantes de Colmes & Rahe y el cuestionario de calidad de vida SF-12.

Resultados. Un total de 231 pacientes, con una media de edad de 50,9 años (SD 16,9); 123 (53,5%) mujeres y 107 (46,5%) hombres. PASI medio de 10,5 (SD 8,98) y BSA medio de 18,7 (SD 14,85), tiempo medio de evolución de diagnóstico 17,23 años

(SD 15,68), 138 (60%) padecían un brote en la actualidad, el 17 (7,4%) no había sufrido un brote en el último año. 183 (79,2%) pacientes declararon padecer picor y 64 (27,7%) dolor. 22,3% padecían sintomatología ansiosa, de estos el 35,3% alcanzaban criterios clínicos claros. Un 10,4% padecían sintomatología depresiva, de estos el 37,5% alcanzaban criterios clínicos claros. Existe correlación entre la gravedad clínica (PASI y BSA), la escala EVA purito (ρ 0,215; 0,246) y el PSA (ρ 0,317; 0,273 $p < 0,01$). Una mayor sintomatología de purito y dolor correlacionó con mayor angustia psicológica y peor salud mental general. El purito se correlacionó con la dimensión de función social (ρ -0,188) y dolor corporal (ρ 0,219) del SF12 ($p < 0,01$). El dolor se correlacionó con la dimensión dolor corporal del SF12 ($p < 0,01$). El PASI se correlacionó con depresión (MADRS) (ρ 0,188) y con ansiedad (HRSA) (ρ 0,186) ($p < 0,01$). Padecer un brote activo correlacionó con el nivel de gravedad pero no con los síntomas de angustia psicológica. Calidad de vida y angustia psicológica fue significativamente peor en mujeres pese a tener una menor gravedad clínica (PASI 8,8 vs 12,2-BSA 16,3 vs 21,5).

Conclusiones. Los resultados indican que niveles similares de severidad clínica pueden estar asociados con niveles diferentes de calidad de vida y angustia psicológica. Estudios preliminares demuestran que la angustia psicológica interviene negativamente en los resultados de los tratamientos. Se aconseja realizar exploración y tratamiento de la vivencia psicoemocional en pacientes con PS.

VILLAS SALESIANAS DE LIMPIO (PARAGUAY): PLANIFICACIÓN LOCAL DE SALUD. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PRIORIZACIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL

C Bricio Díaz

Grup Ko'ejú - Solidaritat amb el Paraguai.

Objetivos. Reconocer, identificar, describir y priorizar los problemas de salud de la comunidad de las Villas Salesianas de la municipalidad de Limpio, en el Departamento Central (Paraguay), dentro de un ejercicio de planificación local de salud, para establecer un proyecto de intervención.

Métodos. -Recopilación de toda la información previa disponible sobre las características de la comunidad que pudieran ayudar a describirla: historia, oro-geografía, demografía, datos socioeconómicos, recursos sanitarios, encuestas y estudios epidemiológicos previos, etc. -Ordenación y estructuración de datos para su presentación. -Grupo nominal, con 11 personas consideradas clave dentro de la comunidad (6 promotoras de salud, 4 maestros y profesores y 1 ama de casa), moderado por el autor. Cada participante, excepto el moderador, propuso 5 problemas de salud que afectan a la comunidad, los cuales se definieron, debatieron y consensuaron en 11. En una segunda fase, dentro de la misma sesión, cada participante valoró la importancia relativa de los problemas, ordenándolos del 1 al 11 para su priorización. Se eligieron los 3 que obtuvieron mejor puntuación. - Finalmente, en otra sesión posterior moderada por un miembro de la comunidad consensuado por el grupo, se debatieron los 3 puntos elegidos.

Resultados. Los 3 problemas de salud elegidos se resumieron en uno, como es la insuficiente o mala educación y falta de concienciación de la población en los siguientes aspectos: - Higiene buco-dental - Hábitos higiénicos en general (preferentemente niños, pero también adultos) - Diarreas-deshidratación - Nutrición - Planificación familiar (sobre todo dirigida a los maridos) - Atención a las personas dependientes.

Conclusiones. El grupo mostró un amplio consenso sobre la importancia de la educación para la salud, como herramienta para la mejora de la situación de salud de la comunidad. A juicio de los asistentes debiera iniciarse un proceso de concienciación y capacitación a nivel de escuelas, profesionales sanitarios con ejercicio público y privado en la zona, las familias, las organizaciones vecinales, etc. Las primeras actividades deberían orientarse a la mejora de los aspectos citados en el apartado anterior.

SESIÓN 6

Evaluación económica y evaluación de tecnologías 2

ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN ENTRE LAS SOLICITUDES DE TOMOGRAFÍAS COMPUTARIZADAS CEREBRALES (TCC) Y LOS DIAGNÓSTICOS TOMOGRÁFICOS

D. Vitali, S. Marando, A. Fontana, S.M. Huespi y L. Pons

Hospital Ignacio Pirovano.

Objetivos. La tomografía axial computada de cerebro es un método de diagnóstico y seguimiento de la patología cerebral tanto para pacientes de urgencia como para los internados. Tal procedimiento puede ser realizado con o sin contraste endovenoso y con o sin anestesia. El objetivo del presente trabajo es evaluar si la cantidad de estudios tomográficos solicitados están por encima de la necesidad real, si existe correlación entre el diagnóstico presuntivo y el real y si se han cumplido las normas para la realización de tales estudios.

Métodos. Se analizaron las tomografías computadas entre los meses de marzo y abril del año 2006 en un hospital general de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un servicio de neurocirugía que recibe derivaciones de otros hospitales. En los meses analizados realizaron 547 TCC y 173 de otras TC. Los datos fueron obtenidos del archivo tomográfico y de los informes médicos. Se utilizó la escala de Glasgow. Se analizaron las realizadas con contraste y sin, en pacientes entre 17 y 91 años de hasta 90 kg. de peso.

Resultados. Las patologías más frecuentes fueron el 50% TEC, el 27,5% ACV, el 12% tumoral y 10,5% otros. Del total de estudios un 30,5% no poseía informe radiológico y un 69,5% poseía diagnósticos tomográficos informados. De los casos informados un 61% fueron sin hallazgos y un 39% positivos. La mayoría de los estudios son solicitados por el departamento de urgencia en un 85% dentro de los cuales se encuentran los pedidos de otros hospitales (17,5%) Considerando la patología más frecuente (TEC) es necesario diferenciar los traumatismos leves (Glasgow 14-15) y TEC de moderado a grave (Glasgow < 13). De los 197 pacientes con TEC leve hubo lesión en el 125 de los casos, de los 56 pacientes con TEC grave hubo lesión en el 45% de los casos. En los ACV hemorrágicos hubo confirmación diagnóstica en el 75% de los casos y en los ACV isquémicos hubo confirmación diagnóstica en el 21% de los casos. De la comparación de hallazgos tomográficos del estudio con otros centros se observa lo siguiente: ACV hemorrágico 75% y + 90%, isquémico 21% y 50,60%, TEC leve 12% y 50%, TEC grave 45% y 70% respectivamente.

Conclusiones. De los resultados obtenidos se halla un bajo porcentaje de confirmación diagnóstica en relación a valores estándar. Esto es debido a la falta de normas, inadecuada evaluación clínica, falta de soporte del especialista, situaciones externas (mala praxis, familiares, etc.), tecnología obsoleta, etc. Se deberá realizar otros estudios tendientes a normatizar la solicitud de estudios, especialmente en las urgencias, mejorar el recurso tecnológico y entrenar al personal afectado.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS STENT RECUBIERTOS DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

C. Martín Saborido, J.A. Blasco Amaro, D. Callejo Velasco, M.J. López-Pedraza Gómez y S. Maeso Martínez

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo.

Objetivos. Revisión y evaluación de los estudios económicos en los cuales se compare el uso del stent recubierto con el del stent convencional para posteriormente elaborar una Evaluación coste-efectividad.

Métodos. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica para encontrar datos comparativos entre stent recubierto y stent convencional consultando bases de datos: Cochrane database, DARE, HTA y EED, MEDLINE® a través de Pubmed hasta mayo de 2007 utilizando términos libres y/o descriptores: Stent, Cost, Cost/ana-

lisis y Economics. Se identificaron estudios que fueran ensayos clínicos aleatorios o evaluaciones económicas en las que se compararan stent convencional y stent recubierto en pacientes con enfermedad coronaria. Se ha diseñado un modelo de Markov con un horizonte temporal de 5 años para una población de pacientes con enfermedad coronaria y a los que se les ha implantado un stent recubierto o convencional bajo una de las cuatro indicaciones que hemos considerado de riesgo: degeneración de injerto previo de safena, lesión en tronco coronario izquierdo, oclusión total de arteria y reestenosis de lesión previa. Las alternativas en el modelo son stent recubierto o stent convencional. Las probabilidades de transición se han obtenido para la rama stent recubierto del registro de pacientes con stent recubierto de fármacos de la Comunidad de Madrid y para el stent convencional se han obtenido de otros estudios de interés publicados.

Resultados. Se encontraron en total 82 documentos potenciales. Todas las publicaciones fueron examinadas para encontrar la evidencia disponible sobre eficacia y evaluación económica del uso de stent recubierto de fármacos y stent convencional en las indicaciones de riesgo que se han descrito en la metodología. Se identificaron 8 estudios relevantes. En nuestro análisis la opción de utilizar stent recubierto, para el caso base, es dominante sobre la alternativa de utilización de stent convencional ya que la primera es menos costosa (-1.468,8€ de coste incremental) y además proporciona mejores efectos (0,0479 QALYs) que la opción stent convencional.

Conclusiones. La utilización actual de stent recubierto en los pacientes con las indicaciones de riesgo son coste efectivas si se mantiene la pauta de tratamiento antiagregante hasta los 6 meses, con probabilidades de revascularización diferentes, como pueden ser las que encontramos en pacientes fuera de las indicaciones de riesgo, la opción stent recubierto puede dejar de ser coste efectiva. Sería necesario realizar estudios a largo plazo sobre la efectividad de los stent recubiertos en todas las indicaciones en las que se utiliza actualmente.

COSTE-EFECTIVIDAD DE LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA MEDIANTE ECODOPPLER TRANSESOFÁGICO DURANTE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN COLORRECTAL

S. Maeso, D. Callejo, C. Martín, J.A. Blasco, R.A. Hernández, et al
Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS). Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; Health Economics Research Unit (HERU). Aberdeen University, Scotland.

Objetivos. No existe un gold standard definido para la monitorización de la función hemodinámica durante la cirugía por lo que se han propuesto distintas alternativas una de las cuales es el ecodoppler transesofágico. Existen revisiones sistemáticas de la literatura pero no hay ninguna evaluación económica completa sobre este dispositivo. Evaluar el coste-efectividad de la optimización de la función hemodinámica guiada mediante monitorización con ecodoppler transesofágico (EDTE) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente para resección colorrectal.

Métodos. Se realiza la evaluación del coste-efectividad mediante un modelo de análisis de árbol de decisión basado en una revisión sistemática de la literatura. Se incluyen cuatro estrategias en la comparación: la evaluación clínica convencional (ECC) sola o conjuntamente con monitorización de la presión venosa central (PVC) y/o monitorización mediante EDTE. El modelo considera tanto la mortalidad como las complicaciones y los costes generados durante la cirugía y la estancia hospitalaria tras la misma. La información sobre la efectividad de las alternativas se obtuvo de meta-análisis de los ensayos clínicos aleatorios incluidos en las revisiones sistemáticas publicadas. La información sobre los costes provino de distintas fuentes de información de libre acceso.

Resultados. Tres de los cuatro ensayos clínicos aleatorizados incluidos comparaban ECC + PVC + EDTE con ECC + PVC, por lo tanto no se pudo obtener información directa de todas las comparaciones posibles. La efectividad en términos de muertes o complicaciones evitadas es mejor para ECC + PVC + EDTE. Los números necesarios a tratar (NNT) para evitar una complicación y/o fallecimiento son 7 y 71, con ahorros de 3.700€ y 37.500€ respectivamente. Este ahorro se debe principalmente a una menor estancia en UCI y en la unidad de cirugía así como un menor tiem-

po de intervención. Con tan sólo un ensayo clínico de pequeño tamaño muestral que incluía la comparación ECC+EDTE frente a ECC no fue posible obtener resultados consistentes.

Conclusiones. Los resultados muestran que las estrategias de monitorización hemodinámica que incluyen ODM durante la cirugía colorrectal son potencialmente coste-efectivas. Estos resultados se han validado mediante análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico. Los datos publicados hacen difícil obtener resultados para comparaciones que incluyan otras alternativas de monitorización.

EFICACIA, SEGURIDAD Y COSTE DEL CYBERKNIFE. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

D. Callejo, N. Calcerrada, G. Ariza, G. Rey, J.A. Blasco, et al
UETS. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Objetivos. El Cyberknife (CK) es un nuevo sistema de radiocirugía sin marco estereotáxico que incorpora los avances en tecnología robótica y en procesamiento de imágenes computerizada, aumentando la precisión en lesiones localizadas a nivel intracraneal y extracraneal. Este estudio tiene por objetivo evaluar la eficacia, efectividad y seguridad de la utilización del sistema de Radiocirugía CK; estimar el coste por paciente ante su potencial utilización y monitorizar su uso en un hospital de la Comunidad de Madrid.

Métodos. Para la evaluación de la efectividad se realizó una revisión sistemática a partir de una búsqueda exhaustiva de la literatura biomédica hasta junio de 2007 en Medline, Embase, Pascal Biomed, CINAHL, Cancerlit e informes de evaluación de tecnologías sanitarias. El coste por paciente tratado se estimó según el número de pacientes tratados en un año, en base a los costes del dispositivo, de su instalación, del personal para su funcionamiento y de materiales fungibles.

Resultados. Fueron seleccionados un total de 35 estudios publicados entre 2001 y 2007, la mayoría de los cuales no incluyen grupo de comparación. Estos estudios evalúan principalmente la utilización del CK en el tratamiento de tumores primarios o metastáticos intra o extra-craneales. Los estudios constituyen en su mayoría series de pacientes y tres ensayos clínicos en fase I. Se dispone de una serie de 268 pacientes tratados con CK, entre octubre de 2006 y diciembre de 2007, en un hospital de la Comunidad de Madrid (71% de lesiones extracraneales). Basado en un supuesto de utilización de 275 pacientes año, el coste por paciente tratado mediante CK sería de unos 4200 euros, ligeramente superior a otras alternativas de radiocirugía estereotáxica (acelerador lineal o Gamma knife).

Conclusiones. El CK es considerado una opción para el tratamiento de tumores inoperables y lesiones localizadas cercanas a estructuras críticas que no pueden ser tratadas con otros sistemas de radiocirugía estereotáxica. Desafortunadamente la calidad de los estudios revisados no permite emitir una conclusión firme sobre la seguridad y efectividad del tratamiento con CK en lesiones intra o extracraneales. El elevado coste de adquisición del dispositivo requeriría un alto nivel de utilización para que el coste por intervención se igualara con el de otras alternativas disponibles.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA UTILIZACIÓN DEL RETINÓGRAFO NO MIDRIÁTICO DIGITAL

A. Gutiérrez Iglesias, J.L. Lapuente Troncoso, E. Orruño Aguado y J. Asúa Batarrita

Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba.

Objetivos. Evaluar en términos económicos las técnicas alternativas del diagnóstico de la retinopatía diabética: retinógrafo no midriático digital versus método tradicional de oftalmoscopia indirecto.

Métodos. Revisión sistemática de la literatura en los principales bases de datos: Medline, EMBASE, CINAHL, PASCAL BIOMED, Cochrane Library Plus y CRD (NHS EED). Se calcularon los costes directos que difieren entre ambas técnicas. Variables a incluir en la evaluación de las alternativas: tiempo del personal, inmo-

vilizado, amortización del inmovilizado, material fungible y conexión a internet. Se realizó un análisis de sensibilidad variando los tiempos del personal de enfermería en el que se incluye dos escenarios (optimista y pesimista).

Resultados. De los 75 artículos encontrados en la revisión, 8 cumplieron los criterios de inclusión. De la revisión sistemática de la literatura se extrae que la cámara de retina no midriática digital es más coste efectiva que el método convencional (oftalmoscopio). El coste total medio por paciente es de 8,33€ con el retinógrafo digital frente a 7,67€ del oftalmoscopio. En el escenario optimista, el estudio muestra un ahorro de 1,57€ por paciente con la cámara digital frente al oftalmoscopio. Sin embargo, con el escenario pesimista el oftalmoscopio sería 0,70€ más barato que la cámara digital).

Conclusiones. En el escenario actual, en el que se examina cada año a 19.076 pacientes, la cámara digital es 0,66€ más barato por paciente y presenta menor tiempo de espera que el oftalmoscopio indirecto. En el caso de implantarse el retinógrafo en el 100% o el 90% de los pacientes actuales, el coste de adquisición del retinógrafo se recuperaría en 2,92 años y 3,35 años respectivamente.

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ECONÓMICA SOBRE EL USO DE LA ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON AVANZADA

J.P. Puig-Junoy y R.P. Puig Peiró

Centre de Recerca d'Economia i Salut (CRES); Universitat Pompeu Fabra.

Objetivos. El objetivo de este artículo es el de presentar los resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre costes y eficiencia, entendida ésta como relación entre los costes y la efectividad, en el uso de la estimulación cerebral profunda (ECP) en pacientes con enfermedad de Parkinson avanzada.

Métodos. Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos Medline, NHS EED y HTA del Centre for Reviews and Dissemination y Google Scholar con las estrategias de búsqueda "Parkinson's AND cost", "deep brain stimulation AND cost" y "subthalamic stimulation AND cost", en el período enero 2001-enero 2008.

Resultados. La revisión sistemática ha permitido identificar cinco estudios de costes y cinco estudios de evaluación económica completa de la ECP en pacientes con Parkinson avanzado. La evidencia científica disponible hasta el momento indica que el coste del tratamiento farmacológico es inferior en los pacientes sometidos a ECP en comparación con los pacientes en la alternativa de tratamiento farmacológico convencional. El coste sanitario anual equivalente de la ECP es hasta un 54,7% superior al de la alternativa farmacológica convencional en algunos estudios mientras que en otros llega a ser un 34,7% inferior. El mayor valor actual del coste por paciente con ECP se reduce de forma notable cuando se incluyen los costes no sanitarios o los costes de los cuidados informales y la pérdida de productividad (oscilan entre un aumento del 8,4% y una reducción del 25,3% en los dos estudios que aportan esta información). En dos estudios coste-utilidad con un horizonte temporal igual o superior a 5 años se encuentra un coste incremental ligeramente por AVAC superior a los €30.000 de 1998, mientras que en un tercer estudio la ECP resulta ser la opción dominante cuando se tiene en cuenta el coste anual equivalente. Los resultados de los estudios coste-utilidad resultan extremadamente sensibles a los supuestos sobre la mejora en la calidad de vida, el coste del procedimiento ECP y la inclusión de pacientes con costes extremos.

Conclusiones. La evidencia científica disponible sobre la eficiencia de la ECP indica una reducción del coste farmacéutico después de la ECP, pero es insuficiente para establecer si el coste sanitario por paciente con ECP es mayor o menor que el de la alternativa farmacológica convencional. La incertidumbre e insuficiencia manifiesta de la evidencia sobre la variación en la utilidad de la calidad de vida relacionada con la salud impiden otorgar validez científica concluyente a las estimaciones de un coste incremental por AVAC situado alrededor de los €31.000 de 1998.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE PRÓTESIS ENDOVASCULAR EN ESPAÑA

M.A. Cairols, C. Crespo, M. Brosa y J.M. Rodríguez

Hospital de Bellvitge; Universidad de Barcelona; Oblikue Consulting; Medtronic Ibérica.

Objetivos. El tratamiento de los AAA's hasta fecha reciente se realizaba mediante cirugía abierta (CA), sin embargo, la incorporación del tratamiento endovascular (EVAR) podría mejorar el pronóstico inmediato y a largo plazo. El objetivo del estudio es determinar si la EVAR es coste/efectiva en el tratamiento de los AAA y evaluar el impacto presupuestario de la mayor penetración de estos dispositivos en el Sistema Nacional de Salud.

Métodos. Se realizó un análisis coste-efectividad EVAR vs CA utilizando un modelo de simulación (modelo de Markov) basado en la literatura (esencialmente el estudio EVAR-1) y opinión de expertos. Se tuvo en consideración una población española hipotética de pacientes con AAA #> 5 cm y tributarios de CA. Se calcularon los años de vida (AV), años de vida ajustados por calidad (AVAC) y coste medio por paciente a 1, 2, 3 y 4 años para cada opción, formando dos indicadores de coste-efectividad complementarios (C/AV ganado y C/AVAC ganado). El análisis se realizó desde la perspectiva del sistema nacional de salud (SNS), incluyendo sólo costes (locales) y descontando tanto costes y efectos futuros al 3,5%. Adicionalmente se ha analizado el impacto presupuestario basándose en los costes derivados del modelo de coste-efectividad.

Resultados. Los resultados mostraron que EVAR se asocia a una mayor efectividad, con ganancias de entre 0,09 y 0,24 AV a 1 y 4 años vs CA (con resultados similares utilizando AVAC). El coste medio por paciente fue mayor en EVAR vs CA, entre 3.281€ y 3.706€ según distintos escenarios, básicamente por el mayor coste de adquisición de la prótesis. El C/AVG fue de 36.645€ a 15.138€ y el C/AVAC ganado fue de 29.506€ a 22.450€ (1 y 4 años respectivamente). En términos de impacto presupuestario para una población hipotética de 500 pacientes, y asumiendo un incremento de la penetración de EVAR del 3,6% y que Talent® supondrá entre el 42% y el 44% del total de prótesis endovasculares implantadas en España durante los próximos 4 años, el coste neto total de la introducción progresiva de este dispositivo tendrá unas consecuencias mínimas respecto al coste total de las AAA en nuestro país, que van desde 63 a 154 mil € adicionales (aproximadamente un 0,4% y un 1,9% del coste total de las AAA) durante los próximos cuatro años.

Conclusiones. EVAR es una alternativa coste-efectiva con respecto la intervención quirúrgica convencional, ya que a partir del primer año de seguimiento presenta valores por debajo del umbral de eficiencia definido en España. Asimismo, la mayor incorporación de EVAR en el sistema nacional de salud tiene un impacto inapreciable.

DISEÑO DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL COSTE POR PROCESO DEL TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL CÁNCER COLORRECTAL, MAMA Y PULMÓN

F. Cots, J. Corral, F. Macià, J.M. Borràs, X. Castells, et al

Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS); Pla Director d'Oncologia a Catalunya.

Objetivos. Los sistemas de información clínica, asistencial y económica en el entorno hospitalario han llegado a un nivel de madurez que permiten su utilización para la estimación de costes válidos para la gestión clínica y para la investigación en variabilidad y adecuación de la práctica asistencial. Diversas instituciones disponen de los registros de actividades asistenciales básicas (laboratorio, farmacia, etc.), así como los registros asistenciales de actividades finales (ingresos, consultas, urgencias y hospital de día) y la información económica sobre el coste de cada uno de estos actos. Dada la existencia de esta información basada en actividad clínica es factible construir un sistema que dé información sobre el proceso asistencial del paciente oncológico. El objetivo es relacionar las informaciones clínica, asistencial y económica para valorar el coste directo del proceso asistencial hospitalario del cáncer colorrectal, mama y pulmón y las causas de su variabilidad. Asimismo, determinar el coste hospitalario según estadio TNM y fase de la enfermedad.

Métodos. Se diseñó un sistema de información basado en una cohorte histórica de 2.576 pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer colorrectal, mama y pulmón entre los años 2000 y 2005 en el Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) con seguimiento hasta diciembre de 2007. Las principales fuentes de información fueron los registros asistenciales de ingresos hospitalarios, visitas ambulatorias, sesiones de quimioterapia y radioterapia y urgencias y las actividades asistenciales básicas. Los costes unitarios del año 2003 obtenidos del 'SisCost' del IMAS fueron los utilizados para valorar los actos asistenciales del período analizado. Se valorará el coste ligado a cada episodio asistencial, el cual incorpora el coste de los actos asistenciales básicos. Se obtendrá el coste por estadio TNM y fase de evolución.

Resultados. A partir de la construcción del sistema de información sobre el proceso asistencial del paciente oncológico, se obtendrá el coste por paciente, así como los principales componentes del mismo. Se podrán construir costes medios del proceso y por día de supervivencia estratificado por estadio y fase de evolución de la enfermedad.

Conclusiones. Los resultados aportarán información relevante para futuros análisis sobre el impacto de nuevas intervenciones preventivas o alternativas al tratamiento actual.

SESIÓN 7

Desigualdades y equidad

DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA ANGIOPLASTIA EN PACIENTES RENALES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. CATALUÑA 2003-2006

M. Clèries, E. Vela, J. Bonal, X. Salvador, M. Bustins, et al
Divisió de Gestió de registres de Activitat; Servici Catalán de la Salut, Barcelona; Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos. La insuficiencia renal (IR) es un importante factor de riesgo para la aparición de patología cardíaca. La angioplastia es la técnica de elección en el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), sobre todo en la etapa inicial. Los objetivos de este trabajo son analizar los factores que influyen en la probabilidad de recibir tratamiento con ACTP en pacientes renales que han sufrido un IAM y estudiar posibles desigualdades en el acceso.

Métodos. Se han seleccionado los ingresos, financiados por el Servicio Catalán de la Salud, de pacientes residentes en Cataluña, mayores de 17 años, con IR (insuficiencia renal crónica, trasplante renal o tratamiento en diálisis) que presentaron un ingreso urgente por IAM durante el periodo 2003-2006 (número de infartos: 2.764). Fuente de los datos: Registro del CMBD HA. Se ha utilizado la prueba de χ^2 para la comparación de proporciones, la *t* de Student para la comparación de medias y la regresión logística para el análisis de los factores que influyen en la prescripción de la ACTP. Para calibrar el modelo se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow y la de la curva ROC para valorar la discriminación.

Resultados. Los resultados muestran que el 19,5% fueron tratados con ACTP (21,9% de los hombres y el 14,9% de las mujeres ($p < 0,0001$)) y que conforme aumenta la edad disminuye la utilización de la técnica (35,0% en los pacientes menores de 44 años y 4,7% en los mayores de 84 años). También se encontraron variaciones según la región sanitaria (RS) de residencia (entre el 5,1% y el 24,1%), el nivel hospitalario del primer contacto (entre 5,0% y 30,7%), el año del alta (en 2003 el 13,5% y en 2006 el 22,9%) y entre los pacientes con un trasplante renal funcionante y el resto (54,2% vs 19%), siendo todas ellas estadísticamente significativas ($p < 0,0001$). El análisis multivariado muestra que los residentes en determinadas RS tienen menor probabilidad de ser tratados con ACTP, ajustando por edad, año del alta, nivel hospitalario del primer centro de atención, localización del infarto, morbilidad (insuf. cardíaca congestiva, AVC y diabetes con complicaciones) y tipo de tratamiento de la IR. Las mujeres también muestran una menor probabilidad de acceso a la técnica, a pesar de no ser estadísticamente significativo.

Conclusiones. La utilización de ACTP en pacientes renales como tratamiento del IAM ha experimentado un aumento en los últimos años. Sin embargo, se observan desigualdades en la utilización de esta técnica en relación a la residencia del paciente. Por ello, se deberían poner las medidas y recursos necesarios para mejorar la equidad de acceso al tratamiento.

VARIABILIDAD EN LAS TASAS DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA AJUSTADAS POR EDAD ENTRE LAS PROVINCIAS ANDALUZAS

C. Bermúdez Tamayo, J.J. Martín Martín e I. Ruiz Pérez
Escuela Andaluza de Salud Pública; Departamento de Economía Aplicada; Universidad de Granada; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERSP).

Objetivos. Describir la variabilidad en las tasas de mortalidad por VIH/SIDA ajustadas por edad, entre las provincias de Andalucía, diferenciadas por sexo, antes del TARGA (antes de 1996), uso limitado de TARGA (1997 y 1998) y TARGA (después de 1998).

Métodos. Con los datos de los pacientes de VIH/SIDA procedentes de las estadísticas del registro de SIDA de Andalucía se realizó un estudio ecológico en las provincias, abarcando todos los casos de VIH/SIDA de 1983 a 2003, sumando los periodos según la introducción del TARGA; 1983-1996, 1997-1998 y 1998-2003. Se calcularon las tasas de mortalidad por separado para varones y mujeres en los 3 periodos y se estandarizaron por el método indirecto según la edad. Para conocer la magnitud de las diferencias entre lo observado y lo esperado, se calculó el exceso de tasas.

Resultados. En las mujeres, Almería y Málaga aparecen de manera consistente en el periodo pre-TARGA, uso limitado de TARGA y TARGA, como las provincias con mayores tasas de mortalidad a las esperadas. Sevilla destaca por ser la provincia que presenta menores tasas a las esperadas en los 3 periodos. Jaén y Granada, también presentaron menores tasas a las esperadas en el primer y último periodo. Córdoba, por su parte, se distingue por ser la provincia con una mayor mejora en sus tasas con respecto a las demás provincias entre los periodos estudiados. La variabilidad de los hombres es diferente a la de las mujeres, con menos provincias que presentan tasas menores a las esperadas para los 3 periodos. Sólo Málaga presenta mayores tasas a las esperadas en los 3 periodos. Cádiz presenta mayores tasas a las esperadas en el periodo pre-TARGA y uso limitado de TARGA, pero se desmarca en el periodo TARGA.

Conclusiones. Se ha encontrado variabilidad en las tasas entre las provincias en los periodos pre-TARGA, uso limitado de TARGA y TARGA y se ha encontrado diferencias entre los hombres y las mujeres. Siendo el SIDA una enfermedad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), es posible que parte de la variabilidad se deba a las diferencias en la prestación y acceso a los servicios sanitarios. En este caso, la prevención.

ATLAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN COSTA RICA 2000-2005

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

Objetivos. Mostrar los recientes patrones geográficos de la mortalidad para todos los tipos de cáncer en Costa Rica durante el periodo 2000-2005. Medir la variabilidad de mortalidad entre centros de atención primaria.

Métodos. Las defunciones se agruparon en 13 grupos tumorales, recomendados por la Organización Panamericana de la Salud para el análisis de la mortalidad. Los datos de defunciones se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística y Censos y la población de las proyecciones de la Caja Costarricense de Seguro Social, con base en el Censo de Población del 2000. Para cada grupo de neoplasia, desagregada por sexo, se calcula el número de defunciones, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad, el índice de mortalidad estandarizada y las áreas de salud con tasas de mortalidad significativamente diferentes al promedio nacional. Para cada grupo se utilizaron dos mapas, mostrando el índice de mortalidad estandarizada en cinco categorías y las áreas de salud con tasas de mortalidad estadísticamente diferentes al promedio nacional, en tres categorías.

Resultados. En Costa Rica el cáncer constituye la segunda causa de muerte después de la enfermedad cardiovascular. A consecuencia del cáncer se produjeron más de veinte mil muertes en el período 2000-2005. El cáncer de estómago constituye la primera causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres. Otros sitios importantes son los tumores de próstata, órganos digestivos, pulmón y colon para hombres y tumores de órganos digestivos, mama, útero y colon para mujeres. Para el conjunto de tumores, en los hombres se presenta un patrón de alta mortalidad en algunas áreas del centro del país, Pacífico Central y Zonas Sur y Norte del país. En las mujeres el patrón de altas tasas de mortalidad se concentra en el centro del país. Las áreas de salud con mayor riesgo de morir están ubicadas mayoritariamente en el centro del país y en la Zona Norte. Específicamente, las diez áreas de salud con sobremortalidad se ubican en el centro del país, las cuales en su mayoría se repiten para ambos sexos. Estas áreas también presentan sobremortalidad en más del 50% de los sitios tumorales. Las diferencias de las tasas de mortalidad entre áreas de salud (percentiles 5 y 95) son en la mayoría de sitios tumorales de más de seis veces.

Conclusiones. Se evidencia amplias desigualdades en el riesgo de morir por cáncer dentro del país, que debería servir de reflexión para profundizar en sus causas y ser un insumo para la formulación de políticas, distribución de recursos y priorización de intervenciones en salud. También debería ser un elemento de apoyo para mejorar los programas de prevención y del estudio de desigualdades entre áreas de salud.

FACTORES ASOCIADOS CON LAS DESIGUALDADES DE SALUD EN CANARIAS

F. Rodríguez Moreno, R. Fernández Álvarez, D. Marrero Tejera, I. Abásolo Alesson y B. González López-Valcárcel

Hospital Universitario de Canarias; Universidad de La Laguna; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos. Analizar las desigualdades en la salud autopercebida (SAP) en la población canaria en relación con factores sociodemográficos, el nivel socioeconómico y el capital social (CS).

Métodos. Análisis observacional basado en los datos de la Encuesta de Salud e Ingresos del año 2004 de la Comunidad Autónoma de Canarias, con un tamaño muestral de 1.049 personas mayores de 16 años representativa de la población canaria, que respondieron de forma voluntaria a los cuestionarios de la Encuesta de Salud-2004 y Encuesta de Condiciones de Vida de los hogares canarios-2004. Se consideró SAP al estado de salud autodeclarado en los últimos doce meses. Se estudiaron los factores sociodemográficos, el nivel socioeconómico, los estilos de vida y el capital social. El procesamiento de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS 14.0. Para estudiar la asociación de la SAP con variables cualitativas se empleó el test de chi-cuadrado y para las cuantitativas el test de la t-Student. Posteriormente a través de un modelo de regresión logística por etapas se determinaron los factores que influían de forma independiente en el estado de SAP.

Resultados. El 66% de la población canaria declaró que su salud era buena y el 34% que era mala. La probabilidad de declarar una SAP buena fue mayor en hombres (OR: 1,57) y en las personas comprendidas entre 16-34 años (OR: 1,82) y 35-44 años (OR: 1,65). A medida que aumenta el nivel de estudios, aumenta la probabilidad de percibir una salud mejor (estudios secundarios OR: 1,58, estudios superiores OR: 2,15). Los estilos de vida influyeron de forma independiente en la SAP buena: la obesidad menor (OR: 0,46) y el ejercicio físico vigoroso mayor (OR: 1,97). Entre las variables que exploran el CS, la presencia de problemas relacionados con toxicomanía en la zona de residencia (OR: 0,63) y el entorno laboral o familiar conflictivo (OR: 0,61) se asociaron de forma significativa e independiente a menor probabilidad de declarar un estado de salud bueno y en sentido contrario, el mantener relaciones sociales extrafamiliares (OR: 1,58).

Conclusiones. La SAP en Canarias es mejor en los varones, en los grupos de renta más alta y de mayor nivel educativo y es peor en los grupos de mayor edad y en los obesos. Las personas con relaciones sociales muestran mejor salud y las que viven en ambientes deprimidos peor. El clima del entorno laboral y familiar

puede influir en el estado de salud. La encuesta de salud de Canarias debería recoger más información sobre el capital social ante la evidencia de que es un factor que influye de forma independiente en el estado de Salud de la población.

DESIGUALDADES EN LA FINANCIACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN ESPAÑA

A. Vieta, N. Lara y X. Badia

Health Economics and Outcomes Research. IMS Health.

Objetivos. Identificar y analizar las diferencias en la financiación de productos farmacéuticos entre las Comunidades Autónomas (CCAA).

Métodos. Búsqueda bibliográfica estructurada en las bases de datos MEDLINE, IME y Cochrane Library Plus. Se realizó una búsqueda sensible utilizando términos MeSH y posteriormente, se practicó una búsqueda específica, añadiendo términos del lenguaje libre y límites. Se revisaron las páginas web de SciELO, Doyma, AES, prensa general y especializada, asociaciones profesionales, boletines oficiales y Consejerías de Salud de las CCAA. El idioma de la búsqueda fue el inglés y el español y se limitó de 1993 hasta el 15 de junio de 2007.

Resultados. Tras la eliminación de los documentos no relevantes y los que contenían información duplicada se incluyeron en la revisión nueve documentos de derecho legislativo de diarios oficiales de las CCAA, un documento de trabajo, dos noticias de prensa, una instrucción autonómica, cuatro artículos y dos documentos publicados por el SNS. Se encontraron diferencias en la financiación de determinados fármacos o grupos terapéuticos. Los pacientes de Navarra y Andalucía son los únicos que tienen derecho a algunos de los productos excluidos por el RD 83/1993 y su ampliación 1663/1998. En Navarra, La Rioja, Extremadura y Madrid se financian a nivel poblacional los productos para la deshabitación tabáquica mientras que en Cantabria y Cataluña sólo a determinados colectivos. El catálogo del SNS tampoco establece entre sus prestaciones básicas la píldora poscoital siendo financiada en Andalucía, Cantabria, Cataluña, Canarias, Aragón, Asturias y Galicia. Los medicamentos por vía oral para el tratamiento de la disfunción eréctil por lesión medular se financian en Valencia, Murcia, Baleares y Castilla la Mancha. Por último, se han encontrado diferencias en el modo de financiación de ciertos fármacos para determinados grupos de pacientes, tal es el caso de Castilla-León que presenta aportación reducida en antifúngicos y antivirales en pacientes con cáncer, Extremadura donde se financia la totalidad del coste de los fármacos prescritos a familias numerosas y a enfermos crónicos menores de 14 años, y Valencia que financia el coste total del tratamiento de la tuberculosis.

Conclusiones. Las diferencias en la financiación de productos farmacéuticos, se encuentran en los productos considerados de utilidad terapéutica baja, de estilos de vida o de fin preventivo. Es necesario evaluar las preferencias de la población y cómo repercuten estas decisiones en la salud de la población española.

DESIGUALDADES EN SALUD SEGÚN SEXO: ¿UN DESEQUILIBRIO ESTABLE?

M. Pascual y D. Cantarero

Universidad de Cantabria.

Objetivos. En este trabajo presentaremos algunos hechos relevantes relacionados con las desigualdades de género existentes en nuestro país tanto desde el punto de vista de la renta como de la salud para posteriormente presentar diferentes teorías explicativas y mostrar diferentes enfoques a partir de la información que proporcionan diferentes encuestas disponibles hasta la fecha.

Métodos. Necesitamos un análisis más profundo para detectar más diferencias según sexo. Un enfoque parcial podría referirse a la relación entre salud y participación laboral de las mujeres. En este caso, utilizaremos la información contenida en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) para España dadas las ventajas que presenta. El empleo de microdatos ofrece numerosas ventajas ya que permite tomar una serie de decisiones metodológicas, aplicarlas de forma homogénea y contrastar la sen-

sibilidad y robustez de los resultados frente a diferentes hipótesis. La unidad de análisis es el individuo del cual tenemos información relativa a rentas, educación, empleo, estado de salud, etc. Así, se han formado las diferentes submuestras según género y grupo de edad, considerando únicamente a aquellos individuos con ingresos positivos en el período considerado. En este caso, nos basaremos en los resultados obtenidos a través del modelo probit. Dichos modelos son estimados normalmente por máxima verosimilitud.

Resultados. Los resultados obtenidos tienen importantes implicaciones. La participación de la mujer en el mercado de trabajo depende considerablemente de su nivel educativo pero débilmente de los ingresos de su cónyuge o pareja. La situación con respecto a las décadas de los 80 y 90 se ha modificado.

Conclusiones. En este trabajo se analiza la situación relativa de mujeres y hombres desde el punto de vista de las desigualdades en salud. La mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el cambio en los estilos de vida está provocando este "empeoramiento" de la salud de las mujeres en términos relativos. Podemos apreciar un cierto proceso de convergencia en España que se pone de manifiesto especialmente en la población con edades comprendidas entre los 30 y los 40 años. Por otra parte, teniendo en cuenta los ingresos del cónyuge o pareja, la participación de la mujer en el mercado laboral y el número de horas que trabaja puede depender, aunque los resultados no son significativos, de la salud del cónyuge o pareja. Asimismo, existen otros factores como la salud de la mujer, la edad, su nivel educativo y el número de miembros del hogar, que sí afectan significativamente en esta decisión. En este sentido, si la salud de la mujer es mala o muy mala, disminuye la probabilidad de que trabaje un 24,15% mientras que si la mujer es titulada superior aumenta la probabilidad de que trabaje un 29,54%.

EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA PRÁCTICA DE MAMOGRAFÍA DE CRIBADO

J. Corral, L. Aliste, J.A. Espinàs y J.M. Borràs
Pla Director d'Oncologia a Catalunya.

Objetivos. El sistema nacional de salud ofrece cobertura universal para prácticas preventivas como el cribado de cáncer de mama mediante mamografía o la citología para el cáncer de cuello de útero. A pesar de ello, diversos estudios han mostrado la existencia de desigualdades en su práctica según el nivel socioeconómico en Cataluña. Por otra parte, la afiliación a un seguro médico privado se ha mostrado como un factor asociado a la práctica de estos cribados y, debido a su asociación con el nivel socioeconómico, a la existencia de desigualdades en estas prácticas preventivas. La disminución de estas desigualdades pasa por estrategias de información y educación sanitaria de la población diana sobre el cribado de cáncer de eficacia demostrada, pero también por actuaciones de tipo organizativo. En este último grupo, una de las ventajas que se atribuyen a los programas poblacionales organizados de cribado es, precisamente, la posible disminución de estas desigualdades al invitar de manera activa y sistemática a toda la población diana. El objetivo de esta comunicación es analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la práctica de mamografías de cribado para el cáncer de mama en la población de 50 a 69 años de Cataluña en el período 1994-2006.

Métodos. A partir de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994 y 2006, se ajustó un modelo de regresión logística multivariable ajustado por edad para determinar la probabilidad de realización de una mamografía de cribado en mujeres entre 50-69 años según el nivel educativo y la afiliación o no a una entidad de aseguramiento médico privado para cada año.

Resultados. Al comparar la realización de mamografías de cribado en mujeres entre 50-69 años en 1994 y 2006, se observó que en 1994 existían diferencias significativas entre distintos niveles educativos y el tipo de aseguramiento médico. Las mujeres con primer grado educativo presentaron una probabilidad 1,5 veces mayor de haberse realizado una mamografía respecto al grupo sin estudios. Mientras que el grupo con estudios de 2º grado presentó una probabilidad 2,16 veces mayor y el grupo con 3º grado presentó una probabilidad 3,30 veces mayor. En relación

al tipo de aseguramiento, las mujeres con seguro médico privado presentaron una probabilidad 1,64 veces mayor que aquellas mujeres que no poseían este tipo de seguro. En 2006 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles educativos y el tipo de aseguramiento médico.

Conclusiones. Las desigualdades en la realización de cribado mamográfico según nivel de estudios existentes al inicio del período estudiado no se observan al final del mismo. Al mismo tiempo, el papel de la afiliación a un seguro médico privado ha dejado de ser significativo.

PATRONES ESPACIALES DEL CÁNCER DE MAMA EN COSTA RICA

M. Morera, A. Aparicio y J. Meléndez-Hidalgo
Caja Costarricense de Seguro Social.

Objetivos. El cáncer de mama constituye la segunda causa de muerte en las mujeres costarricense. Identificar los patrones espaciales de la mortalidad por cáncer de mama en un país en desarrollo: Costa Rica. Identificar los conglomerados de incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer. Complementar el análisis descriptivo con una evaluación del acceso diferenciado a servicios de control y diagnóstico.

Métodos. En el análisis espacial se utilizó la representación geográfica del índice de mortalidad estandarizada y de las áreas que registraron una mortalidad significativamente diferente al promedio nacional. Utilizar las técnicas de análisis estadístico espacial (e.g. conglomerados espaciales, autocorrelación espacial) a la distribución geográfica de la incidencia por cáncer de mama en Costa Rica.

Resultados. Encontramos que la mortalidad por cáncer de mama tiene una estructura espacial significativamente fuerte. Lo anterior implica que los factores originadores de la enfermedad estarían igualmente fuertemente estructurados espacialmente. En zonas rurales la incidencia varía estructuralmente, pudiéndose identificar sólo un número reducido de conglomerados.

Conclusiones. Los resultados tienen implicaciones para las políticas en salud en términos de prevención y diagnóstico del cáncer de mama. Una identificación espacial de los agentes causantes de la enfermedad es posible utilizando regresiones espaciales. Esto justifica continuar esta línea de investigación.

SESIÓN 8 Análisis económico de la sanidad

DISTRIBUCIÓN Y COMPARACIÓN DEL PRESUPUESTO SANITARIO POR GRUPOS DE ENFERMEDAD

D. Martínez Castela, M. Pastor Fàbregas y L. Bohigas Santasusagna
Departament de Salut.

Objetivos. Calcular la distribución por tipo de enfermedad del presupuesto del Servicio Catalán de la Salud (Catsalut) de 2007 y compararlo con datos de 2006.

Métodos. El estudio aplica una metodología estandarizada (aplicación informática) para el examen económico a partir del presupuesto de CatSalut posibilitando una comparación temporal. Esta aplicación calcula la partida presupuestaria dedicada por grupos diagnósticos en base al presupuesto 2007, altas hospitalarias, datos de farmacia y visitas de centros ambulatorios. Mediante esta distribución por categorías CIM-9 se calcula el presupuesto dedicado a las patologías prioritarias según el "Departament" (Planes Directores). Se ha distribuido el 83% del presupuesto por grandes grupos diagnósticos (Categorías CIM-9) siguiendo la metodología utilizada en el libro "Estudis d'economia de la salut".

Resultados. El presupuesto se reparte en Atención Hospitalaria un 52,3%, en Atención Farmacéutica un 23,3%, en Atención Primaria un 20,2% y otros un 4,2%. El sistema de salud dedi-

ca a las enfermedades del sistema circulatorio el mayor porcentaje del presupuesto (15,9%) seguidas por las enfermedades mentales (10,8%), las del sistema respiratorio (9,9%), las neoplasias (9,0%) y las lesiones y envenenamiento (8,6%). Las enfermedades del sistema circulatorio son las que consumen un mayor volumen de atención hospitalaria (45,4%) seguida por la atención farmacéutica (39,0%). En cambio, las enfermedades mentales consumen en mayor medida atención farmacéutica (un 35,2%), seguida por la atención hospitalaria (un 34,1%) y la atención primaria (un 30,7%). En las enfermedades respiratorias, la atención hospitalaria consume más de la mitad (51,6%) seguida por la atención farmacéutica (24,3%) y la atención primaria (24%). Comparando estas cifras con las del 2006, las enfermedades del sistema circulatorio aumentan su presupuesto en todos los tipos de atención (hospitalaria, farmacéutica y primaria). Las enfermedades del sistema respiratorio aumentan en el gasto hospitalario y los trastornos mentales aumentan en atención primaria.

Conclusiones. Se observa un incremento tanto en el presupuesto como en los Planes directores, excepto el de Oncología. El peso específico de la farmacia no se incrementa e incluso en el caso de alguna enfermedad disminuye. Los problemas de salud priorizados por el "Departament" son las partidas más importantes del presupuesto (enfermedades del sistema circulatorio, mentales y Oncología) exceptuando las enfermedades respiratorias. Estas enfermedades, que no tienen Plan director específico, dedican una parte importante de su presupuesto a la atención hospitalaria. Los reingresos y descompensaciones de la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) causan en el sistema un elevado gasto.

ESTIMACIÓN DEL POTENCIAL IMPACTO ECONÓMICO SANITARIO DE LA PANDEMIA DE INFLUENZA AVIAR EN CHILE

C. Ibáñez Gericke y C. Castillo Laborde

Departamento de Economía de la Salud; División de Planificación Sanitaria; Subsecretaría de Salud Pública-Chile.

Objetivos. Estimar los costos que deberá enfrentar la sociedad en general y el Estado en particular por concepto de atención de la ciudadanía.

Métodos. Para la estimación se construye un modelo que permite simular distintos escenarios de Pandemia. El modelo corresponde a una adaptación del presentado en Meltzer, M. et al (1999), se desarrolla en términos matriciales y posteriormente se estiman el costo para distintos escenarios. Se consideran costos asociados a fallecimientos, hospitalizaciones, atenciones ambulatorias, pacientes no atendidos y se estiman los días hombre que se perderían.

Resultados. Desde la perspectiva de las magnitudes globales, se estima que con una tasa de ataque de 20% y 40%, el costo social total varía entre los US\$ 1.274 y los US\$ 2.548 millones respectivamente, lo que equivale a un 1,05% y 2,10% del PIB del año 2005 respectivamente.

Conclusiones. A pesar de la gran incertidumbre en torno a los resultados de una posible pandemia, este trabajo pretende un acercamiento, a partir del planteamiento de distintos escenarios, a las magnitudes de este eventual problema y por lo tanto servir como insumo a decisiones de política pública que de éste pudieran desprenderse. Respecto de los impactos es necesario precisar, particularmente para efectos de interpretación de los resultados, que estos tienen distinto carácter, afectan a distintos agentes y en distintos momentos del tiempo. Así, en el caso de los resultados de muerte, el valor del impacto está fundamentalmente explicado por el aporte que en promedio, estas personas podrían haber realizado a la sociedad pero que producto de la pandemia no podrán realizar. Este costo social se produce en un horizonte de tiempo posterior a ocurrido el evento de muerte. Con tasas de ataque igual o superiores a 30% se observan problemas de cobertura de camas, independiente del mes del año en que se enfrente la pandemia. Del total de costos estimados para el escenario base, aproximadamente un 10,3% deberían ser cubiertos por el Estado por concepto de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones, es decir, \$104.374 millones. La magnitud e importancia relativa del resultado ambulatorio y de afectados sin atención, nos llevan

a concluir respecto de la pertinencia del desarrollo de líneas de trabajo comunicacional que tengan por objetivo minimizar conductas de pánico que en escenarios de emergencia bien pueden hacer colapsar o colocar en problemas a la red asistencial, particularmente en la atención primaria.

PRODUCTIVIDAD Y EFICIENCIA EN HOSPITALES DE PROVINCIA DE BUENOS AIRES

A.D. Medina y M. Montalvo

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires; Asociación de Economía de la Salud Argentina.

Objetivos. Construir nuevos Indicadores de Productividad y Eficiencia Hospitalaria con información disponible en el sector e incorporar datos al Tablero de Mando Integral del Ministerio de Salud para comparar productividad y eficiencia entre distintos hospitales públicos.

Métodos. Se basa en la cuantificación del acto médico y el Tiempo Promedio estándar en que se desarrollaría y la relación existente con el Recurso Médico disponible con el propósito de construir un indicador de medición de la Productividad Hospitalaria. Bajo el supuesto que los tiempos de realización de algunos de los actos difieren según perfiles Hospitalarios se imputan diferentes tiempos. De esta forma desarrollamos a partir de los datos en el TM una matriz que esta integrada por un listado con todas las prácticas y o Acto Médico identificable y mensurables (de aquí en más AM) que se realizan en los hospitales, como ser el caso de las Consultas, Interconsultas, Ergometrías, Resonancias, Ecografías, etc., llevadas estas a una unidad temporal media estándar de realización. La suma de todas los AM anuales arroja el Total de Prácticas (medidas en unidad temporal). De esta forma tenemos que: $\Sigma AM 1 + \Sigma AM 2 + \Sigma AM 3 + \dots + \Sigma AM 37 = \text{Total de AM (en minutos, horas)}$. Una vez obtenido el Total de AM en minutos/horas, el mismo es relacionado a la cantidad de médicos que hay en cada Hospital para obtener el tiempo medio anual/día de productividad médica. Esto es la cantidad de trabajo Teórico de un médico Promedio. $\text{Total de Prácticas (minutos/horas)/Cantidad de Médicos} = \text{Total Tiempo Prom. día por médico}$. $\text{Productividad Médica} = \text{Productividad Organizacional}$ Para la búsqueda de un indicador de Eficiencia, se vincula el tiempo total anual en horas de las actividades médicas identificadas y el Gasto Total Hospitalario Anual Ejecutado. Esta información permitiría inferir el valor en pesos asignado a la hora de trabajo Médico Promedio por establecimiento $\text{Gasto Anual Ejecutado Hospitalario/Total de Horas anuales de Practicas} = \text{Grado de Eficiencia Médica} = \text{Eficiencia Organizacional}$.

Resultados. Ranking de establecimientos con el comportamiento de indicadores. Para compararlos se clasifican según nivel de complejidad (zonales e interzonales). Se consideran otros desagregados como el número de camas, hospitales mixtos (agudos y crónicos) o el perfil (por ej. materno infantil).

Conclusiones. El TM como fuente de información aporta un acceso nuevo y rápido para producir nuevos indicadores de gestión. El acceso y combinación de varias fuentes con características diferentes colaboran con la construcción de indicadores innovadores y de relevancia como lo son el de Productividad y Eficiencia Hospitalaria.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UN PROGRAMA ESTATAL DE TELEMEDICINA EN MÉXICO: TASA INTERNA DE RETORNO SOCIAL CON ELEMENTO PARA LA DEFINICIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD

L.P. Calvo Bretón

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, México.

Objetivos. Determinar la rentabilidad social de un Programa Estatal de Telemedicina y cuantificar los beneficios adicionales para detectar áreas de mejora.

Métodos. Se efectuó una investigación documental y de campo, y se realizaron entrevistas a responsables del Programa. La evaluación socio-económica se realizó mediante el cálculo del Valor Presente Neto de la expresión (Beneficio- Costo); y de la Tasa

Interna de Retorno Social, utilizando una tasa de descuento del 12% anual y un horizonte de planeación de 5 años.

Resultados. De acuerdo con los resultados, el proyecto presenta problemas económicos para su operación; no existe suficiente información para estimar beneficios potenciales adicionales que den cuenta de la autosustentabilidad del Programa.

Conclusiones. El Programa Estatal de Telemedicina, actualmente tiene un impacto positivo sobre la población, sin embargo, a partir de la información recabada, se detectaron las siguientes áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del Programa: 1. Formalizar lineamientos y políticas de operación. 2. Sistematizar la operación y documentarla. 3. Mejorar el registro y control de expedientes clínicos. 4. Mejorar la productividad y organizar los servicios, en función de la epidemiología de la población. 5. Diseñar una estrategia de Difusión para cada grupo de interés: Especialistas - enfermeras - pacientes - grupos indígenas - autoridades. 6. Planeación y desarrollo de la operación: Diversificación de teleservicios. 7. Revisar perfiles profesionales e institucionalizar la estructura del Programa dentro de los Servicios Estatales.

LA CONCENTRACIÓN DEL GASTO SANITARIO Y LA MORBILIDAD EN UNA POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS

J.M. Inoriza, P. Plaja, M. Carreras; E. Sánchez, P. Ibern, et al
Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; Universitat Pompeu Fabra; Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos. La distribución de la morbilidad en una población y la forma como se atiende determina unos costes sanitarios. Los análisis raramente se han centrado en el segmento de población menor de 18 años, que tiene unas características particulares. Este trabajo muestra los resultados obtenidos en las personas menores de 18 años, a partir de un sistema de registro sanitario de base poblacional en una Organización Sanitaria Integrada (OSI) que permite la estimación del coste de los pacientes en base a la morbilidad atendida en cualquier ámbito utilizando los Clinical Risk Groups (CRG) como sistema de medida de la morbilidad.

Métodos. En la comarca del Baix Empordà (N = 90.849 residentes) una misma OSI ofrece la atención sanitaria a la población residente. De ellos, 16.384 (18%) tenían en el año 2005 menos de 18 años. Los residentes fueron agrupados utilizando el software CRG (versión 1.2B) Se realizó un análisis descriptivo del coste según la morbilidad y el análisis de concentración de gasto según actividad o prestación.

Resultados. Utilizando los CRG los pacientes se clasifican en seis grandes grupos de morbilidad: pacientes sanos (86%); pacientes con enfermedades agudas (7,1%); pacientes con enfermedades crónicas menores (2,5%); pacientes con una enfermedad crónica dominante (4%); pacientes con varias enfermedades crónicas dominantes o enfermedades catastróficas (0,3%) y pacientes con enfermedades neoplásicas avanzadas (0,04%). Del total 2.705 personas (18%) no contactan con el sistema sanitario a lo largo del año. Del total de contactos (147.754) el 77% se producen con el médico de atención primaria, un 4% con especialistas, un 6% en urgencias, un 1% hospitalización y un 8% para la realización de pruebas diagnósticas. El coste de estos pacientes fue 4.741.472,29€ y el coste medio de los consumidores de 348,15€. El 36% se dedica a la atención primaria; el coste de urgencias, de hospitalización y de farmacia supuso un 9% cada uno. La atención especializada y las pruebas diagnósticas suponen el 4% cada uno. Los costes de estructura suponen el 24%. La utilización y los costes oscilan según el grupo de morbilidad en peso relativo desde 0,7330 hasta 28,0319.

Conclusiones. La morbilidad es el factor clave para explicar los patrones de utilización de recursos y la concentración de gasto en el grupo de personas menores de 18 años. Sólo el 7% de la población menor de 18 años presenta patologías crónicas pero consumen el 17% del coste total, mientras que el restante 93% son personas sanas o con enfermedades agudas. El análisis de estos resultados nos permitirá orientar y mejorar la toma de decisiones en la asignación de recursos en este grupo de edad.

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN COSTA RICA

A. Elizondo y J.R. Vargas
Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Validar el enfoque de Maxwell relativo a las estrategias de los hogares frente a escasez de alimentos según se pudo establecer en la ENSA-2006 Probar el cuestionario de Gonzalez et al. atinente a las estrategias de los hogares y sus relativas ponderaciones Examinar las diferencias en inseguridad alimentaria entre el ámbito rural y el urbano Desarrollar un índice de inseguridad alimentaria y relacionarlo con el uso de servicios sanitarios.

Métodos. Desarrollar las categorías de inseguridad alimentaria para los 2004 hogares de la ENSA y probar la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y un modelo de Rash La diferencia entre ámbitos rural y urbano se examina con pruebas de z y la utilización de escalas categóricas Se utilizaron modelos logísticos para validar la relación entre inseguridad alimentaria y uso de los servicios de salud. También se utilizó información sobre la felicidad en modelos logísticos ordenados.

Resultados. Se encontraron 92 hogares con resultados contrarios al paradigma atinente. Se probó una estrategia dual, excluirlos o construir un indicador alternativo utilizando sólo la información atinente a los adultos. No se encontró diferencias significativas en los resultados de ambos enfoques. Se determinó que la zona urbana es más segura nutricionalmente. La regresión multivariante mostró que la inseguridad alimentaria no aumentaba la probabilidad de enfermarse. Agregar la variable de felicidad limita la significancia de la alimentaria.

Conclusiones. La ENSA permitió tener una idea a nivel nacional del perfil y las consecuencias de la seguridad alimentaria, que no se había podido establecer antes en el país. No se pudo mostrar que hubiera diferencias estadísticamente significativas entre las zonas urbana y rural en seguridad alimentaria. Tampoco se pudo demostrar un nexo cuantitativo entre uso de servicios de salud y la inseguridad alimentaria. El índice de inseguridad puede requerir un mayor desarrollo y algunos resultados pueden indicarse como preliminares.

CARACTERIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA: PERFIL Y GRADO DE DESCENTRALIZACIÓN

P. Álvaro y A. Onofri
Subsecretaría de planificación de la Salud; Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es analizar la estructura jurisdiccional del Gasto Público en Salud en la Pcia. de Bs. As., Argentina, la relevancia actual de la descentralización a nivel municipal en la provisión pública, y su impacto en la provincia. Además, se hace una comparación interprovincial del gasto público en salud per capita y, para la Provincia de Buenos Aires, se analiza programáticamente el gasto público provincial.

Métodos. Indicadores de Centralización - Descentralización de Gasto. Análisis de desigualdad mediante indicadores de distribución.

Resultados. Los resultados arrojan, para el 2006, un gasto público en salud en la Pcia. de Bs. As. de \$3.195M. La estructura jurisdiccional muestra un gasto fuertemente dividido entre provincia (53%) y municipios (37%). Esto contrasta con la comparativamente alta centralización del gasto público en salud en la República Argentina, donde la descentralización a nivel municipal alcanza un 13% en promedio, con una participación del gasto de los municipios bonaerenses cercana al 84% de los gastos locales en salud a nivel nacional. Esto refleja la importancia del gasto municipal en la provisión pública de la salud en esta provincia.

Conclusiones. Se observa una aparente existencia de economías de escala en la provisión de estos servicios al comparar los gastos en salud per capita; creciente participación de la coparticipación en el financiamiento de los municipios bonaerense; tendencia decreciente del esfuerzo municipal en salud (neto de coparticipación). Estos dos últimos puntos, pueden relacionarse la presencia de "flypaper effect" en el comportamiento del gasto mu-

nicipal en salud, contrastando con el teorema de la equivalencia de Bradford y Oates (1971). En general, el análisis y los resultados hallados permiten comprender las diferencias en los patrones de gasto público en salud de las provincias y, particularmente, dentro de la Pcia. de Bs. As.

LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA EN COSTA RICA Y LOS MIGRANTES

J. Muiser, A. Herring y J.R. Vargas
Universidad de Costa Rica; Harvard University.

Objetivos. Utilizar el marco de OMS 2000 para estudiar el financiamiento del sistema sanitario de Costa Rica. Evaluar sus 3 funciones: recaudación de ingresos, agrupación de servicios y compras. Se evaluará también, utilizando la ENSA 2006 y otras fuentes de datos, la problemática que casi un 10% de población es migrante (una parte de la cual no ingreso legalmente a territorio) representan para el sistema nacional de salud.

Métodos. El estudio es descriptivo, de corte transversal, epidemiológico y analiza gastos en salud, utilización de recursos en atención y cobertura. Con los datos de la ENSA y la ENGAS se probará los patrones de comportamiento sanitario de los migrantes junto a su perfil epidemiológico. Se hacen comparaciones bivariables entre población local y migrantes. Se hace una regresión estratificada con la condición de aseguramiento como variable dependiente dicotómica. Se emplea el procedimiento "svy" de Stata para poder incorporar ponderaciones y propiedades de la encuesta.

Resultados. Se muestra que la afiliación llegó a una especie de meseta superior, alrededor del 90%, con leves fluctuaciones e imposibilidad de llegar a la universalidad plena. Se discuten algunas de las conjeturas atinentes. En el caso de los gastos catastróficos se ilustra un corte transversal del Continente y se explica cómo la dificultad de Costa Rica es afín a la de Canadá. La regresión con los migrantes muestra cómo su condición de salud no es inferior a la de los habitantes y que uno de los problemas cruciales es la ilegalidad de algunos de ellos.

Conclusiones. Alcanzar la universalidad plena es un objetivo que el sistema nacional de salud de Costa Rica tiene dificultad en alcanzar. La presencia de un máximo histórico de migrantes hace esa meta más difícil sobre todo por la presencia de ilegales. El sistema está tratando de mejorar la afiliación y la recaudación, pero eso es difícil para un sistema público muy medicalizado. La nueva administración está haciendo esfuerzos por cambiar ese entorno pero tomará tiempo antes de que muchos de esos resultados aparezcan en las estadísticas.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: UN MODELO DE DISPARIDADES

J. Ríos y A. Hiller
Escuela de Salud Pública. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Objetivos. Análisis crítico del sistema de salud argentino y propuesta para su mejora.

Métodos. Estudio observacional descriptivo del sistema de salud argentino. El que está compuesto por tres subsectores: público, obras sociales y privado. Según datos de noviembre 2006 las obras sociales cuentan con 20.982.084 afiliados, el privado con 2.500.000 afiliados, el resto de la población (14 millones) debe recurrir al subsector público.

Resultados. A pesar que la distinción entre los tres subsectores que conforman el sistema pareciera clara y bien definida, la amplia heterogeneidad y entrecruzamiento existente hacia el interior de cada uno y la fragmentación de las instituciones que componen cada grupo, constituye una compleja trama de acciones, coberturas y regulaciones-desregulaciones que manifiestan la carencia de una real estrategia coordinada de salud y la disparidad de coberturas y costes. Esta falta de coordinación y articulación entre ellos impide la conformación de un "sistema formal" de salud, atentando contra el uso eficiente de los recursos y el logro de niveles aceptables de equidad y cobertura. Asimismo la falta de integración entre los subsectores y al interior de cada uno de ellos tampoco coopera en esa dirección. En el subsector público, tradicionalmente se la observado una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal), que

se manifiesta en gastos por habitante muy desiguales con un alto nivel de inequidad y gran disparidad de los índices de calidad asistencial por regiones geográficas. Los subsectores de obras sociales y privado están compuestos por un gran número de instituciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan y recursos financieros por afiliado sumamente dispares.

Conclusiones. El sistema presenta las siguientes características: Mecanismos de mercado por el que el hospital público tiende a desplazar su atención hacia la parte de la población más carenciada. Hipertrofia de la intermediación: bajo la figura de la tercerización de servicios, incrementando los costos y con poca supervisión de la calidad asistencial. Falta de Gestión estratégica. Externalidades: inestabilidad económica con devaluaciones. Falta de programas de calidad en todos los niveles. Todo ello se traduce en un alto gasto en salud, donde se carece de programas de prevención, con deficientes coberturas, índices de Calidad poco acordes con el gasto. Finalmente la propuesta de mejora podría ser un sistema único de salud como en España, Inglaterra; que fracasara en su intento de imponerlo en dos oportunidades anteriores. Por lo que propondríamos como la mejor alternativa la realización de una adecuada planificación y por medio de un proceso persistente y duradero optimizar lo que actualmente existe.

SESIÓN 9 Economía de la Salud Pública

INMIGRACIÓN Y SINIESTRALIDAD LABORAL EN ESPAÑA

J.A. Martín
UNED.

Objetivos. Las condiciones de seguridad y salud laboral de los trabajadores migrantes se ha convertido en algo prioritario para la OIT en su última Conferencia Internacional del Trabajo de 2004. En España la situación resulta más preocupante, por seguir estando a la cabeza de Europa en accidentes laborales, por el elevado número de inmigrantes irregulares y su incidencia en la economía sumergida, y por la falta de datos existente, ya que las estadísticas de siniestralidad laboral están informando de su incidencia en la población extranjera sólo a partir de la Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre de 2002. Por ello se pretende realizar un análisis de la proporción de accidentes laborales ocurridos en España desde el año 1992 a 2005, y sus posibles causas estructurales explicativas, incluyendo alguna variable que mida la participación de la población emigrante.

Métodos. Se trabaja para ello con el modelo econométrico logit, aunque, calculado por el método de los mínimos cuadrados, al no tener la información por individuos, sino agregados. Por esta razón se ha utilizado el dato disponible de los índices de incidencia como un buen estimador del verdadero valor de la probabilidad de tener un accidente.

Resultados. Se ha analizado si existe alguna relación causa efecto entre variables como el PIB, o la población ocupada en la construcción, o en empresas de menos de 50 trabajadores y la proporción de los accidentes de trabajo, que son las variables que en el análisis descriptivo aparecen como las de más frecuencia en la siniestralidad. Asimismo se ha introducido una variable representativa del porcentaje de población emigrante, respecto a la población total. También se ha realizado un análisis estructural para comprobar la influencia del cambio normativo producido en el año 1995, tras la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Conclusiones. Se ha constatado que las variables de empleo temporal y empleo en empresas de menos de 50 trabajadores son los factores estructurales explicativos de los índices de siniestralidad en nuestro país, y ello a pesar de que a partir de 2002 se puede observar una tendencia descendente de estos. Asimismo, la variable representativa de la población emigrante es significativa in-

dividualmente para explicar la probabilidad ponderada a favor de que se produzca un accidente, aunque con signo negativo, y con un coeficiente muy bajo, lo que significa que su efecto sobre dicha probabilidad es casi nulo. De la misma forma, el análisis estructural efectuado nos confirma la escasa o nula incidencia del cambio normativo producido en el año 2005.

ECONOMIC EVALUATION OF RUBELLA AND CONTROL STRATEGIES DURING AN OUTBREAK IN FORTALEZA, BRAZIL, 2007

D.M. Mota, H.B. Beltrão, E.V. Rossetto, L.C. Vieira, T.M. Lanzieri, et al
Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Ministério da Saúde; Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Objetivos. We evaluated the costs of rubella and a mop-up campaign during a rubella outbreak in Fortaleza, northeastern Brazil.

Methods. Partial economic evaluation using the societal perspective was used to estimate the costs associated with rubella and those of a mop-up campaign performed in a closed community of Fortaleza. Cost-effect ratio was calculated considering the vaccine 95% efficacious.

Results. Between January 1st and June 30th, 2007, 148 suspected rubella cases were reported, of which 21 (14%) were confirmed. The median age of confirmed cases was 25 (range: 7-51) years, 12 (57%) were aged 20-29 years; 12 (57%) were females. Rubella virus genotype 2B was isolated. The main symptoms of the confirmed cases were rash (95%), arthralgia/arthritis (76%), fever (67%), and lymphadenopathy (67%). The estimated cost-of-illness for all 21 cases was estimated at US\$ 7,688.33 (mean: US\$ 366.11 per case), of which 84% due to loss of productivity. The costs of the mop-up campaign were estimated at US\$ 666.19 to vaccinate 577 (96%) persons, corresponding to an average cost-effect of US\$ 1.27 per successful vaccination.

Conclusions. This outbreak involved mainly young adults resulting in a substantial loss of productivity. The average cost of the disease per patient was approximately 289 times greater than that of a successful vaccination. Therefore, vaccination efforts to control rubella outbreaks should be promptly initiated to reduce the costs associated with rubella and CRS.

IMPACTO PRESUPUESTARIO DE UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EMPRESAS

C. Sánchez-Maestre y J. Fernández de Bobadilla
Euroclin Institute; Pfizer.

Objetivos. El tabaco es la principal causa de muerte prevenible en nuestro país y está asociado a elevados costes sanitarios y costes empresariales, principalmente por pérdida de productividad y absentismo laboral. El objetivo de esta evaluación económica es estimar el impacto presupuestario de un programa de deshabituación tabáquica en empresas utilizando todos los medicamentos actualmente disponibles en el mercado: vareniclina, bupropion y terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

Métodos. El modelo se desarrolló simulando una empresa de 1000 trabajadores, bajo la perspectiva de la empresa, con un horizonte temporal de cinco años. Se asumió que la prevalencia de fumadores era similar a la media nacional (31%). Se asumió que el 70% estaría dispuesto a dejar de fumar con tratamiento farmacológico. Basándonos en la eficacia demostrada en los ensayos clínicos (vareniclina 22,4% de éxito (abstinencia durante un año), bupropion 15,4% y TSN 15,4%), se asumió que el 50% de los pacientes lo haría con vareniclina, el 25% con bupropion y el 25% restante con TSN. Se tuvieron en cuenta los costes del tratamiento y los ahorros producidos por evitar la pérdida de productividad (tiempo para fumar 2 cigarrillos diarios en el espacio laboral) y al absentismo laboral (4 días más al año que los no fumadores). Los datos del coste laboral han sido obtenidos del Instituto Nacional de Estadística. No estamos teniendo en cuenta los ahorros derivados de los menores costes en salud, sólo lo que representa en términos monetarios para la empresa.

Resultados. de las 217 personas dispuestas a dejar de fumar, aplicando los datos de eficacia de los ensayos clínicos obtendríamos éxito en 41 pacientes. Los costes debidos al tratamiento serían 60.000€ y los ahorros producidos por las 41 personas que

dejan de fumar 75.000€. El primer año la empresa ahorraría alrededor de 15.000€ y en cinco años el ahorro acumulado sería de 315.000€. Además se calculó el impacto presupuestario en otros tres escenarios, utilizando sólo a) vareniclina, b) bupropion y c) TSN y el ahorro acumulado en cinco años sería de 367.000€, 266.000€ y 261.000€ respectivamente.

Conclusiones. Considerando únicamente los costes por pérdida de productividad y absentismo laboral, la financiación de un programa para dejar de fumar produciría un ahorro económico para la empresa desde el primer año que, en cinco años, llegaría a suponer 315.000€.

IMPACTO ECONÓMICO DE UN PROGRAMA PREVENTIVO EN NIÑOS

J. Ríos, J.P. Caropreso y S. Ferrari

Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires, Argentina; Hospital General de Agudos Carlos G. Durand de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos. El síndrome de insuficiencia bronquial obstructiva recidivante (SIBOR) es una entidad que se presenta con neta predominancia en otoño e invierno, siendo la primer causa de infección aguda del tracto respiratorio inferior en niños menores de 5 años. En niños pequeños o con factores de riesgo, puede ocasionar insuficiencia respiratoria y demandar el ingreso hospitalario incluido terapia intensiva. Determina aumento considerable de las consultas y de los ingresos hospitalarios. Objetivo: Analizar el coste del programa de prevención del SIBOR y comparar los resultados económicos del mismo con periodos anteriores a su implementación.

Métodos. Período de estudio: Del 1º de mayo al 30 de septiembre de 2006. Lugar de estudio: Hospital público de 338 camas en total, y 25 camas del servicio de Pediatría con área programática dentro de la Ciudad de Buenos Aires, 2006. Descripción: se implementó por primera vez el programa por el que se educa a los padres sobre la patología, se dan las pautas de alarma para una consulta precoz y se les entrega material y medicación para continuar el tratamiento en su domicilio.

Resultados. De los pacientes evaluados se estimaron los costes directos de la medicación utilizada y la entrega de materiales, honorarios del personal, coste de la internación en sala de Pediatría. Durante dicho período 1.195 niños menores de 5 años recibieron una consulta y asesoramiento por el programa. Ingresaron 164 niños por el programa y 317 por SIBOR lo que determina un total de \$271.128,80 (58.941,04€). El coste de los ingresos el año anterior a la implementación del programa era de \$505.564,20 (109.905,26€). Lo que determinó un ahorro de \$234.435,40 (50.964,22€) durante el período de predominancia de esta patología únicamente en ingresos hospitalarios.

Conclusiones. El SIBOR determina un serio problema tanto desde el punto de vista médico como económico. La implementación de un programa preventivo en un Hospital público de la Argentina determinó un ahorro, únicamente en costes directos, de \$234.435,40 (50.964,22€) con respecto al mismo período del año anterior. Quedando además las patologías asociadas y los costes indirectos y de los cuidados informales de los familiares del niño. Se trata de un estudio pionero en la región cuyos resultados comprueban la efectividad y eficiencia que se obtuvieron con la implementación del programa preventivo.

AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER EN POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS: APROXIMACIÓN A LA CARGA DEL CÁNCER PEDIÁTRICO EN ESPAÑA

F. Catalá-López

Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo); Agencia de Calidad del SNS (Ministerio de Sanidad y Consumo).

Introducción. Las medidas de mortalidad como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil o las tasas de mortalidad por causa han sido utilizadas extensamente como indicadores de salud de las poblaciones. La mortalidad prematura es un indicador importante en la medición del estado de salud y, por tanto, muy útil en la priorización de actuaciones en el ámbito de la planificación sanitaria. Los Años de Vida Perdidos (AVP) son uno de los indicadores más utilizados para valorar mortalidad prematura

Objetivos. Evaluar la mortalidad prematura, mediante el cálculo de AVP, atribuida al cáncer en población española menor de 15 años.

Métodos. Se construyó un modelo matemático en Microsoft Excel. Se empleó la estadística de defunciones por edad, sexo y causa de muerte (CIE-10) de la población española de 0 a 14 años (INE, 2005). Los AVP fueron calculados siguiendo las propuestas del estudio de Carga Global de la Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud, multiplicando las defunciones para cada edad por la esperanza de vida a la edad de la muerte. Se utilizaron las tablas de vida estándar Princeton West 26 para mujeres y West 25 para varones. Del mismo modo, fue aplicada una tasa de descuento del 3% y una ponderación del valor de los años en función de la edad ($K = 1$).

Resultados. Se estima que en España, la tasa total de AVP debido a tumores es de 1,37/1.000 habitantes, con una mayor proporción entre los niños/as de 5 a 14 años. Las leucemias resultaron ser la primera causa de mortalidad prematura con 2.622 AVP (30% AVP), seguidas de los tumores malignos de encéfalo con 1.095 AVP (13% AVP) y los tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines, excepto leucemia con 760 AVP (9% AVP). También destacan otros tumores malignos neurológicos y endocrinos con 652 AVP (8% AVP) y los tumores malignos del hueso y de los cartilagos articulares representando 597 AVP (7% AVP). Por sexo, la carga de mortalidad prematura fue mayor en los niños (60% AVP) que en las niñas (40% AVP), resultando ser de 5.161 AVP frente a 3.450 AVP respectivamente.

Conclusiones. Los tumores malignos pediátricos son uno de los responsables de la producción de mortalidad prematura infantil en España. El presente trabajo, permitirá valorar parcialmente cuál es la carga del cáncer pediátrico en nuestro contexto, si bien, otros indicadores sintéticos como los denominados Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) podrían completar la información presentada en este trabajo. Así, sería conveniente considerar este tipo de indicadores en la valoración de la magnitud de los problemas de salud que afectan a nuestra población infantil, además de evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias frente a estos problemas de salud.

REVISIÓN DE EVALUACIONES ECONÓMICAS SOBRE LA VACUNA DEL ROTAVIRUS EN GASTROENTERITIS INFANTIL

S. Márquez-Peláez, J. Ruiz-Aragón, B. Corbacho y J.A. Navarro
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Objetivos. En lactantes y niños pequeños, el principal agente etiológico que causa gastroenteritis es el rotavirus. Este virus puede ocasionar diarrea grave con fuerte deshidratación, ocasionalmente requiere hospitalización y puede llegar a provocar la muerte. La prevención de esta infección se considera uno de los principales objetivos en salud pública y la vacunación puede ser la mejor medida para prevenirla. En la década de los noventa se desarrollaron nuevas vacunas como RotaShield®, Rotarix® y Rota-Tec®. Los resultados sobre seguridad y eficacia de las vacunas comercializadas han sido ampliamente publicados, pero es necesario llevar a cabo evaluaciones económicas antes de decidir la implantación en los sistemas de salud. **Objetivo:** Análisis de estudios económicos sobre vacunas antirrotavirus, mediante comparación de resultados y establecer un rango de precios y medidas de resultados que ayuden a la toma de decisiones.

Métodos. Revisión sistemática de estudios económicos sobre las vacunas antirrotavirus (RotaShield®, RotaTaq® y Rotarix®). Se han realizado búsquedas en las bases de datos Medline, Embase, Cochrane Library, DARE y Euronheed. Criterios de inclusión: pacientes adultos; intervención: vacunación frente a no vacunación; tipos de estudios: análisis coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio. Principales resultados: coste por año de vida ganado, coste por año de vida ajustado por calidad, coste por año de vida ajustado por discapacidad y coste-beneficio neto del programa de vacunación. La calidad de los artículos ha sido medida con la lista de comprobación propuesta por el grupo de trabajo CASPE.

Resultados. Se localizaron 161 referencias. Tras eliminación de duplicados y revisión por título y abstract se seleccionaron 14. La calidad general de los estudios ha sido alta. Se han incluido 1

revisión de literatura, 10 estudios coste-utilidad, 2 estudios coste-efectividad y 2 análisis coste-beneficio. Los estudios partían de cohortes hipotéticas de pacientes donde se modelizaba la vacunación, con porcentajes de cobertura vacunal considerados entre 65% y 100%. Los análisis de sensibilidad mostraron la existencia de influencia en los resultados por las asunciones de tasas de mortalidad, precios considerados y efectividad asociada. Los resultados establecen un rango de valores entre 21.900€/AVAC y 155.077€/AVAC. Para países en desarrollo el rango encontrado oscila entre 34,25€/DALY y 18.403,96€/DALY.

Conclusiones. La vacuna contra rotavirus podría reducir la morbilidad asociada a la infección (consultas, hospitalizaciones y visitas a urgencias) y las muertes relacionadas. Sin embargo, a los precios actuales de estas vacunas resulta costoso y difícilmente coste-efectivo.

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX: ¿SEGUIMOS ADELANTE?

M.R. Lorente, C.A. Juárez e I. Zangroniz
E.U. de Relaciones Laborales; Universidad de La Rioja; Hospital San Pedro.

Objetivos. El cáncer de cuello de útero o cérvix es un problema sanitario que, actualmente, vuelve a estar en primer plano por la introducción de las vacunas para el virus de papiloma humano. Sin embargo, esta medida profiláctica no es la primera o la única que se ha implantado para reducir el riesgo de padecer cáncer de cérvix. Si bien no existían intervenciones sanitarias de prevención primaria, sí que se daban medidas de prevención secundaria en lesiones precancerosas e incluso previas a ese estado. Estas actuaciones se fundamentaban en las fases diagnósticas del proceso natural del cáncer de cérvix. Los objetivos de nuestro trabajo son (1) presentar el abordaje del programa de detección precoz del cáncer de cérvix-DPCC- en La Rioja, (2) analizar sus resultados diagnósticos y (3) cuantificar los costes imputables a este programa.

Métodos. Revisión de todos los registros de actividad del programa de DPCC en La Rioja, así como los resultados de las citologías llevadas a cabo, desde su implantación. Los resultados citológicos han sido catalogados en una base de datos y analizados de manera descriptiva. También se han estimado los costes totales del programa clasificando las diferentes partidas que lo componen.

Resultados. En La Rioja, la población diana del programa de DPCC (mujeres de 25 a 65 años) es, aproximadamente, de 75.000 mujeres. Dados los recursos asistenciales, el programa se aborda por fases: en la primera se cribó al grupo de 25-40 años; en la segunda participan las mujeres de hasta 50 años. Las citologías realizadas son más de 15.000 desde el inicio del programa de DPCC. Los costes anuales imputables al programa de DPCC se han estimado en algo más de 500.000 euros, de los cuales casi el 5% corresponde al coste de la citología.

Conclusiones. Las implicaciones asistenciales de los resultados citológicos son determinantes para el tratamiento de lesiones que pueden ser o evolucionar a cancerígenas. El coste del programa de DPCC es asumido actualmente por el sistema sanitario. La preocupación por la eficiencia habría de contextualizar los costes y resultados de la DPCC en el conjunto de otras intervenciones sanitarias relacionadas con esta enfermedad.

PERFIL DEL PACIENTE FUMADOR QUE DESEA DEJAR DE FUMAR: UNA PERSPECTIVA SOCIOECONÓMICA

C. Fernández-Pinilla, E. Bruguera, J. Fernández de Bobadilla y V. Sanz de Burgo
Servicio de Medicina Interna, H. San Carlos, Madrid; Servicio de Psiquiatría, H. Vall d'Hebron, Barcelona; Departamento Médico Pfizer.

Objetivos. Describir el perfil del paciente que quiere dejar de fumar, analizando la relación de su nivel económico y otras variables sociodemográficas con su gasto anual en tabaco, así como la influencia de dicho gasto sobre las conductas llevadas a cabo para abandonar el tabaquismo.

Métodos. Estudio epidemiológico nacional y multicéntrico, mediante una encuesta a pacientes mayores de 18 años que acu-

dieron a consultas de atención primaria o especializada, y que expresaron su deseo de dejar de fumar o habían iniciado alguna acción en los 15 días previos, y que otorgaron su consentimiento informado. Se recogieron datos sociodemográficos y del tabaquismo, calculándose el gasto anual a partir de la marca (precios de 2007) y el consumo en días laborables y festivos, y se analizó la asociación entre las distintas variables.

Resultados. El estudio ESFUME incluyó 1618 pacientes (edad media de 46 ± 12 años y 56% de hombres) de 167 centros (67% de atención primaria). Casi el 70% habían cursado estudios secundarios o superiores, y predominaron los profesionales en activo (76%), seguidos de los jubilados/pensionistas (12%), amas de casa (7%), parados (3%) y estudiantes (2%). Fumaban entorno a un paquete diario y la mediana del gasto anual se situó en 876€. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,0001$) en función del sexo (986€ en hombres vs 813€ en mujeres), la edad [los pacientes de 18-30 años gastaban menos (741€) y los de 46-65 más (939€)], el nivel educativo (existía una relación inversa y los analfabetos gastaban 1043€), la situación laboral [los parados eran los que gastaban más (1043€), seguidos de los trabajadores en activo (885€); y quienes gastaban menos eran los estudiantes (613€)], y el área geográfica (de 729€ a 1752€ según la zona). Un gasto anual elevado (más de 1500€) se asoció a un mayor uso de tratamientos de deshabituación (44-53% vs 27-42% en el resto de pacientes, $p = 0,0009$). Sin embargo, las razones económicas no eran relevantes para el abandono del tabaco ya que sólo un 0,9% de los encuestados las señalaron cuando se les cuestionó por su motivación actual.

Conclusiones. Según este estudio, los pacientes que desean dejar de fumar gastan entorno a los 876€ anuales en cigarrillos, aunque existen diferencias significativas en función del perfil socio-demográfico. Así, los hombres de 46-65 años muestran las cifras más elevadas, independientemente de sus ingresos. El mayor gasto anual entre los parados supone, además, una desigualdad para este colectivo ya que si quisieran dejar de fumar deberían costearse el tratamiento y no dispondrían de dinero suficiente para poder utilizar los fármacos con mayor eficacia dado su coste más elevado.

COSTES DEL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PREDIABÉTICOS

C. Polanco Sánchez, J. Franch Nadal, M. Layola Frías y N. Lara Suriñach

Health Economics & Outcomes Research, IMS Health; Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (Red GEDAPS).

Objetivos. Conocer el coste asociado al manejo clínico-terapéutico de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en población con prediabetes y sobrepeso u obesidad, en el ámbito de la atención primaria (AP).

Métodos. Estudio epidemiológico, observacional, naturalístico y multicéntrico con revisión retrospectiva sobre 602 historias clínicas en un horizonte temporal de 48 meses. Participaron 52 médicos de AP de toda la geografía española. Se evalúa un subgrupo de pacientes, con sobrepeso u obesidad asociado a FRCV, que desarrollaron diabetes en el período estudiado. Se registraron variables sociodemográficas, variables clínicas relacionadas con FRCV y uso de recursos asociado al manejo en AP de este tipo de pacientes. Los costes unitarios se obtuvieron de bases de datos españolas. Los costes totales de la población prediabética se compararon con los obtenidos en los subgrupos "no diabéticos" y "diabéticos".

Resultados. Se incluyeron un total de 70 pacientes en el subgrupo prediabéticos (18% del total de los pacientes no diabéticos del estudio). Su edad media (DE) era de 55,5 (8,4) años, el 51,4% eran hombres y el 72,9% padecían alguna enfermedad concomitante. En cuanto a la presencia de otros FRCV, el 64,3% de los pacientes presentaban diagnóstico de dislipemia, el 82,9% de hipertensión y un 14,3% y un 27,1% eran fumadores y exfumadores respectivamente. En el horizonte temporal revisado el 2,3% de los prediabéticos presentaron alguna complicación de la diabetes y un 14,3% algún evento cardiovascular. Los costes medios de visitas y pruebas complementarias para el control de FRCV en estos pacientes fueron 178€, 238€, 303€, 252€ en cada uno

de los años. Los costes de tratamiento fueron 122€, 273€, 466€ y 594€ para cada año de seguimiento. El coste medio por año del paciente prediabético, considerando actividades asistenciales y fármacos, fue de 613€ mientras que en pacientes no diabéticos fue de 410€ y en diabéticos de 685€ ($p < 0,001$). El coste medio por evento (cardiovascular o relacionado con la diabetes) en pacientes prediabéticos fue de 12.777€ frente a los 6.522€ y los 3.266€ de los pacientes no diabéticos y diabéticos respectivamente.

Conclusiones. Los datos preliminares de este estudio sugieren que el coste del control de los FRCV en pacientes prediabéticos aumenta en el tiempo y podría equipararse al de los pacientes diabéticos. Estos resultados sugerirían que el paciente prediabético no recibe un seguimiento adecuado. Debería incorporarse en la práctica clínica habitual la definición de paciente prediabético, así como incidir en estrategias de prevención de la diabetes en pacientes que presentan FRCV.

SESIÓN 10 Farmacia/evaluación tecnologías

EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRABECTEDIN EN EL TRATAMIENTO DEL STB AVANZADO

F. Catalá-López

Universidad de Valencia; Instituto de Salud Carlos III.

Objetivos. El sarcoma de tejidos blandos (STB) es una enfermedad en la cual se forman células malignas cancerosas en tejidos como los músculos, grasa y vasos. Trabectedin ha sido autorizado en "circunstancias excepcionales" por la Agencia Europea del Medicamento, en el tratamiento de pacientes con STB avanzado a fallo de tratamiento con antraciclinas e ifosfamida, o en pacientes que no son candidatos a recibir dichos tratamientos. En este contexto, parece necesario asegurar su uso racional en términos de seguridad, efectividad, eficiencia y equidad. El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar la eficiencia de los distintos regímenes de trabectedin en el tratamiento de pacientes con STB avanzado.

Métodos. Los datos sobre eficacia se obtuvo del European Public Assessment Report. Las medidas de efecto fueron calculadas utilizando un software de la University of British Columbia (Canadá). Desde la perspectiva del hospital, se asumió una media de 2 ciclos de quimioterapia y una superficie corporal equivalente a 1,7 m² (cálculo de dosificaciones) por paciente. Las principales variables de resultado fueron: el tiempo de progresión (TDP), supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP). La estimación de los costes tan sólo incluyó costes del tratamiento (PVL en €2008). Los resultados se expresaron como la razón coste-efectividad incremental, calculada como el coste incremental para producir un efecto beneficioso o prevenir un evento perjudicial en un paciente adicional.

Resultados. La eficacia y seguridad de trabectedin se basa en un ensayo clínico aleatorizado en pacientes con liposarcoma o leiosarcoma en estadio avanzado o metastásico. En este estudio, trabectedin fue administrado en un régimen de infusión intravenosa de 1,5 mg/m² durante 24 horas una vez cada 3 semanas (q3wk-24h) y al otro 0,58 mg/m² en infusión de 3 horas una vez por semana, durante tres semanas consecutivas en ciclos de 28 días (qw-3h). El NNT varió de 10 (TDP) a 16 (SG). Los resultados de la variable primaria del estudio (TDP) evidenciaron una reducción en el RR de progresión de la enfermedad del 26,6% para los pacientes tratados en el grupo q3wk-24h (RAR = 0,09; IC95%: -0,011-0,029. Odds Ratio = 0,634; IC95%: 0,379-1,060). En términos económicos, el régimen q3wk-24h (5.048€/ciclo; 10.096€/paciente) fue más barato que el régimen qwk-3h (5.982€/ciclo y 11.964€/paciente), con una razón coste incremental de 1.868€/paciente. El análisis de la eficiencia varió, dependiendo de la variable de resultado considerada, del siguiente modo:

18.680€ para no progresión enfermedad (TDP), 24.284€ para SLP y 29.888€ para SG.

Conclusiones. Trabectedin administrado en infusión intravenosa de 1,5 mg/m² durante 24 horas una vez cada 3 semanas sería la opción más barata, del mismo modo que parece ser la más efectiva y eficiente.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE XELODA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO

J. Darbà, G. Restovic y A. Ramírez de Arellano

Universitat de Barcelona; BCN Health Economics & Outcomes Research; Roche Pharma.

Objetivos. Recientemente ha sido aprobado el uso en primera línea de capecitabina (Xeloda®) en combinación con una quimioterapia basada en platinos para tratar a pacientes con cáncer gástrico en fase avanzada. Esta aprobación viene avalada por los resultados de dos importantes ensayos clínicos conocidos como ML17032 y REAL 2. Este estudio tiene como objetivo desarrollar un modelo de evaluación económica en base a los resultados del ensayo clínico ML17032 comparando dos tratamientos de quimioterapia: 5-fluorouracilo más cisplatino (FP) vs capecitabina oral más cisplatino (XP).

Métodos. Se desarrolló un modelo de evaluación económica para estimar el coste de los tratamientos de quimioterapia en estudio. El modelo se desarrolló desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, sólo se consideran los costes directos derivados del manejo y la administración de los tratamientos. Los costes han sido expresados en euros del año 2007. Se ha estimado el coste total anual por paciente tratado con cada estrategia de tratamiento, considerando el coste anual de los fármacos, el coste anual asociado a la administración (personal sanitario, estancias hospitalarias y material fungible) y el coste anual de tratar los efectos adversos inducidos por cada estrategia de tratamiento. El modelo considera en el escenario base que el 100% de los pacientes con terapia FP reciben el 5-FU a través de reservorio, mientras que en el escenario alternativo se asume que el 100% de los pacientes con FP, reciben el 5-FU a través de infusión continua.

Resultados. En el escenario base, el coste farmacológico anual estimado fue 1.333€ mayor con el tratamiento de XP, mientras que los costes de administración y de los efectos adversos fueron menores con el tratamiento de XP en 2.575€ y 27€, respectivamente. De este modo el coste total anual por paciente tratado, incluyendo los costes indirectos fue 2.688€ con XP y 4.014€ con FP. De acuerdo a los resultados del análisis de impacto presupuestario, se podrían tratar 1,58 pacientes con XP por cada paciente tratado con FP.

Conclusiones. El tratamiento del cáncer gástrico con XP tiene un coste anual considerablemente menor comparado con FP. El coste inferior de XP se debe principalmente a los menores costes asociados a la administración de capecitabina oral en comparación de los altos costes asociados a 5-fluorouracilo.

ESTUDIO DE COSTO-EFECTIVIDAD ENTRE ENALAPRIL E IRBESARTÁN EN PACIENTES HIPERTENSOS Y USUARIOS DEL HOSPITAL CARLOS LUIS VALVERDE VEGA DE SAN RAMÓN DURANTE EL 2006

V. Hall y Y. Xirinachs-Salazar

CIMED-UCR; CCP.

Objetivos. Determinar la relación costo/efectividad de los medicamentos antihipertensivos, enalapril e irbesartán, en los pacientes que utilizaron los servicios del Hospital Carlos Luis Valverde (HCLVV) durante el 2006.

Métodos. El estudio es descriptivo y retrospectivo, siendo la población en estudio los expedientes de los pacientes hipertensos en tratamiento, al menos con irbesartán + hidroclorotiazida o enalapril + hidroclorotiazida entre el 01 y el 31 de enero del 2006 en el HCLVV. Se solicitaron los expedientes de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión (se trabajó con poblaciones y no con muestra) y se anotaron los datos relevantes según las variables en estudio, por ejemplo valores de presión

arterial, sexo, medicamentos antihipertensivos utilizados, incluyendo sus dosis, frecuencia de administración y costo por forma farmacéutica; estancias hospitalarias y enfermedades concomitantes. Una vez obtenida la información anterior, se procedió a la creación de una base de datos en Microsoft Access con el fin de analizar la información. Para cada combinación de medicamentos estudiada se calculó el costo por paciente con éxito terapéutico alcanzado. De manera adicional, se calculó el riesgo cardiovascular de cada paciente durante el periodo de estudio.

Resultados. Se planteó como hipótesis que el irbesartán tiene una mejor relación costo/efectividad que el enalapril en pacientes con hipertensión arterial y usuarios del HCLVV en San Ramón de Alajuela, al comparar las combinaciones enalapril + hidroclorotiazida e irbesartán + hidroclorotiazida. Sin embargo, el estudio dio como resultado una relación favorable al enalapril: costo promedio por paciente con éxito terapéutico para el grupo enalapril de €59.740 o \$116,45 y de €107.053 o \$208,68 para el grupo del irbesartán. Adicionalmente se calculó el riesgo cardiovascular (RCV) en ambos grupos en estudio, siendo el RCV promedio para los pacientes del grupo de enalapril de 12,83% y de 13,45% para el grupo de irbesartán, calculados para los próximos 10 años.

Conclusiones. Se concluye que el enalapril tiene una mejor relación costo/efectividad con respecto al irbesartán en los pacientes con hipertensión arterial, usuarios del HCLVV durante el 2006.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE CILOSTAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

X. Badía Llach, C. Polanco Sánchez, J.R. Escudero Rodríguez, A. Sanz Amaro y E. Mena Guillén

Health Economics & Outcomes Research, IMS Health; Servicio de Angiología, Cirugía Vasculosa y Endovascular del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Otsuka Pharmaceutical, S.A.; Grupo Ferrer.

Objetivos. Comparar los resultados en salud y económicos asociados a la utilización de cilostazol (Pletal®) para el tratamiento de la claudicación intermitente frente al manejo clínico y terapéutico actual en nuestro país.

Métodos. Análisis coste-efectividad basado en un árbol de decisión que considera pacientes a partir de 40 años y con claudicación intermitente asociada a arteriopatía vascular periférica. Se comparan desde la perspectiva del financiador de los servicios sanitarios la efectividad (mejora en la distancia de claudicación absoluta) y el consumo de recursos (costes médicos directos) asociados a ambas alternativas durante 6 meses. La medida de efectividad a 24 semanas proviene del único ensayo controlado aleatorizado doble ciego de cilostazol versus placebo con calificación A (bajo riesgo de sesgo, rigor metodológico y significación clínica) de The Cochrane Collaboration. Se supone que un 15% de los pacientes tratados con cilostazol abandona el tratamiento a las 4 semanas. El consumo de recursos se basa en una evaluación de cilostazol realizada en un país europeo, que fue validada por un experto en cirugía vascular de nuestro país. Los costes unitarios proceden de bases de datos locales y del Servicio de Facturación del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Se realizó un análisis de sensibilidad con respecto a todas las variables del consumo de recursos, tanto unidades empleadas en cada estrategia como costes unitarios.

Resultados. La mejora en la distancia de claudicación absoluta en los pacientes tratados con cilostazol multiplica por 4,82 la lograda con el manejo actual (87,35% vs. 18,13%). El ahorro de intervenciones quirúrgicas asociado a la terapia con cilostazol hace que el coste medio por paciente tratado sea un 18,38% inferior al del manejo estándar (629,59€ vs 771,33€). El análisis de sensibilidad muestra que la estrategia con cilostazol es dominante para un rango de intervenciones (angioplastias vasculares periféricas y cirugías bypass) en la rama tratamiento estándar de entre el 2,3% y el 14%.

Conclusiones. El tratamiento de la claudicación intermitente con cilostazol durante 6 meses es una estrategia eficiente desde la perspectiva del sistema sanitario público ya que permite casi quintuplicar la mejora en la distancia de claudicación absoluta y reducir el coste medio por paciente.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y EL COSTE DEL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE CON INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

M. Arenere, M. Gómez, A. Pecondón, H. Navarro y M.J. Rabanaque
Hospital Geriátrico San Jorge de Zaragoza; Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza; Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza.

Objetivos. Estudiar la efectividad y el coste del tratamiento de la artritis reumatoide (AR) con infliximab (INF), adalimumab (ADA) y etanercept (ETAN).

Métodos. Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes diagnosticados de AR, en tratamiento con anti-tnf alfa, entre mayo de 2000 y diciembre de 2006. Se establecieron cuatro categorías de efectividad, según la reducción de puntuación en el índice DAS 28: buena respuesta (BR), respuesta moderada (RM), no respuesta (NR), (European League Against Rheumatism), en pacientes que completaron un año de tratamiento. Se consideraron abandonos los casos que no completaron tratamiento anual. Se consideró éxito del tratamiento a presentar BR o RM y fracaso a NR o abandono. En la estimación de costes, se utilizaron los de adquisición de fármacos, a precio de venta de laboratorio, y los de estancia en hospital de día, del año 2006. Con INF se realizaba aprovechamiento de viales. Se calculó el coste medio anual por paciente sin abandono y con abandono, los dos se sumaron para establecer el coste medio del tratamiento por fármaco. Se calculó el coste efectividad medio (CEM) para cada categoría de efectividad y el coste efectividad incremental (CEI), respecto a INF.

Resultados. Existieron 185 casos. 69 (37%) tratados con INF (19% de BR, 25% con RM, 18% NR y 38% abandono, 44% éxito). 55 (30%) tratados con ETAN (20% de BR, 30% RM, 23% NR y 27% abandono, 50% éxito). 61 (33%) tratados con ADA (16% de BR, 32% RM, 14% NR y 38% abandono, 48% éxito). El coste por paciente con INF fue 17.729€ (11.869€ por paciente que finaliza y 5.860 por paciente que no); con ETAN fue 18.187€ (12.661€ por paciente que finaliza y 5.525 por paciente que no); con ADA fue 18.794€ (12.236€ por paciente que finaliza y 6.543€ por paciente que no). El CEM por paciente con BR fue 91.868€ en INF, 90.694€ en ETAN y 115.898€ en ADA. El CEM por paciente con éxito fue 40.422€ en INF, 36.374€ en ETAN y 38.633€ en ADA. El CEI con respecto a INF en pacientes con BR fue de 65.526€ con respecto a ETAN y -34.563€ con respecto a ADA. El CEI con respecto a INF en pacientes con éxito fue de 65.526€ frente a ETAN y 22.243€ frente a ADA.

Conclusiones. La efectividad de los diferentes fármacos no presentó diferencias importantes. Los resultados económicos son ligeramente favorables a INF y ETAN. El coste medio por paciente que no finaliza el tratamiento es casi el 50% del coste medio por paciente que finaliza. Son necesarios estudios prospectivos para recopilar la información de manera más exhaustiva que verifiquen estos resultados.

IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE CALIDAD EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA: INDICADORES DE FARMACIA

M. Serrano Godoy, J. Cirera Torres, A. Esteras Vergara, M. Fillat Sin, M.C. Llobera Serentill, et al
Gestió Serveis Sanitaris; Servei Català de la Salut.

Objetivos. En 2005 por primera vez en Cataluña, una empresa pública sanitaria con gestión de agudos, sociosanitario, salud mental y APS gestionó una residencia pública siguiendo un modelo hospitalario de gestión de farmacia. En el contrato de gestión se fijó un plan de calidad con el Servei Català de la Salut (SCS) relacionado con el coste farmacéutico. El objetivo de esta primera fase fue la obtención de información, describir la situación de partida.

Métodos. Se creó una comisión multidisciplinar que fijó un listado de indicadores según criterios de "buena práctica clínica" con el fin de describir la situación clínica de los residentes y características de prescripción. Para incentivar económicamente el plan, el SCS estableció un complemento variable vinculado al % de indicadores informados que podía llegar a ser el 5% del presupuesto pactado. Listado Indicadores: Nº estancias/mes; Gasto total farmacia y material/estancia y mes; Gasto desglosado por

fármacos/residente; Nº fármacos/residente; Nº usuarios con absorbentes incontinencia urinaria, tipo absorbente y media unidades/día/residente; % fármacos valor intrínseco elevado; Agrupación usuarios con deterioro cognitivo según GDS-Reisberg, situación funcional según Barthel y agrupación por RUG III; Nº diagnósticos activos/residente; Nº usuarios incontinentes, clasificación por tipo; Nº usuarios con sonda vesical, indicación; Nº usuarios con ostomías, tipo; Nº usuarios con úlceras por presión, grado; Nº usuarios con desnutrición, grado; Listado medicación inducida por especialista y de uso hospitalario; Nº usuarios con antipsicóticos típicos y DHDs; Nº usuarios con antipsicóticos atípicos y DHDs; Nº usuarios con antidepresivos y DHDs; Nº usuarios con benzodiazepinas y DHDs; Nº usuarios con hipnóticos y DHDs; Nº usuarios con laxantes; Grado adherencia a Guía Farmacoterapéutica Hospital; Nº intervenciones farmacéuticas, nº interacciones detectadas, nº cambios de tratamiento hechos según equivalencia terapéutica para adecuar la prescripción a guía.

Resultados. Se informaron todos los indicadores de calidad, percibiéndose el total del complemento variable.

Conclusiones. El conjunto de indicadores fijados describe perfectamente la situación clínica de los residentes y la prescripción. Permite valorar la prescripción según tipo de residente y elaborar patrones de prescripción estándar que sean de referencia para otros centros. Permite detectar áreas de mejora. Facilita el análisis de consumo de material sanitario de forma objetiva, atendiendo a las características clínicas de los usuarios. Si usamos este listado de indicadores ponderándolos con el ratio de personal de cada residencia se podrán hacer comparaciones fiables entre centros con el mismo perfil de residentes.

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL AUTOCONTROL (AC) DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO) EN ESPAÑA

M. Brosa, J.C. Souto, J. Fontcuberta, C. Crespo y J.L. Segú
Oblique Consulting; H. Santa Creu i Sant Pau; Institut Català de Serveis Mèdics; Universitat de Barcelona.

Objetivos. El uso de tratamiento anticoagulante oral (TAO) es una práctica frecuente (unos 600.000 pac. en España) en la prevención primaria de tromboembolismos. La disponibilidad de coagulómetros portátiles (CP) ha permitido desarrollar estrategias de control más accesibles a los pacientes, y aumentar la frecuencia de los controles. La mayor efectividad del autocontrol (AC) respecto a otras modalidades de control del TAO (hospitalario o descentralizado) ha sido confirmada en diversas revisiones sistemáticas recientes. En España se ha introducido el uso de los CP sustituyendo a los tests de laboratorio basados en la venopunción, aunque su uso continúa muy vinculado a dispositivos asistenciales, y no tanto al AC por parte de los pacientes, no estando los CP y reactivos financiados, actualmente, por el Sistema Nacional de Salud (SNS). El objetivo del presente estudio fue analizar la eficiencia del AC del TAO en España.

Métodos. Se construyó un modelo de Markov en el que las distintas modalidades de monitorización del TAO se compararon utilizando datos de efectividad de una reciente revisión sistemática, y costes españoles de la monitorización y las complicaciones asociadas (tromboembolismos y hemorragias graves). El modelo permitió proyectar la incidencia de complicaciones, los años de vida (AV), los AVACs, y los costes sanitarios de los pacientes con TAO a lo largo de toda la vida. El análisis se realizó desde la perspectiva del SNS, incluyendo costes sanitarios y descontando costes y efectos al 3%.

Resultados. El AC es una alternativa más efectiva que el resto de modalidades de monitorización del TAO, con reducciones en la incidencia de tromboembolismos, hemorragias graves y muertes por cualquier causa (51%, 33% y 38% menos que las otras modalidades, respectivamente), que resultaron en una ganancia media de 1,01 AV y 0,92 AVAC respecto a la monitorización en hospital o descentralizada. Aunque los costes directos sanitarios son más altos en los primeros años con el AC respecto a las modalidades basadas en el control hospitalario y/o descentralizado, la reducción de complicaciones compensa este sobrecoste inicial a partir del cuarto/quinto año, con ahorros respecto a otras modalidades de entre 37€ y 1023€ por paciente y año. El AC presenta razones de C/AVAC ganado de entre 11.597€ y 701€

para los años segundo a cuarto, siendo una alternativa dominante a partir del quinto año de seguimiento.

Conclusiones. El AC del TAO es una alternativa coste-efectiva con respecto al control hospitalario y descentralizado, y su financiación pública supondría un coste neto negativo para el SNS a partir del quinto año de seguimiento.

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE NIVEL DE ADHERENCIA Y ÉXITO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

J. Sánchez, M. Martín, E. del Cacho, M. Rovira y M. Massanes
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Objetivos. La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha conseguido disminuir significativamente la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VIH. Sin embargo, para conseguir la supresión de la carga viral es necesario un elevado grado de adherencia. Esto hace que la falta de adherencia sea una de las principales causas del fracaso del tratamiento y de la morbilidad y mortalidad asociada. La Unidad de Farmacia Ambulatoria del Hospital Clínic de Barcelona atiende aproximadamente 2800 pacientes al año con infección por VIH en tratamiento antirretroviral. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de la adherencia en la respuesta virológica y en el número de ingresos hospitalarios y coste asociado de los pacientes con infección por VIH.

Métodos. Se seleccionaron un total de 137 pacientes que inician tratamiento antirretroviral en el año 2004 y que no habían sido tratados anteriormente en ningún otro hospital. Se realizó un seguimiento de la adherencia, la carga viral y el número de ingresos desde el inicio del tratamiento hasta la fecha actual (datos relativos a un seguimiento entre 3 y 4 años). Para el análisis del número de ingresos, sólo se han tenido en cuenta los ingresos derivados de patologías relacionadas con el VIH. La adherencia se calculó por recuento de medicación sobrante y por registro de dispensaciones (en los casos en los que no se disponía del anterior).

Resultados. Al finalizar el periodo de seguimiento el 86% de los pacientes presentaban carga viral indetectable. La adherencia en los pacientes con Carga Viral indetectable fue del 92,38% (Desviación estándar 7,92) vs 84,76% (Desviación estándar 18,84) en los pacientes con Carga Viral detectable, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,003$). Respecto a la relación entre adherencia y número de ingresos, los pacientes que no presentaron ningún ingreso o ingresaron una sola vez mostraron una adherencia del 92,97% (Desviación estándar 8,50), los que ingresaron 2 veces una adherencia del 90,69% (Desviación estándar 7,92) y los que ingresaron 3 o más veces una adherencia de 86,29%. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para los pacientes que ingresaron 3 o más veces ($p = 0,003$).

Conclusiones. Los pacientes con una peor adherencia presentan más riesgo de incremento de la carga viral con el consecuente fracaso del tratamiento y de presentar un mayor número de ingresos hospitalarios. Teniendo en cuenta que el coste medio de los ingresos hospitalarios de estos pacientes ha sido de 6.469€, conseguir un éxito en el nivel de adherencia de estos pacientes tendría un importante ahorro económico para el sistema sanitario, además de mejorar la calidad y esperanza de vida de estos pacientes.

menes elegidos que evolucionan hacia el totalitarismo comunista, como la Cuba Comunista de Fidel Castro y la Venezuela de Chávez. En 2007 planteó una Constitución Socialista, la cual fue rechazada por los venezolanos mediante referendo en diciembre del 2007. El mismo camino han seguido Bolivia, Ecuador y Nicaragua. Las bases de este comportamiento en Latino América, se encuentran en la falta de atención al fenómeno de la pobreza por parte de los gobiernos democráticos lo que ha volcado a las mayorías pobres a buscar Mesías que luego se hacen autoritarios. La negativa en Venezuela al comunismo, marca el comienzo del fin de la "Era de Chávez". Sin embargo hay que dar respuestas a las necesidades de la población dentro del marco democrático. Por ello es fundamental como un compromiso político por la libertad de todos, producir, programas específicos de Salud Pública que atiendan a la mayoría de la población pobre. Como la Venezuela democrática en la oposición, no cuenta con el poder político y económico del petróleo, debe asumir esta gestión sanitaria con el sector empresarial, ONG, o fondos de ayuda nacional e internacional.

Métodos. Se diagnóstico la oferta y demanda de Centros de Salud y su distribución geográfica en Charallave, estado Miranda, Venezuela. Se identificó a la Urbanización Popular Paso Real 2.000 como vecindario de pobreza crítica sin servicios de salud. Se censó a la población y se consultó, con 100% de aprobación de la clínica. Se convocó a todos los empleados y a los médicos de la clínica privada para crear de manera voluntaria un Fondo Social con el 1% de los ingresos de los empleados, médicos y la clínica, el cual financie el Programa de Clínicas Populares. Las consultas las realizan los médicos de la clínica privada, cobrando honorarios con 80% de descuento. El personal es contratado en el mismo vecindario. Los insumos y el personal son pagados con el Fondo Social.

Resultados. El Centro Médico Paso Real adquirió una casa en la urbanización popular y se remodeló con los recursos del Fondo Social para Centro de Salud Ambulatorio con cuatro consultorios para Pediatría, Medicina, Obstetricia y Cirugía. Se realizan consultas de lunes a viernes de 8am a 4pm. Se atienden un total de 1.920 pacientes mensualmente.

Conclusiones. 1.- Las Clínicas Populares dan servicios en comunidades con pobreza crítica. 2.- El Fondo Social es un compromiso colectivo orientado a una propuesta política de país en libertad y democracia. 3.- La participación activa de médicos venezolanos rescata la imagen de este gremio en el país y en el mundo. 4.- Este modelo puede ser reproducido por otras clínicas de Venezuela y Latino América.

GASTO PRIVADO EN SALUD EN COSTA RICA 2006: UN ANÁLISIS DESDE LA PRIMERA ENCUESTA SOBRE GASTO EN SALUD

Y. Xirinachs-Salazar, M. Madrigal-Meneses y J.R. Vargas
CCP-Universidad de Costa Rica.

Objetivos. Determinar los factores asociados al gasto privado en salud en Costa Rica mediante modelos censurados.

Métodos. Se utilizan los datos de la primera Encuesta de Gasto en Salud (ENGAS) La muestra resultó de 2088 viviendas, las pruebas de confiabilidad dieron como resultado coeficientes de variación menores al 10% con respecto al gasto privado estimado. No recogió los datos relativos a nivel de ingreso, por lo que se hace una aproximación de los ingresos considerando las variables socio-demográficas. Los modelos sugeridos para la estimación del gasto en salud corresponden al grupo de modelos censurados, por lo que se realiza la estimación de tres modelos básicos: tobit, selección muestral y TPM. La variable a estudiar "Monto pagado por consulta médica general privada", presenta una gran cantidad de ceros en su distribución, con una amplia variabilidad.

Resultados. Existe una proporción similar entre hombres y mujeres encuestados, la mayor parte son costarricenses, más del 90% cuenta con seguro de salud público, y aproximadamente el 80% de las personas mayores de 13 años cuenta con educación primaria completa. Existe una proporción considerable de gasto privado en salud. Cabe destacar que Costa Rica cuenta con un sistema de salud, universal y solidario. El gasto per cápita anual en salud es aproximadamente \$110, si se consideran solamente

SESIÓN 11

Gestión y organización 2

COMPORTAMIENTO SOCIOPOLÍTICO Y LA SALUD. EL CASO VENEZOLANO

A. Rasquín Montiel y L. Correa
Corporación Centro Médico Paso Real.

Objetivos. Antecedentes. Mientras Europa Oriental camina hacia democracias libres la América Latina se dirige hacia regí-

te aquellas personas que afirman realizar gasto en salud el gasto per capita asciende a \$140 dólares anuales.

Conclusiones. Existe una demanda real por servicios privados de salud, aún cuando el sistema nacional ofrece una cobertura universal y solidaria. El mayor porcentaje corresponde a individuos con nivel de educación primaria. Watkins (2005) estableció que las mujeres tienen una mayor cantidad de consultas por razones socioculturales, este patrón se mantiene al tratarse de consulta privada. La estimación del nivel de ingreso no permite establecer diferencias estadísticamente significativas entre quintiles de ingreso.

NUEVA LEY 30/2007 DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO. SU IMPACTO EN LAS FUNDACIONES HOSPITALARIAS CREADAS AL AMPARO DE LAS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN RD 29/2000

P. Antoñanzas, P. Peñalva, I. Muñoz, E. Pérez, C. Solano, et al
Fundación Hospital Calahorra.

Objetivos. Analizar el impacto de la nueva Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector Público, con entrada en vigor con fecha 1 de mayo de 2008, en Fundación Hospital Calahorra, teniendo en cuenta que ésta es una organización sanitaria sin ánimo de lucro creada en abril de 2000 al amparo de lo establecido en el Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre Nuevas Formas de Gestión del Instituto Nacional de la Salud. Actualizar los procedimientos administrativos de contratación la Fundación Hospital Calahorra certificados según ISO 9001 a los requerimientos legales dicha la Ley.

Métodos. Análisis de la Ley 30/2007 y comparación de los procedimientos de contratación de Fundación Hospital Calahorra antes y después de la entrada en vigor de la ley.

Resultados. A lo largo del póster se muestra el impacto de la nueva ley de contratos del sector público en los procedimientos de contratación de Fundación Hospital Calahorra certificados según ISO 9001.

Conclusiones. La nueva Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del Sector Público, presenta importantes novedades en relación con su inmediato precedente, el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, ya que delimita claramente su ámbito de aplicación acabando con la falta de regulación a la que estaban sometidas algunas entidades del sector público. La nueva ley incorpora también las normas que derivan del derecho comunitario y de la Directiva 2004/18/CE e incluye la simplificación y mejora de la gestión contractual. La tipificación legal de una nueva figura, el contrato de colaboración entre el sector público y el privado también es recogido en esta ley.

ABORDAJE DE LAS NECESIDADES SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE. RESPUESTAS POLÍTICAS EN ESPAÑA

R. Terraza Núñez, M.L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, D. Rodríguez Arjona y T. Lizana Alcázar
Servei d'Estudis-Consorci Hospitalari de Catalunya; Pla Director d'Immigració en Salut. Departament de Salut de Catalunya.

Objetivos. El rápido incremento de la población inmigrante en los últimos años ha generado nuevos retos para el sistema sanitario español, con limitada experiencia como país receptor de inmigración, y respuestas políticas tanto a nivel nacional como autonómico. El objetivo es analizar de manera comparativa las políticas sanitarias dirigidas a la población inmigrante desarrolladas por el gobierno central y los autonómicos en España.

Métodos. Se desarrolló una revisión clásica de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y el análisis narrativo del contenido de la literatura científica y gris sobre políticas sanitarias y planes de atención dirigidos a población inmigrante. Los casos de estudio fueron España (nivel nacional) y Andalucía, Comunitat Valenciana, Madrid, País Vasco y Catalunya. Para la selección de casos se consideró a) la proporción de inmigrantes entre su población y b) la disponibilidad de políticas sanitarias específicas. Las dimensiones de análisis fueron: principios y objetivos de las políticas, estrategias y la evaluación de los resultados.

Resultados. La formulación de políticas sanitarias para la población inmigrante tuvo lugar desde el inicio de este fenómeno: primero

como parte de políticas dirigidas a poblaciones vulnerables y posteriormente, como políticas específicas incluidas en los Planes de Integración de la inmigración, nacionales y autonómicos. Además, algunas acciones específicas se contemplan en el Plan de Calidad Nacional y en los planes de salud de algunas autonómicas. Los objetivos y acciones nacionales abordan la protección de la salud de los inmigrantes, evaluación de las necesidades sanitarias y la formación en competencias culturales del personal sanitario. Las políticas autonómicas añaden a estos objetivos el acceso a los servicios y la colaboración institucional. Sus acciones son más específicas que las nacionales y similares entre sí, pero difieren en el énfasis y enfoque: mientras algunas formulan estrategias aisladas, otras adoptan un abordaje integral adaptando programas de salud a las especificidades de la población inmigrante.

Conclusiones. La formulación de políticas ha evolucionado en consonancia con el incremento de población inmigrante y parece responder a sus necesidades. Sin embargo, la persistencia de problemas en la atención e inequidades en el acceso, observada en otros estudios, indica la necesidad de una implementación cuidadosa, así como, la inclusión de otras estrategias para mejorar la comunicación y corregir deficiencias estructurales-recursos inadecuados al tamaño de la población.

GESTIÓN MULTIDISCIPLINAR DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA PÚBLICA

J. Cirera Torres, M. Serrano Godoy, C. Llobera Serentill, A. Esteras Vergara, M. Fillat Sin, et al
Servei Català de la Salut; Hospital de Santa Maria; Gestió de Serveis Sanitaris.

Objetivos. En 2005 el Departament d'Acció Social i Ciutadana sacó a concurso la gestión de una nueva residencia pública. Por primera vez en Cataluña, una empresa pública sanitaria con gestión de agudos, sociosanitario, salud mental y APS gestionó una residencia geriátrica siguiendo un modelo hospitalario de gestión de la farmacia.

Métodos. Se estableció que el modelo de gestión sería por pago prospectivo ajustado por calidad y dependencia. Se decidió que la dispensación, control y gestión de la compra de fármacos y material sanitario se realizaría desde el servicio de farmacia del hospital. Por lo que refiere al control de calidad de la prescripción y dispensación éste se basó en un sistema de unidosis diaria centralizada en el servicio de farmacia. El sistema de información del centro permitió clasificar a los pacientes según características funcionales, psicológicas y clínicas. Haciendo especial hincapié en el grado de dependencia física, comorbilidad y deterioro cognitivo.

Resultados. Con este modelo de gestión se consiguió ahorrar en la factura de farmacia el margen comercial de las oficinas de farmacia y además un 18% con respecto al presupuesto inicial pactado (media de tres residencias de características similares). La adherencia a la Guía Farmacoterapéutica del centro fue del 91% y el valor intrínseco de los fármacos prescritos fue en un 97% de los casos elevado. La media de fármacos por paciente fue de 7,52, resultando el precio por estancia/día de 2,16 euros. Desde farmacia se valoraron nutricionalmente a todos los residentes y en pacientes con insuficiencia renal severa se adecuaron las posologías. El sistema de información del centro permitió agrupar a los pacientes según criterios de RUG-III, GDS 3-7 de Reisberg, nivel de dependencia índice de Barthel, tipo de incontinencia y tipos de úlceras. Básicamente las interconsultas a especialistas fueron derivaciones a geriatría, estas derivaciones se facilitaron ya que la empresa pública GSS dispone de un servicio de geriatría especializado en la valoración integral ambulatoria con un plan de cuidados actualizado, lo cual permitió dar soporte para completar las valoraciones de los residentes.

Conclusiones. El modelo de gestión de farmacia de una residencia desde un servicio de farmacia hospitalario es rentable, eficiente y con unos niveles de calidad superiores a los de otros modelos. La información obtenida permite establecer una situación de control de calidad continuo y que permite comparar los resultados con otras residencias. Se consigue información fiable del gasto farmacéutico y del tipo de prescripción según tipología de usuario definida por grado de dependencia y deterioro cognitivo.

LA CONTABILIDAD MEDIOAMBIENTAL Y SOCIAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

I. Cornejo García, M.A. Martínez Suárez y J. Mayol Canas
Servicio Madrileño de Salud. Área 8 de Atención Primaria.

Objetivos. Cada vez más, la sociedad demanda de las empresas y organizaciones transparencia, no sólo en el ámbito económico, sino también sobre su actuación medioambiental y social. Tanto la Comisión Europea como los gobiernos han emitido recomendaciones y normas para la rendición de cuentas en estos tres aspectos, a través de la denominada triple cuenta de resultados (triple bottom line). El objetivo de este trabajo es proponer un catálogo de indicadores de la actuación medioambiental y social, aplicable a las organizaciones sanitarias.

Métodos. Se ha examinado la bibliografía existente, en especial la Recomendación de la Comisión Europea, de 2001, la Resolución del Instituto de Contabilidad y Auditoría de Cuentas (ICAC), de 25 de marzo de 2002, de obligado cumplimiento desde el 5 de abril del mismo año, y la Guía de la Global Reporting Initiative en su versión de noviembre de 2006 (GRIG3).

Resultados. Se propone una serie de indicadores, para las organizaciones sanitarias, señalando cuáles de ellos son prescritos por el ICAC, cuáles deben ser incluidos en el Balance (en el Activo o en el Pasivo), cuáles corresponden a la Cuenta de Resultados (al Debe o al Haber), y cuáles deben conformar una Memoria de Sostenibilidad, anexa a la Memoria Anual de los Estados Financieros tradicionales. Los indicadores se agrupan en tres líneas de actuación: -Contabilidad medioambiental: provisiones por responsabilidades o compromisos, subvenciones, sanciones, amortización de activos, tratamiento de residuos, consumo de energía y diversas actuaciones y consecuencias de naturaleza medioambiental -Contabilidad de la política de Recursos Humanos: política de retribuciones, formación, temporalidad del empleo, siniestralidad laboral, conciliación de la vida familiar y laboral, etc. -Contabilidad del impacto social: políticas de igualdad, respeto de las minorías, eliminación de barreras arquitectónicas, donaciones, proyectos de ayuda al desarrollo, protocolos de seguridad de productos y usuarios, etc.

Conclusiones. La transparencia en la actuación de las organizaciones sanitarias puede aumentarse mediante la incorporación a sus Estados Financieros de indicadores específicos de impacto medioambiental y social. Este aumento de la transparencia confiere a las organizaciones una mayor legitimación ante la Sociedad.

CAMBIO TECNOLÓGICO EN EL SECTOR SANITARIO: DIFUSIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN INGLATERRA

V. Serra-Sastre y A.J. McGuire

LSE Health; London School of Economics and Political Science.

Objetivos. Comparaciones internacionales han señalado diferencias entre países en la difusión de procedimientos quirúrgicos relacionados con enfermedades cardiovasculares en cuanto a la adopción y velocidad de difusión. Sin embargo, estas diferencias se han capturado usando variables que representan datos agregados dejando espacio para el análisis a un nivel más desagregado. En consecuencia, el presente artículo examina los factores que determinan la difusión de dos procedimientos quirúrgicos (endarterectomía carotídea y artroscopia de la rodilla) en los hospitales de Inglaterra. Se exploran primero los elementos que definen la difusión de acuerdo a las características de las tecnologías y de las condiciones en las cuales los hospitales operan. En segundo lugar, se analiza si el uso de estas tecnologías se traduce en mejoras en salud de la población.

Métodos. Se utilizan datos que recogen todas las admisiones hospitalarias relacionadas con los dos procedimientos quirúrgicos desde 1996 hasta 2006 dentro del Sistema Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra. Dada la naturaleza dinámica de la difusión se utilizan modelos de datos de panel dinámicos para la primera parte del análisis. Es de especial interés el determinar si el proceso está caracterizado por un cierto grado de "learning by doing" debido a una creciente familiarización con la tecnología. En la segunda parte se utilizan modelos de elección discreta usando di-

ferentes variables dependientes como la probabilidad de readmisión o mortalidad postoperatoria.

Resultados. Los resultados revelan la naturaleza dinámica de la difusión y confirman que la experiencia adquirida es determinante para la consolidación de las tecnologías en consideración. El proceso de difusión es además un proceso que recoge no sólo la adquisición de conocimientos relacionados con la tecnología pero también cualquier cambio o mejora que la tecnología experimenta durante el afianzamiento de estos procedimientos quirúrgicos dentro de la práctica clínica. El uso de estas tecnologías va acompañado de una mejora en la salud de la población reflejada en una reducción en readmisiones y mortalidad postoperatoria.

Conclusiones. Si bien la experiencia que se adquiere a través de la práctica en el uso de estas tecnologías es determinante en el proceso de difusión, los resultados muestran que al incrementar el riesgo de la condición del paciente y en consecuencia del procedimiento quirúrgico que se aplica se acelera la velocidad de difusión y que esto va acompañado de mejoras en salud. Esto permite establecer que para acelerar la difusión de determinadas tecnologías se deben activar mecanismos adicionales que complementen el proceso de aceptación de la innovación.

MODELO DE GESTIÓN HOSPITALARIA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA PÚBLICA

J. Cirera Torres, M. Serrano Godoy, M.C. Llobera Serentill, A. Esteras Vergara, M. Fillat Sin, et al

Servei Català Salut; Gestió Serveis Sanitaris.

Objetivos. En 2005 el Departament d'Acció Social i Ciutadania sacó a concurso la gestión de una nueva residencia pública. Por primera vez en Cataluña, una empresa pública sanitaria con gestión de agudos, sociosanitario, salud mental y APS gestionó una residencia geriátrica siguiendo un modelo hospitalario de gestión de la farmacia.

Métodos. Se estableció que el modelo de gestión sería por pago prospectivo ajustado por calidad y dependencia. Se decidió que la dispensación, control y gestión de la compra de fármacos y material sanitario se realizaría desde el servicio de farmacia del hospital. Por lo que refiere al control de calidad de la prescripción y dispensación éste se basó en un sistema de unidosis diaria centralizada en el servicio de farmacia. El sistema de información del centro permitió clasificar a los pacientes según características funcionales, psicológicas y clínicas. Haciendo especial hincapié en el grado de dependencia física, comorbilidad y deterioro cognitivo.

Resultados. Con este modelo de gestión se consiguió ahorrar en la factura de farmacia el margen comercial de las oficinas de farmacia y además un 18% con respecto al presupuesto inicial pactado (media de tres residencias de características similares). La adherencia a la Guía Farmacoterapéutica del centro fue del 91% y el valor intrínseco de los fármacos prescritos fue en un 97% de los casos elevado. La media de fármacos por paciente fue de 7,52, resultando el precio por estancia/día de 2,16 euros. Desde farmacia se valoraron nutricionalmente a todos los residentes y en pacientes con insuficiencia renal severa se adecuaron las posologías. El sistema de información del centro permitió agrupar a los pacientes según criterios de RUG-III, GDS de Reisberg, nivel de dependencia índice de Barthel, tipo de incontinencia y úlceras por presión. Básicamente las interconsultas a especialistas fueron realizadas al Servicio de Geriátrica hospitalario que dispone la empresa pública GSS. Desde el área ambulatoria de geriatría se realiza una valoración geriátrica integral con un plan de cuidados, dando soporte al servicio médico de la residencia para completar las valoraciones de los residentes.

Conclusiones. El modelo de gestión de farmacia de una residencia desde un servicio de farmacia hospitalario es rentable, eficiente y con unos niveles de calidad superiores a los de otros modelos. La información obtenida permite establecer una situación de control de calidad continuo permitiendo además comparar los resultados con otras residencias. Se consigue información fiable del gasto farmacéutico y del tipo de prescripción según ti-

pología de usuario definida por grado de dependencia y deterioro cognitivo.

ENCUESTA SOBRE GASTOS DE BOLSILLO PRIVADO EN SALUD EN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO-2007

P. Best Bandenay, E. Quiroz Vera, P. Valdivia, P. Díaz Bustos y J.M. Díaz
Departamento de Académico de Administración y Economía de la Salud, Unidad de Economía de la Salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es contar con estimaciones de los gastos de bolsillo en salud de la población de Lima Metropolitana y el Callao. La información estadística más completa existente en nuestro país es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), pero ésta no tiene toda la información que se requiere para los estudios sobre gastos privados en salud.

Métodos. Es una investigación transversal, descriptiva de tipo cuantitativo dirigidos a Jefes de Familia, considerando los distritos más representativos de Lima Metropolitana y el Callao. La recolección de la información se realizó por medio de cuestionarios estructurados a través de entrevistas directas. El tamaño de la muestra fue de 600 viviendas, con una precisión del 4,32%, un nivel de confianza del 95% a nivel global y con valores para p y $q = 0,5$. El cuestionario consta de 42 preguntas, agrupadas en dos secciones y la entrevista se aplica entre 15 y 25 minutos por hogar.

Resultados. De acuerdo a la Encuesta sobre Gastos en Salud (EGS), se estima que la población a nivel de Lima Metropolitana y el Callao es de 8, 463,109 conformada por un 49% de población masculina y un 51% de población femenina. La estructura de la población por grupos de edad indica que el 20,6% de la población es menor de 15 años, el 72,4% se encuentra entre los 15 a 64 años y el 7,0% cuenta con más de 65 años de edad. El total de hogares es de 1, 724,012 con un promedio de 4 personas por hogar. De acuerdo a los resultados de la EGS el 54,8% de la población cuenta con algún tipo de seguro, además el 42,5% de la población cuenta con seguro del estado. Se tiene que el 12,3% de los hogares recibieron al menos una consulta médica privada por la que tuvieron que pagar, con un total de 2, 597,370 consultas y alrededor de 2,6 consultas por hogar. El costo de la consulta oscila entre los \$/ 1,81 dólares USA y los 450,00 dólares USA con un costo promedio por consulta de 30,00 dólares USA. En el 12,0% de los hogares, al menos uno de sus miembros indicó haber recibido consulta odontológica privada durante el período de referencia, con un promedio 2,8 consultas por hogar. El 4,4% de los hogares pagaron por realizarse al menos una prueba de diagnóstico durante los meses de agosto a noviembre del 2007, con un gasto promedio de 25,00 dólares USA por prueba. La compra de medicamentos es el tipo de gasto más frecuente de los hogares dentro del rubro de gasto relacionados con la salud. Se estima que en el 88,5% de los hogares alguno de sus miembros compró medicamentos durante los meses de agosto a noviembre del 2007. Los resultados indican que sólo el 12,0% de los hogares declararon estar afiliados a un plan de salud privado.

Conclusiones. Entre los bienes públicos globales de la salud, la información es sin duda uno de los más importantes por su valor intrínseco, al contribuir a la generación de nuevos conocimientos, y por su valor instrumental, al ser una de las herramientas más transparentes y sólidas para el diseño y la evaluación de las políticas públicas del sector. Con este espíritu se han elaborado y aplicado la primera Encuesta de Gasto y Salud a nivel de Lima y Callao. Dentro de los resultados se observa que dentro del total de gastos de bolsillo, el mayor porcentaje lo representa las consultas odontológicas, con un 22,2%, seguido de gastos en hospitalización en centros privados, 20,0%. La compra o alquiler de aparatos médicos se puede considerar un gasto importante ya que representa el 15% del gasto total, así como también la compra de medicamentos, 12,6%. Otro aspecto es el hecho de que los establecimientos públicos obtienen financiamiento a partir del gasto privado de bolsillo a nivel de consulta médica pública con el 3,8% del gasto total, hospitalización en centro público con 4,3%.

SESIÓN 12

Farmacia/análisis económico

IMPACTO DEL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA SOBRE EL GASTO FARMACÉUTICO

M. Espinosa Bosch, E. Prado Mel, J. Bautista Paloma y P. Quintero García
Servicio de Farmacia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

Objetivos. Antecedentes: La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica, mediante el establecimiento de objetivos e incentivos en función del nivel de consecución de los mismos. Entre las dimensiones que contempla el Modelo de Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) encontramos: 1) Gestión económica, 2) Uso adecuado de fármacos y procedimientos. Objetivo: Evaluar el impacto sobre el gasto farmacéutico de la Gestión Clínica en comparación con la gestión tradicional.

Métodos. Se seleccionan todos aquellos servicios de un hospital de tercer nivel que atienden a pacientes en régimen de hospitalización y se dividen en tres grupos: Grupo 1: UGC antes de 2003; grupo 2: UGC entre 2003 y 2007; grupo 3: Servicios que no son UGC. Análisis comparado del consumo de medicamentos por cada 100 ingresos en cada grupo y evaluación de la tendencia temporal. Análisis de utilización de los medicamentos incluidos en los objetivos de los acuerdos de gestión de las UGC: evaluación, a modo de ejemplo, del impacto en el gasto farmacéutico del indicador DDD levofloxacino oral/DDD levofloxacino total en la Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias.

Resultados. Análisis comparado del consumo de medicamentos por cada 100 ingresos: El gasto farmacéutico se mantiene constante entre los años 2003 y 2007 en el grupo 1. En el caso del grupo 2 se obtiene una curva similar, pero con un pequeño descenso en el año 2006, coincidiendo con el año en que más servicios pasan a ser UGC. En el grupo 3 se observa una tendencia de crecimiento en el gasto farmacéutico, acentuada aún más en el último año. Evaluación del impacto en el gasto farmacéutico del indicador DDD levofloxacino oral / DDD levofloxacino total en la Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias: Desde la inclusión de levofloxacino en la Guía Farmacoterapéutica del Hospital (2002) se observa una mejora continuada en este indicador, con un aumento promedio de un 4% en el valor del cociente cada año. Por cada unidad de levofloxacino utilizado por vía oral en lugar de parenteral se ahorran 27,45 euros, manteniendo una biodisponibilidad del 100%. Esto supone un ahorro estimado de 2137 euros anuales respecto al año anterior, únicamente atribuido a la adecuada utilización de este fármaco en la Unidad Médico Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias.

Conclusiones. La Gestión Clínica contribuye a la desaceleración del crecimiento en el gasto farmacéutico del hospital. La selección de fármacos con un elevado impacto económico para la elaboración de indicadores ayuda a la consecución de los objetivos globales de las UGC.

ROL DE LA FARMACOECONOMÍA EN ESPAÑA

C. Abadía González, M. de Cambra Antón, S. Fernández Díez, P. Fuentes del Teso, M. Pavón Cardaba, et al
Dirección de Relaciones Institucionales (Sanofi-Aventis).

Objetivos. Evaluar un primer análisis sobre el papel que tiene la Farmacoeconomía en la toma de decisiones por parte de la Administración Sanitaria Española.

Métodos. Durante dos años (2006-2007) se ha venido realizando una encuesta sobre el Rol de la Farmacoeconomía (FE) en Cursos de FE impartidos a lo largo de toda la geografía nacional. Estas encuestas fueron contestadas por miembros de las Administraciones Sanitarias, farmacéuticos de atención primaria principalmente. Paralelamente se ha llevado a cabo una revisión de la literatura ya existente sobre este tema. Los resultados obtenidos a partir de estas encuestas junto con la revisión de la literatura han permitido elaborar un análisis descriptivo sobre la realidad de esta disciplina en España.

Resultados. El análisis preliminar ha mostrado que han aumentado parámetros tales como la asistencia a congresos relacionados con la FE, formación en FE y deseo de mayor información en FE. El incremento en estos parámetros parece indicar un mayor interés hacia el conocimiento de conceptos teóricos y prácticos relacionados con esta materia. Del mayor uso que se viene haciendo de estudios farmacoeconómicos nos habla el incremento de la realización de estudios en este campo así como una mayor receptividad y una valoración positiva de los estudios de farmacoeconomía. Otro aumento significativo, según las respuestas de los encuestados, ha sido el de los indicadores de las Comunidades Autónomas que están basados en resultados farmacoeconómicos. De igual manera, la percepción del peso de la FE en la valoración de la utilidad terapéutica de un producto también ha aumentado a lo largo de estos dos años.

Conclusiones. Al observar los resultados de estas encuestas se ve cómo está aumentando tanto la valoración de esta disciplina como su utilización. Aunque para ponernos al mismo nivel que otros países, como Australia, Canadá o Reino Unido se deben superar algunos obstáculos. La asignatura pendiente en España es la estandarización de una metodología para que los resultados de los estudios que se realicen sean creíbles. Para que la farmacoeconomía se desarrolle plenamente hace falta garantizar tanto la calidad de los estudios como su credibilidad. Este trabajo constituye un primer acercamiento al papel que está jugando la FE en España, y entre sus limitaciones destacaría el carácter descriptivo de su análisis. Se espera aumentar el tamaño de la muestra en un futuro para dar una mayor robustez al análisis de los resultados.

DESCRIPCIÓN DE UN MODELO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA: INDICADORES CUALITATIVOS DE FARMACIA

J. Cirera Torres, M. Serrano Godoy, A. Esteras Vergara, M. Fillat Sin, M.C. Llobera Serentill, et al

Servei Català de la Salut; Hospital de Santa Maria; Gestió de Serveis Sanitaris.

Objetivos. En 2005 el Departament d'Acció Social i Ciutadana sacó a concurso la gestión de una nueva residencia pública. Por primera vez en Cataluña, una empresa pública sanitaria con gestión de agudos, sociosanitario, salud mental y APS gestionó una residencia siguiendo un modelo hospitalario de gestión de la farmacia. Para monitorizar esta nueva experiencia se creó una comisión multidisciplinar que consensuó un listado de indicadores de control de calidad. Para incentivar los objetivos de calidad, se estableció un complemento variable que se evaluaba según el número de indicadores informados y el importe a percibir se vinculaba a esta información. En una primera etapa se valoró únicamente la obtención de la información, en posteriores periodos se establecerán metas para cada indicador.

Métodos. Listado de indicadores: N° de usuarios y estancias/mes; Gasto total de farmacia y material/estancia y mes; Gasto desglosado por fármacos/residente y mes y n° de fármacos/residente; N° de usuarios con absorbentes de incontinencia urinaria, tipo de absorbente y media de unidades/día y residente; % de fármacos con valor intrínseco elevado; Agrupación de los usuarios con deterioro cognitivo según GDS de Reisberg, según situación funcional según Barthel y agrupación por RUG III; N° de diagnósticos activos/residente; N° de usuarios con incontinencia y clasificación según tipo de incontinencia; N° de usuarios con sonda vesical e indicación de uso; N° de usuarios con ostomías y tipo; N° de usuarios con úlceras por presión y grado de ulceración; Grado de desnutrición; Listado de medicación inducida por especialista y de uso hospitalario; N° de usuarios con antipsicóticos típicos y DHDs; N° de usuarios con antipsicóticos atípicos y DHDs; N° de usuarios con antidepresivos y DHDs, N° de usuarios con benzodiazepinas y DHDs; N° de usuarios con hipnóticos y DHDs; N° de usuarios con laxantes; Grado de adherencia a Guía Farmacoterapéutica Hospital; N° de intervenciones hechas desde farmacia, n° de interacciones detectadas, n° de cambios de tratamiento realizados aplicando criterios de equivalencia terapéutica para adecuar la prescripción a la guía.

Resultados. Se informaron todos los indicadores de calidad, percibiéndose el total del complemento variable, el 5% del presupuesto pactado.

Conclusiones. Se valoran positivamente los resultados de la información obtenida ya que permite compararse con otros centros y además garantiza la calidad de la prestación farmacéutica. La información recogida sobre el perfil de usuarios según morbilidad y dependencia según permitirá en un futuro relacionar los tipos de tratamientos con el grado de dependencia de los usuarios.

ESTUDIO DEL IMPACTO EN EL PRESUPUESTO DEL SNS DE LA UTILIZACIÓN PREVENTIVA DE PALIVIZUMAB

J.R. Ríos y M.C. Calzado

Facultad de Economía, Universidad de Buenos Aires; Antares Consulting, Barcelona.

Objetivos. Las infecciones debidas a virus respiratorio sincitial (VRS) en prematuros <35 semanas de edad gestacional (EG) constituyen un serio problema, tanto médico como económico. La aparición de Palivizumab como medida preventiva en la población de alto riesgo ha constituido un gran avance para el pronóstico de estos pacientes. Son diversos los estudios que demuestran tanto su eficacia como su razón coste-efectividad. Sin embargo, el presente estudio es pionero en investigar el impacto presupuestario a nivel nacional de la utilización preventiva de Palivizumab en niños < 35 sem EG.

Métodos. Se diseñó un árbol de decisión de tratamiento preventivo de Palivizumab a partir de una revisión de la bibliografía. La población estudiada contempla todos los niños < 2 años de edad en España en 2006 (872.509 niños) aunque se centra en el colectivo de niños prematuros < 35 semanas de EG (33.910 niños). El horizonte temporal establecido es de 1 año natural correspondiente al 2006. La perspectiva adoptada es la del Sistema Nacional de Salud Español. Los costes unitarios utilizados han sido extraídos en gran parte del estudio IMPACT (IMPACT Study Group, Pediatrics 1998;102:531-17) y FLIP I (Figueras-Aloy J. et al. Pediatr Infect Dis J. 2004;23:815-20). Únicamente se han considerado los costes directos. Se realizó un análisis de sensibilidad para la variable "tasa de utilización de Palivizumab".

Resultados. Del análisis se extrae, para el horizonte temporal establecido de 1 año, un coste de 1.887 Mill € para el tratamiento convencional de las infecciones producidas por VRS y los ingresos hospitalarios que de él se derivan, mientras que muestra un coste de 1.747 Mill € para la utilización preventiva de Palivizumab en el grupo de riesgo descrito anteriormente. Esto implica que la adopción de este segundo escenario, es decir, la utilización preventiva de Palivizumab, supone un ahorro para el SNS de 140 Mill €. Sorprendentemente, encontramos una relación inversamente proporcional entre el porcentaje de penetración de Palivizumab y el ahorro para el SNS.

Conclusiones. Los resultados expuestos anteriormente son, tras una revisión de la literatura, el primer estudio de impacto presupuestario de la utilización preventiva de Palivizumab en niños prematuros de < 35 semanas de edad gestacional. Son diversos los estudios que demuestran tanto la eficacia de dicho producto como la razón coste-eficacia del mismo, pero no se había logrado llegar a evaluar su impacto a nivel presupuestario y menos aún desde una perspectiva tan amplia como el SNS. Lo verdaderamente relevante es que aún en el peor de los escenarios, el SNS ahorra más de 140 millones de euros al implantar la utilización preventiva de Palivizumab en prematuros < 35 sem EG.

SESIÓN 13 Recursos humanos

EVOLUCIÓN DE LAS RETRIBUCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M.A. Martínez Suárez, I. Cornejo García, M. San Antonio Marinas, M.C. de Miguel Aguilar y R. Herranz García

Servicio Madrileño de Salud, Área 8 de Atención Primaria.

Objetivos. Analizar la evolución de las retribuciones en Atención Primaria (A.P.) en la Comunidad de Madrid desde las transferencias

sanitarias, determinando su trayectoria en distintas categorías profesionales, así como la evolución de la horquilla retributiva.

Métodos. El periodo estudiado va de 2001 a 2011 (año en el que finaliza la aplicación progresiva de las retribuciones por carrera profesional). Las categorías consideradas han sido: - Personal directivo (media retributiva en un Área de A.P. de categoría 1.2) - Médicos - Enfermeras/DUE - Auxiliares Administrativos - Celadores. No se han incluido retribuciones por productividad variable ligadas al cumplimiento de objetivos. Sin embargo, sí se han incluido los importes mensuales, por dicho concepto, del personal directivo, dado el carácter estable y periódico de dichas retribuciones. No se han incluido retribuciones por atención continuada ni por doblajes. Sí se han incluido las retribuciones a médicos por asumir, en su propio turno, consultas de compañeros ausentes. Los conceptos incluidos han sido: sueldo, complementos de destino, específico, de productividad (con la excepción señalada), carrera profesional, promoción profesional y retribuciones por asunción de consultas en el propio turno. Se asume, para los años 2009, 2010 y 2011 un crecimiento de las retribuciones igual al IPC, sin perjuicio del impacto de la progresiva implantación de la carrera y la promoción profesional.

Resultados. Todos los resultados son en euros constantes. En el periodo 2001-2008 las retribuciones han crecido en promedio casi un 25%. En el periodo 2001-2011, el crecimiento se estima en un 29,37%. Por categorías, el personal directivo tiene un importante incremento en 2002 y 2003, y un crecimiento cero desde entonces. Las restantes categorías mantienen trayectorias ascendentes. En el periodo 2001-2011, los incrementos estimados son: directivos 28,47%, médicos 25,38%, enfermería 37,98%, auxiliares administrativos 38,07% y celadores 20,53%. Los valores relativos sobre la base de las retribuciones de celadores (valor 1) estimados para 2011 son: directivos 3,50, médicos 3,24, enfermería 2,02 y auxiliares administrativos 1,20. La dispersión de la horquilla retributiva se estima para 2011 algo superior a lo que era en 2001, con una desviación estándar de 1,14 frente a 1,10, y con un máximo de 1,31 en 2003.

Conclusiones. Las retribuciones de todas las categorías han crecido más que el IPC. Todas las categorías han tenido un crecimiento sostenido, salvo el personal directivo, que muestra un importante incremento en 2002 y 2003, y crecimiento cero desde entonces. La horquilla retributiva ha experimentado una discreta divergencia.

FACTORES DE ABANDONO DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFYC). ESTUDIO PILOTO

E. López García, J.M. Freire Campo y J.R. Repullo Labrador
Escuela Nacional de Sanidad; ENS.

Objetivos. Estudiar los factores que motivan o se asocian al abandono de la especialidad de MFyC por los Médicos de Familia.

Métodos. (1) Diseño de una encuesta con datos socio demográficos, académicos y laborales y motivos del cambio de especialidad. (2) Pilotaje de la encuesta a los médicos residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP) que cursan el Master de Salud Pública (MSP) en la ENS en el curso 2007-08 y que previamente hicieron la especialidad de MFyC (11 médicos de un total de 37). (3) Aplicación de la encuesta validada a todos los médicos residentes de MPySP que previamente han realizado la especialidad de MFyC. (4) Aplicación de la encuesta a todos los médicos residentes de cualquier especialidad que previamente han realizado la especialidad de MFyC.

Resultados. Aplicado el cuestionario al grupo de médicos especialistas en MFyC actualmente residentes de MPySP que cursan el MSP en la ENS se encontró que los principales factores que motivaron su cambio de especialidad fueron: estrés en el trabajo (55%), dificultad para conciliar la vida familiar y laboral (24%) y desarrollo profesional limitado (18%). Otros factores observados fueron el tipo de contratación (temporales, itinerantes, etc.), escasez de oposiciones y concursos de traslados y pobre reconocimiento y prestigio social. Es importante señalar que ninguno refiere como factor de cambio el económico y que el 72% regresaría a la Medicina Familiar si cambiasen los factores descritos.

Conclusiones. Existe una importante literatura sobre el descontento (burnout) entre de los médicos de MFyC en España. Pero

este es el primer intento de estudiar el abandono de la especialidad. La importancia del estudio es su potencial para identificar factores concretos del modelo de Atención Primaria que expulsan a los médicos del ejercicio profesional. Entre ellos destaca la incompatibilidad entre vida familiar y profesional, especialmente entre las mujeres. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de mujeres en la especialidad, y el déficit que ya existe para cubrir las plazas de Atención Primaria, el estudio puede apuntar cambios de interés en el modelo actual de Atención Primaria.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PROFESIONAL DE LOS DIRECTIVOS DE ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE SALUD DE TENERIFE

C. Díaz Luis, J. Cano Borrego y J. Delgado Santana
Servicio Canario de Salud; Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Objetivos. Se realiza un estudio descriptivo de las variables de filiación para definir el perfil sociodemográfico y profesional de los directivos de Zonas Básicas de salud de La Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife.

Métodos. Se ha realizado un estudio empírico a los directivos intermedios, utilizando un cuestionario estandarizado y autoadministrado. Se realizó un análisis de frecuencias de las variables de filiación de éstos.

Resultados. Del análisis de los 48 encuestados, dentro de los resultados alcanzados más relevantes en los directivos según su perfil se puede observar que, la edad media de éstos es de 47 años, predominan los hombres y mayores de 40 años como directores y las mujeres como subdirectoras. Ha habido una renovación importante en los últimos 4 años. Un 54,2% están liberados frente a un 43,8% que además realizan actividad asistencial. La gran mayoría son hijos, con más de 11 años en la empresa y el 50% de los directores tienen más de 21 años de antigüedad. Predominan las direcciones de zonas con características urbanas frente a las rurales. La mayoría tiene a su cargo consultorios periféricos. El 50% son centros con atención continuada y docentes. El 68,8% tienen despacho propio y más personal a su cargo los directores que los subdirectores.

Conclusiones. En este trabajo se ha profundizado en el análisis de las características sociodemográficas y profesionales de los directivos de Atención Primaria de Tenerife. Las percepciones se encuentran modeladas por el perfil del individuo así como del equipo en que el encuestado desarrolla su trabajo. Es característica la apuesta por una importante renovación en el cargo en los últimos 4 años.

LOS PUESTOS DE TRABAJO EN UN ÁMBITO ADMINISTRATIVO Y DE INVESTIGACIÓN

O. Solà-Morales, M. Moharra, M. Martí, S. Abilleira y E. Ruis
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Objetivos. Definir en esta primera fase los puestos de trabajo (PT) básicos que deben configurar la carrera profesional de la AATRM, una empresa pública adscrita a un convenio laboral del Servei Català de la Salut vinculada al Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Métodos. Conjuntamente con Bareus Consultors se analizaron los posibles perfiles y se describieron las principales características de las habilidades que configuran los PT, para luego consensuar las características de los PT en un grupo de trabajo integrado por 5 trabajadores (en representación de los distintos roles profesionales previamente existentes en la AATRM) y en los que se incluían también tanto a la representación de los trabajadores como a la dirección.

Resultados. Se describieron la misión, responsabilidades, requisitos, nivel de complejidad, nivel de decisión y habilidades de 7 PT, incluyendo todos los niveles jerárquicos. Durante el proceso se detectaron las capacidades no explotadas y las habilidades no reconocidas de parte del personal.

Conclusiones. La descripción de PT en una institución es un proceso que ayuda al mejor conocimiento de los diferentes perfiles disponibles en la misma y que podría mejorar la planificación futura así como también mejorar la gestión de la institución.