



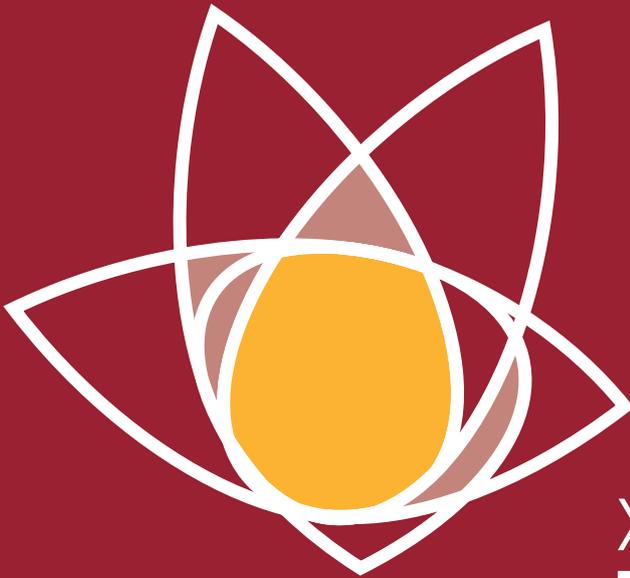
XXXVI
Jornadas de
Economía de la Salud

Las reformas bajo el microscopio

Murcia, 15 al 17 de junio de 2016

www.aes.es/jornadas

Resúmenes de comunicaciones orales y pósteres



XXXVI Jornadas de **Economía de la Salud**

Las reformas bajo el microscopio

© del texto:

Asociación de Economía de la salud

© comunicaciones orales y pósteres:

Sus respectivos autores

© de esta edición:

AES

Imcrea diseño editorial

Maquetación y gestión editorial:

Imcrea diseño editorial · www.imcrea.com

edición electrónica

Barcelona, junio de 2016

ISBN: 978-84-945740-0-9

Los contenidos de la presente publicación no tienen fines comerciales y pueden ser reproducidos haciendo referencia explícita a la fuente. Está permitida la copia, distribución, exhibición y utilización de la obra bajo las siguientes condiciones: se debe mencionar la fuente (Asociación de Economía de la Salud. XXXVI Jornadas de economía de la salud: Las reformas bajo el microscopio. Murcia, 15 a 17 de junio de 2016); se permite la utilización de esta obra con fines no comerciales; solo está autorizado el uso parcial o alterado de esta obra para la creación de obras derivadas, siempre que estas condiciones de licencia se mantengan para la obra resultante.

Índice general

PRESENTATION: <i>Reforms under microscope</i>	4
PRESENTACIÓN: <i>Las reformas bajo el microscopio</i>	6
Comité organizador, Comité científico y Junta directiva de AES	8
Programa científico	9

COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES I: <i>Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (I)</i>	65
MESA DE COMUNICACIONES II: <i>Socioeconomic inequalities in health and health care</i>	67
MESA DE COMUNICACIONES III: <i>Avances en la evaluación económica</i>	69
MESA DE COMUNICACIONES IV: <i>Employment, obesity and care</i>	71
MESA DE COMUNICACIONES V: <i>Evaluación de políticas de salud y servicios sanitarios</i>	72
MESA DE COMUNICACIONES VI: <i>Gasto y utilización de servicios</i>	74
MESA DE COMUNICACIONES VII: <i>Servicios sociosanitarios y cuidados informales</i>	76
MESA DE COMUNICACIONES VIII: <i>Copago</i>	78
MESA DE COMUNICACIONES IX: <i>Determinantes socioeconómicos de la salud</i>	80
MESA DE COMUNICACIONES X: <i>Crisis económica y salud</i>	82
MESA DE COMUNICACIONES XI: <i>Evaluación económica</i>	84
MESA DE COMUNICACIONES XII: <i>Mercado laboral y salud</i>	87
MESA DE COMUNICACIONES XIII: <i>Health-related quality of life</i>	88
MESA DE COMUNICACIONES XIV: <i>Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (II)</i>	91
MESA DE COMUNICACIONES XV: <i>Seguro médico privado, eficiencia y modalidades de gestión</i>	93
MESA DE COMUNICACIONES XVI: <i>Evaluación de políticas y servicios sanitarios II</i>	95
MESA DE COMUNICACIONES XVII: <i>Cáncer</i>	96
MESA DE COMUNICACIONES XVIII: <i>Economic evaluation</i>	99

PÓSTERES

SESIÓN DE PÓSTERES I

<i>Artritis y espondilitis</i>	103
<i>Hábitos y calidad de vida</i>	104
<i>Cáncer (I)</i>	106
<i>Costes y prevención</i>	108

SESIÓN DE PÓSTERES II

<i>Esclerosis múltiple</i>	111
<i>Desigualdades socioeconómicas</i>	113
<i>Cáncer (II)</i>	114
<i>Eficiencia y evaluación</i>	117

SESIÓN DE PÓSTERES III

<i>Psoriasis</i>	118
<i>Hipertensión, ictus y diabetes</i>	120
<i>Acceso y utilización</i>	122
<i>Hepatitis y sida</i>	123

SESIÓN DE PÓSTERES IV

<i>Fracturas, heridas y hemorragias</i>	125
<i>Gobernanza e innovación</i>	127
<i>Evaluación económica</i>	129
<i>Evaluación de servicios</i>	131

Índice de autores	134
-------------------	-----

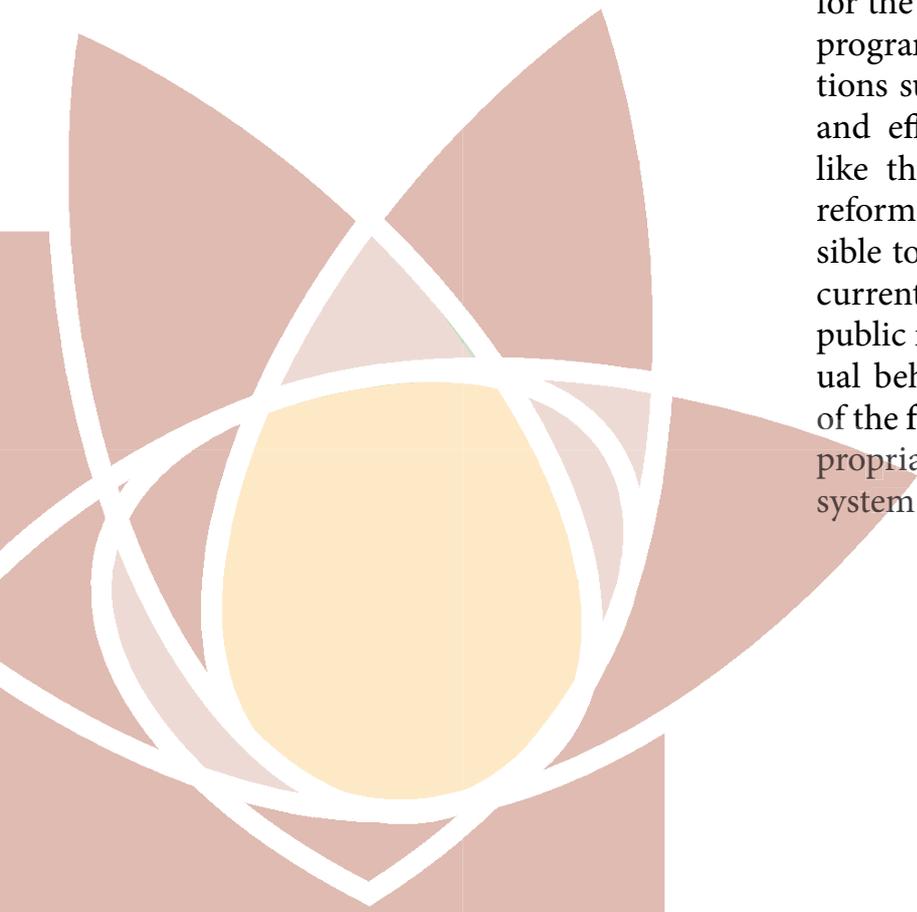
Presentation

Reforms under the microscope

The 36th Health Economics Association Conference will take place in Murcia from 15 to 17 June 2016, with the theme “Reforms under the microscope”. If, as discussed at the previous conference, health should be present in all policies, in order to ensure a health system with levels of quality, equity, efficiency, sustainability and solvency comparable to those around us, we must assess the contribution of each public policy separately along with the coordination between each of them. We hope that the theme of the conferences invites to reflect on the need for fundamental reforms and to scrutinise those that have been implemented, to help to improve system indicators and, in particular, those directly related to health outcomes.

The thirty-sixth Health Economics Association Conference should serve as a meeting point for professionals from all fields related to the health system, from those belonging to the academic field to those involved in the provision of health-care, as well as managers, suppliers and all other health professionals. It will be an opportunity for them to discuss the ways in which we can advance reform and start to move past the gridlock caused by the severe economic crisis of the last seven years and the decisions that have been taken - or not taken - to address it. Many of these reforms were already required before the crisis and we believe that this is the perfect timing for change, in order to have a health system that possess the aforementioned characteristics. We can always opt for the alternative of paresis or stagnation - and we have done - despite knowing its high social opportunity costs.

Consequently, under the theme chosen for the conference this year, the aim of the programme is to shed some light on questions such as: “How can we ensure equity and efficiency in a decentralised system like the current one?”; “What financing reforms would be necessary?”; “Is it possible to maintain the characteristics of the current system with the existing level of public revenue?”; “What role does individual behaviour play within the framework of the fair distribution of health?”; “Are appropriate reforms of the current regulatory system being carried out?”



Responding to these and other issues raised entails the need to use a microscope. If we consider ourselves to be rigorous, there is no alternative but to analyse the complex problems that affect us in great detail. And this necessity is not limited to the level of policy design, but rather must be extended to the application of policies, by engaging actors not only to fulfil them, but to enforce them. The efforts of drafting and enacting legislation will be in vain if these laws are not enforced. We believe that precise knowledge of the problems (which we can gain, if we listen, at the micro level, where the patients, health centres, professionals and practices are) is needed to properly design possible solutions (policy decisions taken at the highest level). This approach should serve to give the process legitimacy, such that it would not only require good governance, but also the fulfilment of commitments to efficiency and improvements at all levels of the system, through appropriate procedures for evaluating performance, commitment, programmes and policies. All of this should be carried out in an environment of accountability and with transparency in both directions, from the micro to the macro sphere and vice versa. Both criteria, good governance and accountability with transparency, complement one another through assessments, which should serve as the basis on which the most appropriate reforms are proposed and undertaken.

At the 2016 Conference, other topics covered in previous conferences will also be discussed. Debating these topics will, certainly, generate enormous interest, much required by our society. We will cover topics ranging from the economic

evaluation of medicinal products and other medical technologies, to innovations in health management; from care for dependent people to drug policy; from the design of incentives to the management of chronicity; and from health output measures to health inequalities, to name just a few of the issues that are traditionally discussed at different sessions during the Conference.

The members of the Organising Committee and Scientific Committee are working hard to ensure that the 36th Health Economics Association Conference is a success. And in our opinion it will be just that if, once the event has come to an end, we feel confident that it has served to deepen the knowledge of the health system and of its economic and management aspects, that it has contributed to the discussion and comparison of opinions of researchers with different professional backgrounds and, ultimately, that it has helped prepare the agenda for reforms that the national health system needs - some quite urgently- to emerge stronger from the economic crisis.

We invite you all to attend the Conference and encourage you to actively contribute. We will do our utmost to make your visit to Murcia a very pleasant experience.

*Organising Committee
and Scientific Committee*

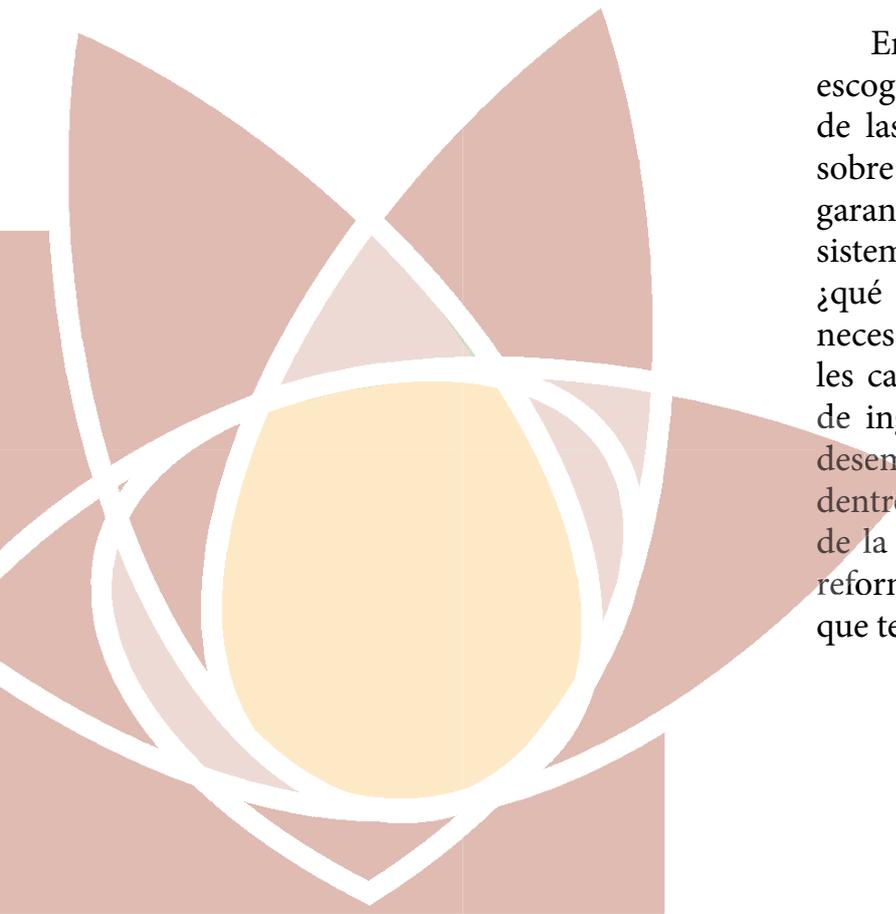
Presentación

Las reformas bajo el microscopio

Del 15 al 17 de junio de 2016 se celebrarán en Murcia las XXXVI Jornadas de Economía de la Salud organizadas por AES con el lema “Las reformas bajo el microscopio”. Si, como se debatió en la anterior edición de las jornadas, la salud debe estar presente en todas las políticas, garantizar un sistema de salud con niveles de calidad, equidad, eficiencia, sostenibilidad y solvencia homologables a los de nuestro entorno exige valorar cuál puede ser la contribución desde cada política pública por separado, pero también desde la coordinación de todas ellas. Pretendemos que el lema de las jornadas sea una invitación a reflexionar sobre la necesidad de realizar reformas de calado y escrutar las que se han acometido, para contribuir a mejorar los indicadores del sistema y, en particular, aquellos directamente relacionados con los resultados en salud.

La trigésima sexta edición de las Jornadas de Economía de la Salud debe ser un punto de encuentro para que profesionales de todos los ámbitos relacionados con el sistema sanitario, desde los pertenecientes al ámbito académico hasta los que desarrollan su tarea en el campo asistencial, pasando por gestores, proveedores y el resto de profesionales, debatan sus visiones acerca de las vías por las cuales podemos avanzar en las reformas y comenzar a salir del atasco que han supuesto una crisis económica tan profunda como la que hemos sufrido en los últimos siete años y las decisiones tomadas u omitidas para afrontarla. Muchas de esas reformas ya eran necesarias antes de la crisis y creemos que el momento actual es propicio para pensar en qué debemos cambiar para tener un sistema de salud con las características citadas. Siempre podemos optar por la alternativa de la pnesia o el inmovilismo —y lo hemos hecho—, pero a sabiendas de su alto coste de oportunidad social.

En consecuencia, al amparo del lema escogido para esta edición, el programa de las jornadas desea arrojar algo de luz sobre preguntas del tipo ¿cómo podemos garantizar la equidad y la eficiencia en un sistema descentralizado como el actual?, ¿qué reformas en la financiación serían necesarias?, ¿es posible mantener las actuales características del sistema con el nivel de ingresos públicos vigente?, ¿qué papel desempeña el comportamiento individual dentro de un marco de distribución justa de la salud?, ¿se están llevando a cabo las reformas adecuadas del sistema regulatorio que tenemos?



La intención de dar respuesta a estas y otras cuestiones genera la necesidad de utilizar el microscopio. Si nos consideramos rigurosos, no cabe otra opción que analizar con mucho detalle los problemas complejos que nos afectan. Y esta necesidad no se circunscribe al nivel del diseño de las políticas, sino que abarca irremisiblemente su aplicación, comprometiendo a los agentes no solo a cumplirlas sino a hacer que se cumplan. Redactar y promulgar leyes se convierte en esfuerzo estéril si esas leyes no se hacen cumplir. Creemos que debe ser el conocimiento preciso de los problemas (el que tiene y puede aportar, si se le escucha, el nivel micro, donde están los pacientes, los centros sanitarios, los profesionales y las prácticas) el que ayude a diseñar adecuadamente las posibles soluciones (las decisiones de política que se toman al más alto nivel). Esta forma de proceder debe servir para conferir legitimidad al proceso, de modo que, desde el buen gobierno que se ha de exigir, también se reclame el cumplimiento de los compromisos de eficiencia y mejora en todos los niveles del sistema, a través de los procedimientos adecuados de evaluación del desempeño, del compromiso, de los programas y de las políticas. Todo ello ha de movilizarse en un entorno de rendición de cuentas y con transparencia en los dos sentidos, de la esfera micro a la macro y viceversa. Ambos criterios, el del buen gobierno y el de la rendición de cuentas con transparencia, se retroalimentan y lo hacen a través de las evaluaciones, que deben constituirse en la base sobre la cual se propongan y emprendan las reformas más adecuadas.

En las Jornadas de 2016 se tratarán también otros temas que han estado presentes en ediciones anteriores. Debatíendo-

los se producirán, sin duda, muchas de las aportaciones de enorme interés que nuestra sociedad tanto necesita. Temas que van desde la evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías médicas hasta las innovaciones en gestión sanitaria, desde la atención a la dependencia hasta la política farmacéutica, desde el diseño de incentivos hasta la gestión de la cronicidad, desde las medidas del output sanitario hasta las desigualdades en salud; por citar solo algunas de las cuestiones que tradicionalmente dan contenido a las distintas sesiones de las Jornadas.

Los miembros de los comités científico y organizador ya estamos trabajando intensamente con el objetivo final de que las XXXVI Jornadas de Economía de la Salud sean un éxito. Y lo serán en nuestra opinión si, una vez clausuradas, tenemos la certeza de que han servido para profundizar en el conocimiento del sistema sanitario y en sus aspectos económicos y de gestión, que han contribuido al debate y la comparación de puntos de vista de investigadores con diferentes perfiles profesionales y, en definitiva, que han ayudado a confeccionar la agenda de reformas que el sistema nacional de salud necesita —algunas de ellas con cierta premura— para salir reforzado de la crisis económica que parece haber quedado atrás.

Os invitamos a todos a asistir a las Jornadas y os animamos a participar activamente con vuestras contribuciones. Haremos todo lo posible para que vuestra estancia en Murcia sea muy grata.

Comité Científico
y Comité Organizador

Comité organizador

PRESIDENTE

Fernando I. Sánchez

VOCALES

José María Abellán
José Eduardo Calle
Francisco Carreño
Miguel Esteban
Vicente Fernández
Diego Fernández
Ángel López
Antonio Losa
Jorge Eduardo Martínez
Ildefonso Méndez
Olga Monteagudo
Pedro Parra
Josep Maria Ramon
Cristina Vilaplana

Comité científico

PRESIDENTE

José María Labeaga

VOCALES

Ruth Puig
Carlos Campillo
Maarten Lindeboom
Jorge Eduardo Martínez

EVALUADORES ABSTRACTS

Isaac Aranda
Cristina Blanco-Perez
Carlos Campillo
David Cantarero
Micaela Comendeiro
Eulalia Dalmau
Ariadna García
Sophie Gorgemans
Cristina Hernández-Quevedo
José María Labeaga
M^a Reyes Lorente
Susana Lorenzo
Laia Maynou
Toni Mora
Aida Moure
Marta Ortega
Luz María Peña
Joan Prades
Maria Jesús Pueyo
Gabriela Restovic
Joan Rovira

Junta directiva de AES

PRESIDENTA

Pilar García-Gómez

VICEPRESIDENTE 1º

José María Abellán

VICEPRESIDENTE 2º

Eduardo Sánchez-Iriso

SECRETARIA

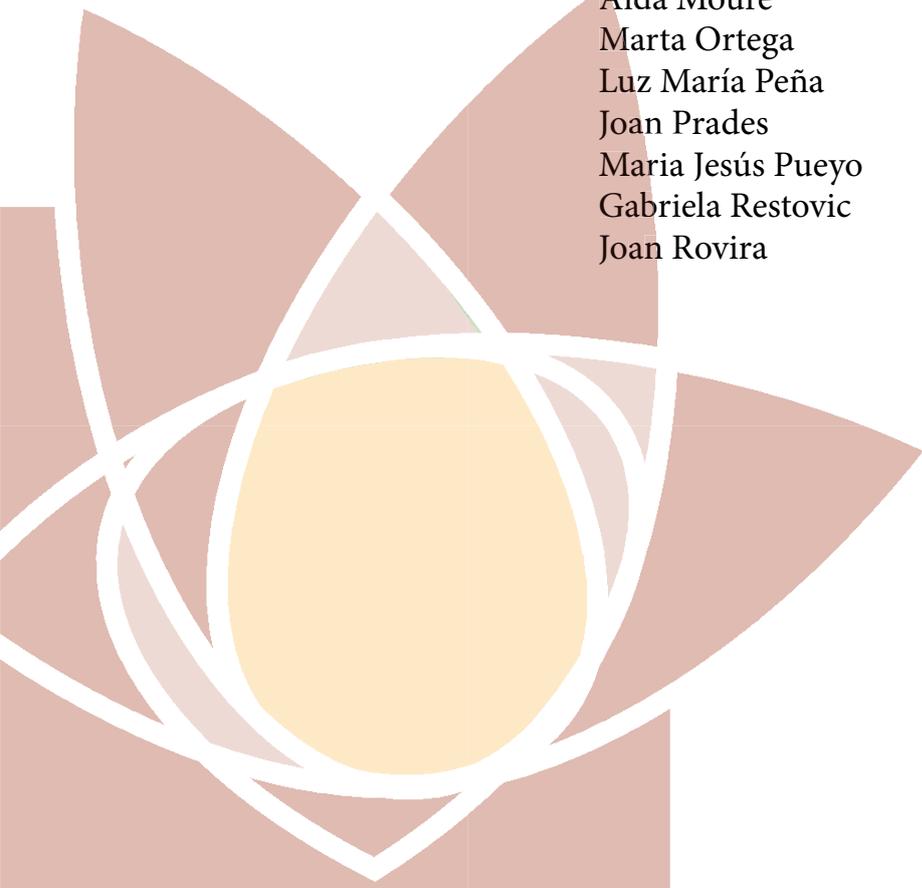
Laura Vallejo-Torres

TESORERO

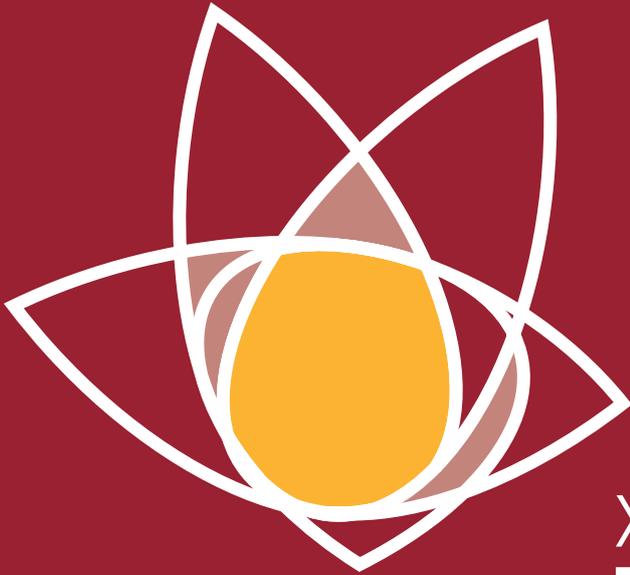
David Cantarero

VOCALES

Toni Mora
Ruth Puig
Javier Mar Medina
Alexandrina Petrova



PROGRAMA CIENTÍFICO



XXXVI Jornadas de
Economía de la Salud

**Las reformas
bajo el microscopio**

Concedido el
**“Reconocimiento de Interés
Científico-Sanitario”** por la
**Consejería de Sanidad de la
Región de Murcia**

Taller Pre-Congresual/ Pre-Conference Workshop

Sede:

Aula 0.1. Aulario de La Merced

Universidad de Murcia. Campus de la Merced



MODELLING CLINICAL TRIALS SURVIVAL DATA FOR COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS IN ONCOLOGY



Coordinador del taller/ Workshop organiser:

Javier Mar

Organización Sanitaria Integrada Alto Deba. Mondragón

Ponentes/ Speakers:

Nicholas Latimer

University of Sheffield

Paul Tappenden

University of Sheffield

09.00 h Registration

09.30 - 09.45 h Introduction: state of economic evaluation using survival analysis in Spain
Javier Mar

09.45 - 11.00 h Introduction to survival analysis. Role of survival models in economic evaluation. NICE guidance
Nicholas Latimer

11.00 - 11.30 h Coffe break

11.30 - 12.30 h Introduction to parametric survival analysis

Nicholas Latimer

12.30 - 13.30 h Exercise on parametric survival analysis with STATA

Nicholas Latimer

13.30 - 15.00 h Lunch

15.00 - 16.00 h Economic modelling incorporating survival analysis.
Partitioned models

Paul Tappenden

16.00 - 17.00 h Exercise on partitioned models with Excel

Paul Tappenden

*El idioma de trabajo será el inglés.

*The workshop will be held in English.

08.30 - 09.30 h **Acreditación y entrega de la documentación**

09.30 - 10.00 h **Acto inaugural**

Salón de actos

10.00 - 11.30 h **SESIÓN PLENARIA/ PLENARY SESSION**

Salón de actos

Moderador/ Chair: Angel López Nicolas

Universidad Politécnica de Cartagena



Rising demand, tighter budgets: what reforms will make ends meet?

Andrew Street. *Centre for Health Economics. University of York*



11.30 - 12.00 h **Pausa-café**

12.00 - 13.30 h **SESIONES PARALELAS/ PARALLEL SESSIONS**

12.00 - 13.30 h

Mesa de Ponencias I

Salón de grados

¿Es socialmente relevante la investigación actual en economía de la salud?

Moderador/ Chair: Carlos Campillo

Servei de Salut de les Illes Balears y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Ponentes/Speakers:

Pau Olivella. *Universitat Autònoma de Barcelona*

José María Labeaga. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*

Juan Oliva. *Universidad de Castilla la Mancha*

Olga Pané. *Hospital del Mar*

12.00 - 13.30 h

Aula F.19

Mesa de Comunicaciones I

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (I)

Moderador/ Chair: Ricard Meneu

Fundación IISS (Instituto de Investigación en Servicios de Salud)

O-01. APLICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN LEAN EN UN HOSPITAL PARA MEJORAR SU EFICIENCIA

Carlos Alberto Díaz; Virginia Braem; Emilio Fabían Restelli; Ignacio Burdet

Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires. Argentina

O-02. ESTUDIO PILOTO SOBRE LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTICRITERIO (ADM) EN EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS Y USO EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA D'HARMONITZACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA (PHF) DEL CATSALUT

Antoni Gilabert-Perramon; Josep Torrent-Farnell; Arancha Catalan; Alba Prat; Manel Fontanet; Sandra Merino-Montero; Mireille M Goethgebeur; Xavier Badia

Gerencia de Farmacia y del Medicamento. Servei Català de la Salut (CatSalut); Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Omakase Consulting S.L.; LASER Analytica and School of Public Health, University of Montreal (Canada)

O-03. PROCESO LEAN PARA REDUCIR EL IMPACTO DEL EVENTO CAIDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Carlos Alberto Díaz; Emilio Fabían Restelli; Viviana Córdoba; Estela Farias

Sanatorio Sagrado Corazón. Buenos Aires. Argentina

O-04. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO PARA EL ACCESO AL MERCADO DE LOS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

Míriam Solozabal; Laura Planellas; Daniel Callejo

HEOR-RWE, IMS Health, Barcelona

O-05. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR

Igor Larrañaga; Myriam Soto-Gordoa; Arantzazu Arrospide; M^a Luz Jauregi; Jesús Millas; Ricardo San Vicente; Jabier Aguirrebeña; Javier Mar

Unidad de Investigación AP-OSI, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Área Médica, OSI Goierri-Alto Urola, Zumarraga; Unidad de Integración Asistencial, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Centro de Salud de Zumarraga, OSI Goierri-Alto Urola, Zumarraga; Unidad de Gestión Sanitaria, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón

12.00 - 13.30 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones II



Socioeconomic inequalities in health and health care

Moderadora/ Chair: Dolores Jiménez

Universidad de Granada

O-06. INEQUALITY IN THE ACCESS TO STEM CELL TRANSPLANTATION BETWEEN REGIONS IN SPAIN BASED ON ECONOMIC FACTORS

Marta Ortega Ortega; Ildfonso Espigado Tocino; Roberto Montero Granados

Applied Economics Department, University of Granada, Granada, Spain; Haematology Department, University Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

O-07. ARE THERE DIFFERENCES IN HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS ON THE BASIS OF NATIONALITY? THE SPANISH CASE

Dolores Jiménez Rubio; Cristina Hernández Quevedo
Universidad de Granada, LSE Health

O-08. INEQUITY IN PUBLIC LONG-TERM CARE USE

Pilar García-Gómez; Helena M Hernández-Pizarro; Guillem López-Casasnovas
ESE; UPF-CRES; UPF-CRES

O-09. DOMAIN-SPECIFIC AND GLOBAL INEQUALITY AVERSION: A HEALTH ECONOMICS INTERPRETATION

Ignacio Abásolo; Aki Tsuchiya
Universidad de La Laguna; University of Sheffield

O-10. DELAYED DISCHARGES AND SOCIAL ISOLATION IN COUNTRIES WITH AN AGEING POPULATION: ENGLAND VERSUS PORTUGAL

Filipa Landeiro; Seamus Kent; M. Kassim Javaid; Alastair Gray; Jose Leal
Health Economics Research Centre, University of Oxford; Nuffield Department of Orthopaedics, University of Oxford

12.00 - 13.30 h
Aula F.21

Mesa de Comunicaciones III

Avances en la evaluación económica

Moderadora/ Chair: Ruth Puig Peiró
Servei Català de la Salut

O-11. ESTIMACIÓN DE UNA TARIFA PARA EL SF-6D A PARTIR DEL SF-12

Jorge Eduardo Martínez Pérez; Fernando I Sánchez; José María Abellán; Jose Carmelo Adsuar
Universidad de Murcia; Universidad de Extremadura

O-12. MAPPING ALGORITHM FOR APPLICATION IN ECONOMIC EVALUATION: FROM 39 ITEMS PARKINSON'S DISEASE QUESTIONNAIRE TO MULTI-ATTRIBUTE UTILITY INSTRUMENTS

Miguel Ángel García Gordillo; Daniel Collado Mateo; José Carmelo Adsuar Sala; Borja del Pozo Cruz; José Manuel Cordero Ferrera; José María Abellán Perpiñán; Fernando Ignacio Sánchez Martínez

Universidad de Murcia

O-13. TÉCNICA BAYESIANA DE CLUSTERING PARA MEDIR LA HETEROGENEIDAD MUESTRAL EN META-ANÁLISIS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS. EL CASO DEL ANÁLISIS CON DATOS BINARIOS

Miguel A. Negrín; Francisco-José Vázquez-Polo; María Martel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; University of Glasgow

O-14. A PROCEDURE FOR DERIVING FORMULAS TO CONVERT TRANSITION RATES TO PROBABILITIES FOR MULTI-STATE MARKOV MODELS

Edmund Jones; David Epstein; Leticia García Mochón

Universidad de Granada; University of Cambridge; Escuela Andaluza de Salud Pública

O-15. SOLUCIONES BAYESIANAS PARA LA EXTRAPOLACIÓN DE DATOS DE SUPERVIVENCIA EN MODELOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Miguel A. Negrín; Julian Nam; Andrew H. Briggs

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; University of Glasgow

13.30 - 15.30 h Almuerzo

13.30 - 14.30 h

Sesión de Pósteres I

Artritis y espondilitis

Moderadora/ Chair: Luz Maria Peña
Universidad Castilla La Mancha

P-01. REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD SOBRE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL Y EN EL HOGAR TRAS 52 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA, EROSIVA, Y GRAVE SIN TRATAMIENTO PREVIO CON FAME

Alejandro Balsa; VP Bykerk; Clifton Bingham; Gerd Burmester; Daniel E. Furst; Xavier Mariette; Oana Purcaru; Brenda VanLunen; Michael Weinblatt; Paul Emery

Servicio Reumatología, Hospital La Paz, Madrid, Spain; Weill Cornell Medical College, Division of Rheumatology, Hospital for Special Surgery, New York, USA; John Hopkins University, Baltimore, USA; Charité - University Medicine, Berlin, Germany; University of California, Los Angeles, USA; Université Paris-Sud, AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Sud, Paris, France; UCB Pharma, Brussels, Belgium; UCB Pharma, Raleigh, USA; Division of Rheumatology, Immunology and Allergy, Brigham and Women's Hospital, Boston, USA; Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine

P-02. CARGA ECONÓMICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA UNIÓN EUROPEA Y FACTORES PREDICTORES DE LOS COSTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Marta Comellas; Clara Gabás; Carles Blanch; Luis Lizán

Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón; Novartis Barcelona

P-03. CARGA ECONÓMICA DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LA UNIÓN EUROPEA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristina Prada; Marta Comellas; Carles Blanch; Luis Lizán

Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón; Novartis Barcelona

P-04. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL ACUERDO DE RIESGO COMPARTIDO (ARC) CON CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA®) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Miguel Ángel Calleja; Emilio Martín Mola; Carlos García Collado; Carlos Rubio-Terrés; Darío Rubio-Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; Hospital Universitario La Paz, Madrid; Health Value, Madrid

Hábitos y calidad de vida

Moderador/ Chair: Eduardo Sánchez-Iriso

Universidad de Navarra

P-05. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DEL COSTE SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Vincenzo Alberto Vella; Anna García-Altes; Lidia Segura García; Nuria Ibañez Martínez; Joan Colom Farran

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Agència Salut Pública de Catalunya

P-06. A TAXONOMY OF TREATING AND PREVENTING PROGRAMS FOR ALCOHOL INTAKE: A SYSTEMATIC REVIEW OF ECONOMIC EVALUATIONS

Marta Trapero-Bertran; Dolors Gil-Doménech

Universitat Internacional de Catalunya

P-07. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y HÁBITOS: NUEVA EVIDENCIA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

Santiago Cernadas Amoedo; Eva Rodríguez Míguez

Universidad de Vigo

P-08. AN ANALYSIS OF THE PSYCHOTROPICS CONSUMPTION DURING THE 2008 ECONOMIC DOWNTURN

Elena Arroyo Borrell; Marc Saez; Gemma Renart; Carme Saurina;

Laura Serra; Andrés Cabrera-León; Antonio Daponte

Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS), University of Girona, Spain; CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP); Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

P-09. ALCOHOL Y EMBARAZO: ESTIMACIÓN DE LA MORBILIDAD Y COSTES EN EDUCACIÓN ESPECIAL POR TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL EN NIÑOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Juan Antonio Ortega-García; Juan Jiménez-Roset; Jose Luis Reverte Orts; Juan Luís Delgado-Marín; Manuel Sánchez-Solís; Juan Antonio Marqués-Espí

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica, Servicio de Pediatría; Medicina Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Director Gerente. Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España DG Salud Pública y Adicciones. Coordinador Regional en Prevención de Drogas. Consejería de Sanidad, Región de Murcia Fundación para Formación e Investigación Sanitaria Región de Murcia

Cáncer (I)

Moderadora/ Chair: Carme Pinyol

Innova Strategic Consulting

P-10. TREATMENT PATTERNS OF METASTATIC MELANOMA IN SPAIN

Ignasi Campos Tapias; Chakkarin Burudpakdee; Arpamas Seetasith; Qiufei Ma

AMGEN SA. Barcelona, Spain; IMS Health, Health Economics and Outcomes Research, Fairfax, VA; University of North Carolina at Charlotte, Charlotte, NC; AMGEN INC. Thousand Oaks, USA

P-11. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DICLORURO DE RADIO-223 EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN ESPAÑA

Meritxell Granell; Cristina de Miguel; Maribel Riera

Market Access, Bayer Hispania S.L.

P-12. COSTE FARMACOLÓGICO DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCM) EN ESPAÑA

Meritxell Granell; Aleix Llorac; Ferran Pérez-Alcántara
Bayer Hispania S.L., departamento de Market Access; Oblikue Consulting S.L.

P-13. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: BIOPSIA DE PRÓSTATA MEDIANTE FUSIÓN DE IMÁGENES

Iker Ustárroz Aguirre; M^a Teresa Acaiturri Ayesta; Elisa Gómez Inhiesto; Carmen León Araujo; M^a Inmaculada Ibarrola Gutiérrez; Iñaki Armentia Arsuaga; Jose Luis Quintas Gómez
Osi Ezkerraldea Enkarterri Cruces

P-14. IMPLICACIONES DEL USO DE LA MEDIANA O LA MEDIA DEL NÚMERO DE CICLOS CUANDO SE ESTIMA EL COSTE DEL TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO

Gozalbo I; Paz S; Lizán L; Granell M
Outcomes'10, Castellón; Bayer Hispania, Barcelona

Costes y prevención

Moderador/ Chair: Isaac Aranda
Universidad de Castilla-La Mancha

P-15. COSTE DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO (DNP) CON PREGABALINA O GABAPENTINA EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Antoni Sicras-Mainar; Javier Rejas-Gutiérrez; Maria Perez-Paramo; Ruth Navarro-Artieda
CAP Vicenç Papaciet. La Roca del Vallès. Barcelona;
Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Pfizer SLU, Alcobendas, Madrid; Departamento Médico, Pfizer GEP SLU, Alcobendas, Madrid; Documentación Médica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona

P-16. COSTO DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN EL PERÚ

Gustavo Silva Paredes; Mario Cornejo Olivas; Miguel Inca Martínez; Keren Espinoza Huertas; Anastasia Vishnevetsky; Pilar Mazzetti; Rosa Urbanos Garrido

Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Escuela de Medicina Perelman de la Universidad de Pennsylvania, Filadelfia, PA, Estados Unidos; Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid, España

P-17. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS COSTES DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Carmen Selva Sevilla; Patricia Romero Rodenas; Marta Lucas Pérez-Romero; María Teresa Tolosa Pérez; Mar Domato Lluch; María Luisa González del Moral; Manuel Gerónimo-Pardo

Área de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha; Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Servicio de Salud Mental. Gerencia de Área Integrada de Almansa; Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

P-18. EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR: EL CASO DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA (OSPLYC)

Santiago Torales; Natalia Jorgensen; Daniel Ferrante; Hernán Pérez; Martín Langsam

ISALUD

P-19. TRASPLANTE RENAL INTERVIVOS: ANÁLISIS DE COSTES

Iñaki Armentia Arsuaga; M^a Teresa Acaiturri Ayesta; Elisa Gómez Inhiesto; M^a Inmaculada Ibarrola Gutiérrez; Miguel Ángel Gómez Rodríguez; Iker Ustárroz Aguirre

OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

14.30 - 15.30 h

Sesión de Pósteres II

Esclerosis múltiple

Moderadora/ Chair: Cristina Colls

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

P-20. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE ALEMTUZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA

David Javierre; Daniel Grau; Francisco Rivero; Jesús González; Marta Casellas

Departamento de Market Access de Sanofi Genzyme

P-21. ESTUDIO DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOBRE LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

E Ruiz-Beato; AP Sempere; J Gimenez-Martinez; J Cuervo; V Vera-López; J Maurino

Health Economics, Roche Farma SA, Madrid, Spain

P-22. PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SON PRIORIDAD EN LA COVA DA BEIRA

Anabela Almeida; Soraia Ferreira; Pedro Inácio; Diogo Fonseca; Zélia Rosa; Pedro Rosado; Luiza Rosado; João Costa; Manuela Santos; Gabriela Vicente; Daniela Baltazar; Carlos Martins; Marciomira Silva; Adelia Vaz; Nuno Caçoete

Universidade da Beira Interior; Centro Hospitalar Cova da Beira; Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira; Novartis

P-23. TRATAMIENTOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA (2004-2015): GASTO Y EVOLUCIÓN

Renata Villoro; Álvaro Hidalgo

Instituto Max Weber, Madrid, España; Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España

P-24. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO CON EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): BETACONNECT TM NAVIGATOR

Granell M; Sanabria M; de Miguel C

Bayer Hispania S.L.

Desigualdades socioeconómicas

Moderador/ Chair: David Cantarero

Universidad de Cantabria

P-25. DESIGUALDAD Y CONVERGENCIA REGIONAL EN ITALIA Y ESPAÑA: UN ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Emanuele Felice; José Miguel Martínez Carrión;

Ramón María-Dolores

Università "D'Anunzio" di Chieti-Pescara, Universidad de Murcia

P-26. REGIONAL HEALTH EXPENDITURE: DOES CRISIS AFFECT CONVERGENCE?

Jesús Clemente; Angelina Lázaro; Antonio Montañés

Universidad de Zaragoza

P-27. GRADIENTE SOCIOECONÓMICO DE LA OBESIDAD, ¿COINCIDEN LOS RESULTADOS SI SE UTILIZAN DIFERENTES MEDIDAS DE OBESIDAD?: EVIDENCIA EMPÍRICA EN CANARIAS

Aránzazu Hernández Yumar; Ignacio Abásolo Alessón; Beatriz

González López-Valcárcel; Itahisa Marcelino-Rodríguez

Universidad de La Laguna; Universidad de Las Palmas de Gran

Canaria; Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra

Señora de Candelaria

P-28. POBREZA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

Juan Rafael Vargas; Yanira Xirinachs-Salazar;

Natalia Carvajal-Sancho

CCP- Universidad de Costa Rica

P-29. INEQUALITIES IN DIABETES MELLITUS PREVALENCE IN THE ELDERLY ACROSS EUROPE

Beatriz Rodríguez Sánchez

Department of Economics, Econometrics and Finance; University of Groningen

Cáncer (II)

Moderadora/ Chair: Licelore Ruiz

Centro Nacional de Oncología

P-30. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE AFATINIB EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO CON MUTACIÓN POSITIVA DEL EGFR DEL EXÓN 19

Alba Ramon; Núria Paladio; Noemí López-Martínez; Carlos Crespo

Boehringer Ingelheim; Oblikue Consulting, Barcelona

P-31. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TEST MULTIGÉNICO ONCOTYPE DX® EN EL SISTEMA VASCO DE SALUD

Oliver Ibarrodo; Arantzazu Arrospide; Isabel Álvarez; Severina Domínguez; Purificación Martínez del Prado; Arrate Plazaola; Javier Mar

Unidad de Investigación AP-OSIs, Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España; Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Donostialdea, Donostia, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Bilbao-Basurto, Donostia, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, Instituto Oncologico de Guipuzcoa, Donostia, País Vasco, España; Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España

P-32. COSTE SANITARIO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL FINAL DE LA VIDA

Elisa Hernandez Torres; Jose Luis Navarro Espigares; Jose Exposito Hernandez; Jaime Espin Balbino; Francisco Miguel Perez Carrascosa; Francisco Javier Ruiz Centeno; Alberto Jimenez Morales; Belen Corbacho Martin; Pilar Gutierrez Cuadra

Complejo Hospitalario Universitario de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de York

P-33. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE DENOSUMAB FRENTE A ÁCIDO ZOLEDRÓNICO PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUELETO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS ÓSEAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Miriam Fernández Delgado; Ignasi Campos Tapias; Montserrat Pérez Encinas

Departamento de Farmacoeconomía y Resultados en Salud, Amgen, SA, Barcelona, España; Área de Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

P-34. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE PANITUMUMAB FRENTE A CETUXIMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO CON RAS NO MUTADO EN ESPAÑA

Miriam Fernández Delgado; Ignasi Campos Tapias

Departamento de Farmacoeconomía y Resultados en Salud, Amgen, SA, Barcelona

P-35. ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

Anna de Prado; Ignasi Campos Tapias; Miriam Fernández Delgado
IMS Health Spain. Health Economics & Outcomes Research, Real-World Evidence Solution; Departamento de Farmacoeconomía y Resultados en Salud, Amgen SA, Barcelona

Eficiencia y evaluación

Moderadora/ Chair: Natalia Pascual

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

P-36. ANALISIS DE LA EFICIENCIA DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA

Juan José Muñoz González; Soledad Ochandorena Juanena; Emilio Ucar Corral

Hospital Universitario Santa Cristina; Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria

P-37. LOS EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA: ¿CONTROVERSIA METODOLÓGICA O IDEOLÓGICA?

Joan Rovira; Juan del Llano; Andrea Vivar

Universidad de Barcelona, Fundación Gaspar Casal

P-38. ANÁLISIS DEL TIPO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS INCLUIDAS EN LOS INFORMES DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS DE 7 AGENCIAS A NIVEL INTERNACIONAL

Ruth Puig-Peiró; Montse Roset; Marta Bosch Garriga; Elisabet Viayna; Antoni Gilabert Perramon; Vanessa Gómez-Navarro

Servei Català de la Salut (CatSalut); IMS Health

P-39. ¿COMO ES DE EFICIENTE LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?

Juan Jose Muñoz Gonzalez; M^a Soledad Ochandorena Juanena; Rosario Azcutia; Carlos López Gómez

Hospital Universitario Santa Cristina; Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria; Dirección Asistencial Centro Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud

14.00 - 15.00 h “SPEAKER’S CORNERS”

Aula F.17

“Speaker’s corner 1”: Current hot topics in health economics

Andrew Street. *Centre for Health Economics. University of York*

Aula F.18



CENTRO NACIONAL DE ONCOLOGÍA SA
Comprometidos con tu Vida

“Speaker’s corner 2”: Some tips for proper design and interpretation of clinical trials

Nicholas Latimer. *University of Sheffield*

15.30 - 17.00 h SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS

15.30 - 17.00 h

Salón de grados

Sesión Organizada I



Cuestiones controvertidas en evaluación económica (EEconAES)

Moderadora/ Chair: Araceli Caro
Escuela Andaluza de Salud Pública

Perspectiva y valoración de recursos

Juan Oliva Moreno

Universidad de Castilla-La Mancha

Medidas de resultados

Marta Trapero Bertran

Universitat Internacional de Catalunya (UIC) y Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF)

Situaciones especiales: enfermedades raras, tratamientos al final de la vida y externalidades

Jaime Espín Balbino

Escuela Andaluza de Salud Pública

15.30 - 17.00 h

Aula F.19



Mesa de Comunicaciones IV

Employment, obesity and care

Moderador/ Chair: Maarten Lindeboom

VU University Amsterdam

O-16. PRIMARY CARE USER'S VOICE IN PORTUGAL

Pedro L Ferreira; Vitor Raposo

CEISUC/FEUC

O-17. UNCONDITIONAL QUANTILE REGRESSIONS ON THE SOCIAL GRADIENT OF OBESITY IN SPAIN 1993-2014

Alejandro Rodríguez Caro; Beatriz González López-Valcarcel; Laura Vallejo Torres

Departamento de Métodos Cuantitativos. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud, Universidad de La Laguna, University College London

O-18. HOW RELATED ARE DIABETES AND DIABETES-RELATED COMPLICATIONS WITH EMPLOYMENT IN AN AGEING SOCIETY? AN ANALYSIS ACROSS EUROPE IN THE CRISIS PERIOD 2006 – 2010

Beatriz Rodríguez-Sánchez; Rob J.M. Alessie; Viola Angelini;

Talitha L Feenstra

University of Groningen

O-19. HIRING SUBSIDIES FOR DISABLED INDIVIDUALS. DO THEY WORK?

Arnau Juanmarti Mestres; Sergi Jiménez-Martín; Judit Vall Castelló

Center for Research in Health and Economics (CRES). Universitat Pompeu Fabra; Department of Economics. Universitat Pompeu Fabra

15.30 - 17.00 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones V

Evaluación de políticas de salud y servicios sanitarios

Moderadora/ Chair: Pilar García-Gómez

Erasmus University Rotterdam

O-20. LA REFORMA EN SALUD Y LA PROTECCIÓN DE RIESGO FINANCIERO EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN COSTA RICA

Pablo Slon; Juan Rafael Vargas; Jorge Campos

Universidad de Costa Rica; Banco Central de Costa Rica

O-21. OPTIONS FOR FORMULARY DEVELOPMENT IN MIDDLE-INCOME COUNTRIES

Karla Hernandez-Villafuerte; Martina Garau; Adrian Towse; Louis Garrison; Simrun Grewal

The Office of Health Economics; University of Washington School of Pharmacy

O-22. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DEL PERMISO DE CIRCULACIÓN POR PUNTOS EN ESPAÑA. ANÁLISIS PROVINCIAL

María Pilar Sánchez González; Francisco Escribano Sotos;

Ángel Tejada Ponce

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete

O-23. MÉTODO DE OPTIMIZACIÓN DE LA PLANTILLA DE PERSONAL EN UN CALL CENTER DE EMERGENCIAS SANITARIAS

José Díaz-Hierro; José Jesús Martín Martín; Angel Vilches Arenas; Maria del Puerto López del Amo González; Clara Varo González; José María Patón Arévalo

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; Universidad de Granada; Universidad de Sevilla; Investigador Independiente; Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

O-24. PROMOTING THE USE OF GENERICS: THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TYPES OF POLICIES

Manuel García-Goñi; Félix Lobo; Roger Feldman

Universidad Complutense de Madrid; Universidad Carlos III de Madrid; University of Minnesota

15.30 - 17.00 h

Aula F.21

Mesa de Comunicaciones VI

Gasto y utilización de servicios

Moderadora/ Chair: Cristina Vilaplana

Universidad de Murcia

O-25. ANÁLISIS POBLACIONAL DEL GASTO EN SERVICIOS SANITARIOS EN CATALUÑA: ¿QUÉ Y QUIÉN CONSUME MÁS RECURSOS?

Emili Vela; Montse Clèries; Vincenzo Vella; Anna García-Altés

Servei Català de la Salut; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

O-26. BED-BLOCKING AND HOSPITAL COSTS SHIFT AFTER LONG-TERM CARE SUBSIDIZATION?

Cristina Vilaplana-Prieto; Joan Costa-Font; Sergi Jiménez-Martín

Universidad de Murcia; London School of Economics; Universitat Pompeu Fabra

O-27. USO DE RECURSOS Y COSTES SANITARIOS ASOCIADOS A LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

Antoni Sicras; Ruth Navarro; Marc Saez

CAP Vicenç Papaciet. La Roca del Vallès. Barcelona.

Documentación Médica. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. GRECS. Universitat de Girona. Girona

**O-28. MOVILIDAD REGIONAL DE PACIENTES:
IMPLICACIONES Y NUEVOS HALLAZGOS EN 2012-2013**

**Carla Blázquez-Fernández; David Cantarero-Prieto;
Marta Pacual-Sáez**
Universidad de Cantabria

**O-29. COSTE DE LAS SESIONES INEFICACES DE UN
PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**

**Carmen Selva Sevilla; Marta Lucas Pérez-Romero; Patricia
Romero Rodenas; Mar Domato Lluch³; María Teresa Tolosa
Pérez; Manuel Gerónimo-Pardo; María Luisa González del
Moral**

*Área de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y
Empresariales de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha;
Servicio de Salud Mental. Gerencia de Área Integrada de Almansa;
Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de
Albacete; Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del
Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Servicio de
Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

17.00 - 17.15 h Pausa-café

17.15 - 18.45 h SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS

17.15 - 18.45 h
Salón de grados

Mesa de Ponencias II

AMGEN

**El establecimiento del umbral
coste- efectividad en el SNS**

Moderador/ Chair: Eduardo Sánchez-Iriso
Universidad Pública de Navarra

Ponente/Speaker: Laura Vallejo
*Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud/
University College London*

Debate:

Pregunta 1: ¿Debemos tener un umbral en España?. En caso afirmativo, ¿en base a qué información debe establecerse dicho umbral?

Pregunta 2: ¿Debemos tener diferentes umbrales o modificadores del umbral en diferentes contextos?

Participan:

Beatriz González López-Valcarcel. *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

Salvador Peiró Moreno. *Centre Superior d'Investigació en Salut Pública (CSISP)*

José María Abellán Perpiñan. *Universidad de Murcia*

17.15 - 18.45 h

Aula F.19

Mesa de Comunicaciones VII

Servicios sociosanitarios y cuidados informales

Moderador/ Chair: Alvaro Hidalgo

Instituto Max Weber

O-30. LOS PRINCIPALES DETERMINANTES EN LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES

Ana María Rodríguez González; Eva Rodríguez Míguez; Ana Clavería

Centro de Salud Altamira (Cantabria); Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo; Atención Primaria, EOXI de Vigo

O-31. IMPACTO Y COSTE DE LA ESTANCIA PROLONGADA POR MOTIVOS NO MÉDICOS (BED-BLOCKING) EN CANTABRIA DURANTE EL PERÍODO 2010-2014

María Amada Pellico López; Ana Fernández-Feito; María Paz-Zulue-ta; Alberto Lana Pérez; David Cantarero Prieto; Marta Pascual Sáez
Gerencia de Atención Primaria (Servicio Cántabro de Salud); Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad de Oviedo); Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Cantabria); Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (Universidad de Cantabria)

O-32. INCIDENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO DE DATOS DE PANEL ESPACIAL

Raúl del Pozo Rubio; Román Mínguez Salido; Francisco

Escribano Sotos; Pablo Moya Martínez; Isabel Pardo García

Departamento de Análisis Económico y Finanzas; Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica; Centro de Estudios Sociosanitarios; Universidad de Castilla-La Mancha

O-33. EFECTO EMPOBRECEDOR DERIVADO DE LA SUSTITUCIÓN DE CUIDADOS INFORMALES POR FORMALES EN PACIENTES CON CÁNCER HEMATOLÓGICO

Marta Ortega Ortega; Raúl del Pozo Rubio

Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Granada; Departamento de Análisis Económico y Finanzas. Universidad de Castilla-La Mancha

O-34. UN ESTUDIO DE LOS COSTES SOCIALES DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DEMENCIAS EN ANDALUCÍA

Manuel Ruiz-Adame Reina; Manuel Correa Gómez

Cuidem; Universidad de Granada

17.15 - 18.45 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones VIII

Copago

Moderador/ Chair: Toni Mora

Universitat Internacional de Catalunya

O-35. INFLUENCIA DEL COPAGO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

Carlos Navarro García; Antonio Sarría

Sin adscripción; ISCIII

O-36. IMPACTO DE LA MODIFICACIÓN DEL COPAGO FARMACÉUTICO (REAL DECRETO-LEY 16/2012) SOBRE LA ADHERENCIA A FÁRMACOS EFECTIVOS TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Beatriz González López-Valcárcel; Julián Librero; Sofía Bauer; Cristóbal Baixauli; Salvador Peiró; Gabriel Sanfélix-Gimeno
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria; CSISP-FISABIO, Valencia; Departamento de Salud de Manises, Valencia; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia

O-37. CAMBIO DE COPAGO DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA Y EQUIDAD: EVIDENCIA EMPÍRICA EN CANARIAS

Cristina Hernández Izquierdo; Ignacio Abásolo Alessón; Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de La Laguna; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

O-38. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y COPAGO FARMACÉUTICO

Sergi Jiménez; Analía Viola
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA; FEDEA

O-39. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS ASOCIADOS AL EMPOBRECIMIENTO DERIVADO DEL COPAGO DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Raúl del Pozo Rubio; Francisco Escribano Sotos; Isabel Pardo García; Román Mínguez Salido; Pablo Moya Martínez
Departamento de Análisis Económico y Finanzas; Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica; Centro de Estudios Sociosanitarios; Universidad de Castilla-La Mancha

17.15 - 18.45 h
Aula F.21

Mesa de Comunicaciones IX

Determinantes socioeconómicos de la salud

Moderadora/ Chair: Marisol Rodríguez
Universidad de Barcelona

O-40. SALUD NUTRICIONAL Y TAMAÑO FAMILIAR EN CATALUÑA DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Ramon Ramon-Muñoz; Josep-Maria Ramon-Muñoz

Universitat de Barcelona; Universidad de Murcia

O-41. HOW DIFFERENT SOCIOECONOMIC CONDITIONS AFFECT ECONOMIC INEQUALITY IN THE CATALAN REGIONS

Laia Maynou Pujolras; Laura Serra Saurina

CISAL, Universitat Pompeu Fabra

**O-42. POLARIZACIÓN Y SALUD EN ESPAÑA:
¿UN PROBLEMA DE ORDENACIONES NO ORDENADAS?**

David Cantarero; Marta Pascual; Carla Blázquez

Universidad de Cantabria. Departamento de Economía

O-43. DESIGUALDADES EN LA DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ARGENTINA. UN ESTUDIO A PARTIR DE LAS ENCUESTAS DE FACTORES DE RIESGO DE 2005, 2009 Y 2013

Natalia Jorgensen; Daniel Ferrante; Rubén Torres; Santiago Torales

Universidad ISALUD

O-44. ANÁLISIS LONGITUDINAL DEL IMPACTO DE LA PRECARIEDAD LABORAL EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (2007-2011)

Beatriz Fornell Puertas; Vivian Benítez Hidalgo; Manuel Correa Gómez; M^a del Puerto López del Amo; José Jesús Martín Martín

Universidad de Granada

18.45 - 20.25 h Asamblea del capítulo español de ISPOR

Salón de grados

20.30 h Recepción de bienvenida

Museo Hidráulico Los Molinos del Río Segura

09.30 - 11.00 h **SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS**

09.30 - 11.00 h
Salón de grados

Mesa de Ponencias III



The new Hepatitis C drugs. International experiences from public healthcare insurers

Moderadora/ Chair: Ruth Puig Peiró
Servei Català de la Salut

Ponentes/Speakers:

Antoni Gilabert. *Servei Català de la Salut*

Gustaf Befrits. *Stockholm läns landsting*

James Palmer. *NHS England*

09.30 - 11.00 h
Aula F.19

Mesa de Comunicaciones X

Crisis económica y salud

Moderadora/ Chair: Rosa M^a Urbanos
Universidad Complutense de Madrid

O-45. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN CATALUNYA EN EL PERIODO 2000-2013 ¿ QUÉ IMPACTO HA TENIDO LA CRISIS ECONÓMICA?

Cristina Colls; Anna Garcia Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)

O-46. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA POBLACIÓN VULNERABLE. ANÁLISIS DEL USO DE SERVICIOS SANITARIOS SEGÚN NIVEL DE COPAGO

Genoveva Barba; Dolores Ruiz-Muñoz; Montse Mías; Cristina Colls; Cristina Adroher; Iria Caamiña; Anna García-Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)

O-47. RECESIÓN ECONÓMICA (2006- 2012) Y AUMENTO DEL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Shirley Beatriz Pérez Romero; Juan José Gascón Cánovas; Pedro Parra Hidalgo; Olga Monteagudo Piqueras

Servicio Murciano de Salud (UD Medicina Preventiva y Salud Pública); Universidad de Murcia (Departamento ciencias socio-sanitarias); Servicio Murciano de Salud – Consejería de Sanidad (Subdirección Gral de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación)

O-48. CRISIS ECONÓMICAS Y SALUD POBLACIONAL: APLICACIONES DE LOS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

José Miguel Martínez Carrión; Antonio David Cámara

Universidad de Murcia y Universidad de Jaén

O-49. ANÁLISIS MULTINIVEL DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL DESEMPLEO DE LARGA DURACIÓN ANTES Y DURANTE EL PERÍODO DE CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA 2004-2011

Vivian Benítez Hidalgo; José Jesús Martín; Maria del Puerto López; Manuel Correa; Beatriz Fornell

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Granada

09.30 - 11.00 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones XI

Evaluación económica

Moderador/ Chair: Miguel Angel Negrín

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

O-50. COSTES EVITABLES POR FALTA DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE EN LAS COLONOSCOPIAS

Daniel Moreno Sanjuán; Nuria García-Agua Soler; Maria A. Gallardo Abollado; Antonio Garcia Ruiz; Maria Jose Gómez Márquez; Carmen Bustamante Rueda

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. UMA-Janssen y Servicio Andaluz de Salud

O-51. COSTE-EFECTIVIDAD DE BAROSTIM PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN ESPAÑA

Marcelo Soto; Laura Sampietro-Colom; Joan Sagarra; Josep Brugada-Terradelles

Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; Hospital Clínic de Barcelona

O-52. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS

Zuzana Špacírová; Leticia García Mochón; María del Puerto López del Amo González; José Jesús Martín Martín; David Epstein; Pilar Ruiz Cabello; Milkana Borges Cosic; Rubén Peces Ramas; Ana Andrade

Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Granada

O-53. MODELO DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA EXCLUSIÓN DE TADALAFILO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. EJERCICIO TEÓRICO

Carlos Miñarro Jiménez; Daniel Callejo Velasco; David Gasche
IMS Health

O-54. ANÁLISIS DE LAS DECISIONES Y CRITERIOS DE COSTE-EFECTIVIDAD EMPLEADOS POR AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (HTA) A NIVEL INTERNACIONAL

Ruth Puig-Peiró; Laura Planellas; Marta Bosch Garriga; Carme Barrull; Antoni Gilabert Perramon; Míriam Solozabal

Servei Català de la Salut (CatSalut); IMS Health

O-55. COSTE ECONÓMICO DIRECTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA BASADO EN REAL WORLD DATA

Vicent Caballer-Tarazona; Inmaculada Saurí-Ferrer; Nagore Fernández-Llanio-Comella; Alejandro San-Martín-Álvarez; Aurea Jordán-Alfonso; David Vivas-Consuelo; José Andres Román Ivorra; Paloma Vela Casasempere

Universitat Politècnica de València. Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud; Oficina de Farmacoeconomía. Subdirección General de Optimización e Integración. Dirección General de Farmacia i Productos Sanitarios. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; Hospital Arnau de Vilanova; Hospital de Elda; Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia; Hospital Universitario General de Alicante

O-56. VALORACIÓN DE ESTADOS DE SALUD CON LA DOBLE LOTERÍA: EFECTOS DE FORMATO

Eva Rodríguez Míguez; José Luis Pinto Prades; Jacinto Mosquera Nogueira

Universidad de Vigo; Universidad de Navarra; Glasgow Caledonian University; SERGAS

09.30 - 11.00 h

Aula F.21

Mesa de Comunicaciones XII

Mercado laboral y salud

Moderadora/ Chair: Laia Maynou

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

O-57. EFECTO DEL DESEMPLEO SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN COSTA RICA, 2000-2013

Marco Castillo Bastos; Fernanda Chacón Mata; Stefanny Quesada Navarro; Karla Anchía Peña; Juan Rafael Vargas; Yanira Xirinachs-Salazar
Universidad de Costa Rica

O-58. PARENTS JOB LOSS AND CHILDREN'S HEALTH

Elena Arroyo Borrell; Marc Saez; Pilar García-Gómez
Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS), University of Girona, Spain; CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP); Erasmus School of Economics, Erasmus University Rotterdam, and Tinbergen Institute, the Netherlands

O-59. SOBREPESO, OBESIDAD Y MERCADO DE TRABAJO EN ESPAÑA. UN ESTUDIO DE DISCRIMINACIÓN

Nuria Benítez Llamazares
Universidad de Málaga

O-60. ¿AFECTA LA OBESIDAD A LAS POSIBILIDADES DE CONSEGUIR UN EMPLEO EN ESPAÑA? DISEÑO DE UN EXPERIMENTO DE CAMPO

José María Ramos; M. Belén Cobacho

Universidad Politécnica de Cartagena

O-61. IMPACTO ECONÓMICO DE POLÍTICAS ACTIVAS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Salvador Puigdengolas Rosas; David Vivas Consuelo; Isabel Barrachina Martínez

Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo; Dpto. de Economía y Ciencias Sociales. Universitat Politècnica de Valencia

11.00 - 11.30 h Pausa-café



11.30 - 13.00 h SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS

11.30 - 13.00 h
Salón de grados

Mesa de Ponencias IV



Medio ambiente y salud: reformas desde una perspectiva multidisciplinar

Moderadora/ Chair: Beatriz González López-Valcarcel

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Retos del derecho ambiental en materia de salud

Eduardo Salazar

Universidad de Murcia

La estrategia de la sanidad ambiental en la salud pública

José María Ordoñez

Presidente de SESA (Sociedad Española de Sanidad Ambiental)

Cambio climático y salud: Impactos y políticas después de París

Xavier Labandeira

*Universidad de Vigo y Florence School of Regulation-Climate,
European University Institute*

11.30 - 13.00 h

Aula F.19



Sesión Organizada II

La crisis económica: un antes y un después en la evaluación económica

Moderadora/ Chair: Carme Pinyol

INNOVA – strategic consulting; Revista Española de Economía de la Salud; Capítulo Español de ISPOR

La crisis económica: un cambio del modelo imprevisto

Carme Pinyol

INNOVA –strategic consulting; Revista Española de Economía de la Salud; Capítulo Español de ISPOR

El reto de incorporar la evaluación económica en la evaluación de medicamentos en Cataluña

Ruth Puig Peiró

Servei Català de la Salut

La incorporación de la evaluación económica en el ámbito hospitalario

M^a Dolores Fraga

Grupo GENESIS-SEFH

¿Y la industria?

Natividad Calvente

MSD; Capítulo Español de ISPOR

11.30 - 13.00 h

Aula F.20



Mesa de Comunicaciones XIII

Health-related quality of life

Moderador/ Chair: Mikel Berdud

The Office of Health Economics

O-62. ESTIMATION OF THE EQ-5D-5L VALUE SET FOR PORTUGAL ? METHODOLOGICAL ISSUES AND PRELIMINARY RESULTS

Pedro L Ferreira; Lara Ferreira; Luís N Pereira; Patrícia Antunes
CEISUC

O-63. COMPARING EQ-5D-3L AND EQ-5D-5L IN THE PORTUGUESE GENERAL POPULATION

Pedro L Ferreira; Lara Ferreira; Luís N Pereira; Patrícia Antunes
CEISUC

O-64. ASSESSING QUALITY OF LIFE OF SELF-REPORTED RHEUMATIC PATIENTS

Pedro L. Ferreira; Sónia P. Gonçalves; Lara N. Ferreira; Luis N. Pereira; Patrícia Antunes; Nélia Gouveia; Ana Rodrigues; Helena Canhão; Jaime Branco

Faculty of Economics, University of Coimbra; EpiReumaPt Investigation Team – Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Instituto Piaget; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; University of the Algarve-ESGHT; Centre for Health Studies & Research-CEISUC, University of Coimbra; Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações (CIEO), Universidade do Algarve; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC) da NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa (NMS/UNL); EpiDoc Unit – Unidade de Epidemiologia em Doenças Crónicas (CEDOC, NMS/UNL); Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN-E.P.E); Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO- E.P.E.)

O-65. UMBRAL DEL COSTE POR AÑO DE VIDA AJUSTADO POR CALIDAD EN ESPAÑA

Laura Vallejo-Torres; Borja García-Lorenzo; Iván Castilla; Cristina Valcárcel-Nazco; Lidia García-Pérez; Renata Linertová; Pedro Serrano-Aguilar

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); Universidad de la Laguna; Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS)

O-66. ASSOCIATION BETWEEN HEALTH RISK BEHAVIOURS: TOBACCO AND ALCOHOL

Ana Maria Reis; Óscar Lourenço; Carlota Quintal

University of Coimbra: FEUC

11.30 - 13.00 h

Aula F.21

Mesa de Comunicaciones XIV

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (II)

Moderador/ Chair: Pedro Parra

Servicio Murciano de Salud

O-67. PLANES DE SALUD ORIENTADOS A LOS GRUPOS DE INTERÉS. DETERMINACIÓN DE ASUNTOS RELEVANTES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Miguel Angel Moyano; Juan María Rivera

Universitat Jaume I

O-68. PROGRAMA INFORMÁTICO DE COMUNICACIÓN INTERNIVELES ASISTENCIALES PARA LA REVISIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Rocío Broseta Solaz; M^a Teresa Vallés Martínez; Juan Vicente Climent Sáez; Vicent Gea Caballero; Sergio García Vicente

Farmacéutica de Atención Primaria. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent; Farmacéutica del Programa REFAR. Subdirección General de Optimización e Integración Terapéutica (Fundación Investigación

FIHGU). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios-GVA; Consultor Abucasis. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent; Director de Atención Primaria. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent; Gerencia. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent



O-69. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN EN OSAKIDETZA DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Myriam Soto-Gordoa; Arantzazu Arrospide; Marisa Merino; Joana Mora; Ane Fullaondo; Igor Larrañaga; Esteban de Manuel; Javier Mar

Unidad de investigación AP-OSIs Gipuzkoa OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; OSI Tolosaldea, Tolosa; Deusto Business School, Bilbao; Kronikune, Barakaldo

Comunicación correspondiente al proyecto de investigación ganador de la XXIV Edición de la Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios financiada por la Asociación de Economía de la Salud y Bayer Healthcare

O-70. COSTE ESTÁNDAR POR PACIENTE HOSPITALIZADO. DEL COSTE OBSERVADO A SU VALOR BENCHMARK PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Pietro Chiarello; Francesc Cots; Micaela Comendeiro; Manuel Ridaó; Carola Orrego

Institut Mar d'Investigacions Mèdiques, Parc de Salut Mar de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica - Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón; Centro de Investigación Biomédica - Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón; Instituto Universitario Avedis Donabedian

O-71. ANOMALÍAS Y PATRONES INUSUALES EN LOS DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 2003-2014

Christian González; Jaime Pinilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

13.00 - 15.00 h **Almuerzo**

13.00 - 14.00 h **Sesión de Pósteres III**

Psoriasis

Moderador/ Chair: Jaime Espín

Escuela Andaluza de Salud Pública

P-40. USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE. EFICACIA MÁXIMA Y EFICIENCIA NO SON INCOMPATIBLES

Carles Blanch; Montse Figueras; Miriam Prades

Novartis Pharmaceuticals, Outcome 10

P-41. CALIDAD DE VIDA Y EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

Almudena Mateu Puchades; Juan Jose Vialta Corell; María M. Morales Suárez-Varela; Belén García Cárceles

Servicio de Dermatología Hospital Doctor Peset; Universitat de València

P-42. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS EN ESPAÑA

Almudena González Domínguez; María Merino; Margarita Jiménez; Santiago Alfonso; Gregorio Carretero; Albert Ledesma; Carles Blanch; Álvaro Hidalgo; Grupo SROI-Psoriasis

Instituto Max Weber, Madrid, España; Acción Psoriasis; Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología; Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, España; Novartis, Barcelona, España; Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; Grupo SROI-Psoriasis

P-43. LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL “SOCIAL RETURN ON INVESTMENT”: UNA APLICACIÓN EN PSORIASIS

Álvaro Hidalgo; Almudena González Domínguez; Margarita Jiménez; Yoana Ivanova; María Merino; Santiago Alfonso; Gregorio Carretero; Albert Ledesma; Carles Blanch; Grupo SROI-Psoriasis
Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; Instituto Max Weber, Madrid, España; Acción Psoriasis; Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología; Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, España; Novartis, Barcelona, España; Grupo SROI-Psoriasis

Hipertensión, ictus y diabetes

Moderador/ Chair: Lluís Bohigas

P-44. COMPARACIÓN DEL COSTE-UTILIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA PREVENCIÓN DE ICTUS EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA

Stéphane Soulard; Carlos Crespo; Manuel Monreal; Anuraag Kensal
Departamento de Economía de la Salud y Resultados en Salud, Boehringer Ingelheim España; Unidad de Medicina Vascular, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol University Hospital, Badalona, España; Evidera, Bethesda, EEUU

P-45. OBSERVANCIA TERAPÉUTICA Y RESULTADOS EN SALUD DEL USO DE FÁRMACOS EN COMBINACIONES A DOSIS FIJAS O LIBRES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Celia Muñoz; Reyes Maroto; Félix Lobo
Universidad Carlos III de Madrid

P-46. MORTALIDAD Y USO DE FÁRMACOS EN COMBINACIÓN FIJA O LIBRE PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Enrique Rodilla; Reyes Maroto; José Luis Trillo; Rut Usó; Jose Maria Pascual; Felix Lobo
Hospital Universitario de Sagunto, Universidad Carlos III de Madrid, Universidad CEU Cardenal Herrera, Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, Universidad de Valencia

P-47. EFICIENCIA DE LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA DESPUÉS DE UN ICTUS: PERFIL DE PACIENTES, MEJORA FUNCIONAL Y EFICIENCIA

Marco Inzitari; Carles Loran; Laura Mónica Pérez; Miquel Gallofré; Anna Barrios; Jordi Casino; M^a José Merino

Parc Sanitari Pere Virgili

P-48. COSTE POR PACIENTE RESPONDEDOR A LIXISENATIDA E INSULINA GLULISINA BASAL PLUS Y BASAL BOLO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Mireia Delgado; Marta Rubio; Marion Afonso

HEOR Sanofi España, HEOR Sanofi Global

Acceso y utilización

Moderador/ Chair: Raul del Pozo

Universidad de Castilla La Mancha

P-49. THE IMPACT OF RESTRICTED ACCESS TO THE HEALTH CARE SYSTEM

Judit Vall Castelló; Guillem Lopez Casasnovas; Arnau Juanmartí

Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra

P-50. EL ACCESO AL MERCADO PARA TEST DE DIAGNÓSTICO IN VITRO EN ESPAÑA

Natàlia Arrabal; Itziar Escudero

Insights in Life Sciences

P-51. IMPACTO DE LA REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS, ANTITROMBÓTICOS Y PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Vanessa Gómez-Navarro; Jaume Puig-Junoy; Beatriz González López-Valcárcel; Santiago Rodríguez-Feijóo

Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión; Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Departamento de Economía y Empresa. Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF); IMS Health

**P-52. ACCESO A LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO
COMO SERVICIO PÚBLICO EN ARGENTINA**

Lautaro Renati; Javier Guiridlian

Univesidad FASTA; Universidad Católica Argentina

**P-53. EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN EL NIVEL DE
GASTO EN SEGURO MÉDICO PRIVADO EN ESPAÑA**

Waleska Sigüenza; Alaitz Artabe

Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Hepatitis y sida

Moderador/ Chair: Joan Rovira

*Universidad de Barcelona, SOIKOS SL y Centro de Investigación en
Economía y Salud (CRES)*

**P-54. EVIDENCIA CLÍNICA DEL SISTEMA GUIADO POR
IMAGEN PARA CIRUGÍA HEPÁTICA (CASCINATION).
ANÁLISIS DE COSTES**

**Asun Gutiérrez; Juan Carlos Bayón; Eva Reviriego; Lorea Galnares;
José Asua**

*Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba). Dpto. Salud.
Gobierno Vasco*

**P-55. EL TRATAMIENTO CON LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR EN
PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA NAÏVE GENOTIPO 1
Y FIBROSIS LEVE ES MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EN PA-
CIENTES CON FIBROSIS SIGNIFICATIVA**

María Buti; Raquel Domínguez-Hernández; Miguel A Casado

*Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona; Pharmacoeconomics
& Outcomes Research Iberia, Madrid*

**P-56. COSTES NO SANITARIOS DE LA HEPATITIS C:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Natàlia Pascual-Argenté; Jaume Puig-Junoy; Anna Llagostera-
Punzano**

*UPF Barcelona School of Management; Center for Research in Health
and Economics (CRES-UPF); Departamento de Economía y Empresa*

P-57. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL TRIPLE EN PACIENTES CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA

José Manuel Martínez Sesmero; Javier Sánchez Rubio; José Luis Poveda; Esteve Ribera; Rafael Rubio; Juan Pasquau; Alejandro Pérez Mitru; Beatriz Hernández Novoa; Celia Roldán

Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, Spain; Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Spain; Servicio de Farmacia, Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Valencia, Spain; Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain; Unidad de Infección VIH, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain; Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, Spain; Oblikue Consulting S.L., Barcelona, Spain; Bristol-Myers Squibb, Madrid, Spain; Bristol-Myers Squibb, Madrid, Spain

14.00 - 15.00 h

Sesión de Pósteres IV

Fracturas, heridas y hemorragias

Moderadora/ Chair: Anna García-Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

P-58. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Cristina Colls; Saúl Barreales; Anna Garcia Altés

Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS); Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic

P-59. EVALUACIÓN DEL ALCANCE EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HERIDAS Y COSTE ASOCIADO A SU TRATAMIENTO

Sonia Almansa; Encarnación Hernández; Susana Aceituno;

Ana Belén Rodríguez; Gregorio Castellanos; Pablo Fernández

Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); Departamento de Economía de la Salud de Smith & Nephew (Barcelona)

P-60. MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS EN PACIENTES TRATADOS CON DABIGATRÁN: ¿QUÉ OPINAN LOS EXPERTOS Y CUÁL ES EL COSTE? RESULTADOS DEL ESTUDIO DECOVER (DELPHI EN ANTICOAGULACIÓN ORAL Y REVERSIÓN DE SU ACCIÓN) E IMPACTO ECONÓMICO

Soulard S; Vicente V; Martín A; Roldán V; Mateo J; González-Porras JR; Lecumberri R; Coll-Vinent B; Marco P; Suero C; Crespo C; Portabella E; Camats M; Pérez M
Boehringer Ingelheim

P-61. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE EFMOROCTOCOG ALFA EN ESPAÑA

Iván Silva Romero; Karl-Johan Myren; Véronique Lauzon
Swedish Orphan Biovitrum S.L.; Swedish Orphan Biovitrum AB; International Market Access Consulting GmbH

P-62. BUDGET IMPACT MODEL RELATED TO THE INTRODUCTION OF THE NEW ACL TOP 50 SERIES INSTRUMENT

Laura Guarga Solé; Itziar Escudero Roldán; Karan Verma
Insights in Life Sciences; Instrumentation Laboratory

Gobernanza e innovación

Moderadora/ Chair: Myriam Soto
OSI Alto Deba

P-63. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO EN URUGUAY. LAS CLAVES DE UNA REFORMA EN CURSO

Luis Lazarov; Federico Penino
Sindicato Médico del Uruguay

P-64. MODELOS DE OPTIMIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA EN HOSPITALES CUBANOS

Manuel Alejandro Betancourt Odio; Sandra Despaigne; Antonio Javier Ramos Llanos; Angelina Lázaro Alquézar
Universidad Pontificia Comillas; Centro de Investigación Biofísica Médica en Santiago de Cuba, Cuba; Universidad de Zaragoza

P-65. IMPROVING BOARDS'S PERFORMANCE FOR BETTER HOSPITAL GOVERNANCE

Vítor Raposo; Vanessa Santos
CEISUC/FEUC

P-66. ¿ES POSIBLE IMPLEMENTAR LOS GRD EN COLOMBIA?

Ariel Cortés; Yuri Gorbaneff; Sandra Agudelo; Francisco Yepes
Pontificia Universidad Javeriana

P-67. ANÁLISIS DEL MODELO CRGS (CLINICAL RISK GROUPS) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

M^a Magdalena Millá Perseguer; M^a Natividad Guadalajara Olmedo; Luís Lizán Tudela; David Vivas Consuelo; Paula Moreno Ruiz
Consellería de Sanidad, Generalitat Valenciana; Cièg. Universitat Politècnica de Valencia; Universidad Jaime I de Castellón

P-68. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT TOOLBOX FOR EMERGING SETTINGS. BEST PRACTICES AND RECOMMENDATIONS

Araceli Caro Martínez; Jaime Espín Balbino; Alexandre Lemgruber; Fernanda Lessa; Leticia García Mochón; Antonio Olry de Labry Lima; Eva Martín Ruiz; Román Pérez Velasco; Francisco Caccavo
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Pan American Health Organization (PAHO)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Evaluación económica

Moderadora/ Chair: Leticia García
Escuela Andaluza de Salud Pública

P-69. EFICIENCIA DE LA TERMOPLASTIA BRONQUIAL EN ASMA SEVERO NO CONTROLABLE

Sergio Márquez-Pelez; Juan Máximo Molina Linde; Ana María Carlos Gil; Carmen Navarro Palenzuela; Maria Piedad Rosario Lozano; Soledad Benot López
Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía (AETSA)

P-70. IMPLANON NXT® VERSUS ORAL CONTRACEPTION USE: BUDGET IMPACT ANALYSIS FROM THE NATIONAL HEALTH SYSTEM PERSPECTIVE IN SPAIN

Iñaki Lete; Gonzalo Nocea; Virginia Lozano

*Departamento de Ginecología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria;
Departamento de Outcomes Research, Merck Sharp and Dohme Ltd,
Madrid*

P-71. TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA (QOLIE-89) PARA LA POBLACIÓN PORTUGUESA

Claudia Santos; Anabela Almeida; Luiza Rosado

UBI

P-72. ASSESSING THE SOCIETAL VALUE IN RARE DISEASES: A STATED PREFERENCE DISCRETE CHOICE EXPERIMENT IN PATIENTS WITH RARE DISEASES IN ITALY

Julio Lopez Bastida; Juan Manuel Ramos Goñi; Isaac Aranda Reneo; Marta Trapero Beltrán; Armando Magrelli; Domenica Taruscio; Beatriz Rodriguez Martin

*Universidad Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. Toledo. Spain;
Executive office. EuroQol Research Foundation. Rotterdam. The Netherlands. Istituto Superiore di Sanita – National Centre for Rare Diseases. Rome. Italy*

Evaluación de servicios

Moderadora/ Chair: Sophie Gorgemans

Universidad de Zaragoza

P-73. TELEDERMATOLOGÍA COMO SISTEMA DE TRIAJE PARA PRIORIZAR LA ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

Sofía de Asís Cuestas; Almudena Mateu Puchades; Belén García Cárceles

Hospital Universitario Doctor Peset; Universitat de València

P-74. COSTE/EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE RIESGOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN GERIATRÍA

Josefina Alonso Fernández; María Dolores Menéndez Fraga; Carlota Salmerón Menéndez; Paula Salmerón Menéndez; Cristina Suárez Rodríguez; Fernando Vázquez Valdés

Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Monte Naranco

P-75. RETORNO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA LACTANCIA MATERNA. IMPACTO ECONÓMICO EN LA DISMINUCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS

Ferrán Campillo López; Juan Ant Ortega García; Almudena Pernas-Barahona; Concepción Martínez Romero; Manuel Sánchez-Solis; Clara Miranda López; Juan Ant Marqués Espí

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Servicio de Pediatría. Enfermería materno-infantil. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

P-76. ECONOMIC IMPACT OF A NEW RAPID PCR ASSAY FOR DETECTING INFLUENZA VIRUS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT AND HOSPITALIZED PATIENTS

Marcelo Soto; Anna Vilella; Efraín Pantoja; María Asenjo; Ruth Arjona; Juan Carlos Hurtado; Antoni Trilla; Míriam José Álvarez-Martínez; Aurea Mira; Jordi Vila; María Angeles Marcos

Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; Hospital Clínic de Barcelona

13.30 - 14.30 h “SPEAKER’S CORNERS”

Aula F.17

“Speaker’s corner 3”: Tips to publish in good journals

Donal Kenkel. *Cornell University - Department of Policy Analysis & Management (PAM); National Bureau of Economic Research (NBER)*

Aula F.18

“Speaker’s corner 4”: Condiciones necesarias para competir en proyectos internacionales

Marta Trapero. *Universitat Internacional de Catalunya*

15.00 - 16.30 h SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS

15.00 - 16.30 h

Salón de grados



Daiichi-Sankyo

Mesa de Ponencias V

Advances in measuring and valuing QALYs

Moderadora/ Chair: Laura Vallejo

Servicio Canario de Salud

Ponentes/Speakers:

Adrian Towse. *Office of Health Economics, UK*

José Luis Pinto Prades. *Universidad de Navarra*

Juan Manuel Ramos-Goñi. *EuroQol Group*

15.00 - 16.30 h

Aula F.19

Mesa de Comunicaciones XV

Seguro médico privado, eficiencia y modalidades de gestión

Moderador/ Chair: Sergi Jiménez

Universitat Pompeu Fabra

O-72. IS PRIVATE HEALTH INSURANCE WHITEWASHING LONG-TERM CARE INSURANCE DEMAND? EVIDENCE FOR SPAIN

Sergi Jiménez-Martín; José M. Labeaga-Azcona; Cristina Vilaplana-Prieto

Universitat Pompeu Fabra; UNED; Universidad de Murcia

O-73. FORMAS DE GESTIÓN Y EFICIENCIA: EVIDENCIA EN EL SECTOR HOSPITALARIO ESPAÑOL

Sophie Gorgemans; Olga Urbina Pérez

Universidad de Zaragoza; Dirección y organización de empresas

O-74. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA ELECCIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA (2005-2014): ¿ES DETERMINANTE LA

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES?

Ignacio Abásolo; Miguel A. Negrín; Jaime Pinilla

Universidad de La Laguna; Universidad de las Palmas de Gran Canaria

O-75. INCLUSIÓN DE LA CALIDAD EN LA MEDIDA DE LA EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

Luis Herrero Tabanera; Carmen Pérez Romero; José Jesús Martín Martín; María del Puerto López del Amo González; Maribel Ortega Díaz

Control de Operaciones, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba; Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada; Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Jaén

O-76. EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2010-2012)

Carmen Pérez Romero; M^a Isabel Ortega Díaz; José Jesús Martín Martín; Luis Herrero Tabanera

Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de Jaén; Universidad de Granada; Hospital Infanta Margarita del Servicio Andaluz de Salud

15.00 - 16.30 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones XVI

Evaluación de políticas y servicios sanitarios II

Moderadora/ Chair: Sandra García Armesto

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)

O-77. LECCIONES Y DESAFÍOS DE UNA REFORMA EN CURSO EN URUGUAY UNA VISIÓN NO OFICIAL

Carlos Grau Pérez; Luis Lazarov; Gustavo Mieres; Ignacio Olivera

Centro de Investigaciones Económicas

O-78. IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURAS DEPORTIVAS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTE UTILIZANDO DATOS GEOCODIFICADOS: EVIDENCIA A PARTIR DE MODELOS MULTINIVEL

Jaime Pinilla; Rafael Suárez; Carla Melián
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

O-79. MODELLING THE VALUE OF EARLY ACCESS SCHEMES AND ADAPTIVE PATHWAY APPROACHES

Mikel Berdud García-López; Amanda Cole; Jorge Mestre-Ferrandiz; Adrian Towse
Office of Health Economics (OHE)

O-80. MULTI-INDICATION PRICING: PROS, CONS AND APPLICABILITY TO THE UK

Jorge Mestre-Ferrandiz; Adrian Towse; Renato Dellamano; Michele Pistollato
Office of Health Economics; MME Europe and ValueVector; Rivers Associates

O-81. A NEW FUNDING MODEL FOR A NEW CHRONIC-CARE FOCUSED HEALTHCARE SYSTEM IN AUSTRALIA

Manuel García-Goñi; Francesco Paolucci
Universidad Complutense de Madrid; Murdock University

15.00 - 16.30 h
Aula F.21

Mesa de Comunicaciones XVII

Cáncer

Moderador/ Chair: Carlos Campillo
Servei de Salut de les Illes Balears

O-82. LA CARGA ECONÓMICA DEL CÁNCER DE OVARIO EPI-TELIAL EN ESPAÑA: ESTUDIO OVARCOST

Laura Delgado-Ortega; Almudena González-Domínguez; Grupo Ovarcost; Margarita Jiménez; Álvaro Hidalgo; Luis Cordero; Renata

Villoro; Néboa Zozaya; Lucía Martínez; Amaya Gascó

Departamento HEOR AstraZeneca, Madrid, España; Weber, Economía y Salud, Madrid, España; Grupo Ovarcost; Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; Departamento Médico, AstraZeneca, España

O-83. LOS COSTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORECTAL SEGÚN ESTADÍO CLÍNICO EN ESPAÑA

Javier Mar; Jose Errasti; Myriam Soto-Gordoa; Gilen Mar-Barrutia; José Miguel Martínez-Llorente; Severina

Domínguez; Juan José García-Albás; Arantzazu Arrospide

Unidad de Investigación AP-OSI, Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Servicio de Cirugía, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz; Departamento de Contabilidad, Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz; Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz

O-84. MEDICIÓN DE UTILIDADES EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PREFERENCIAS DE PACIENTES VS. PREFERENCIAS SOCIALES

María Benítez; Jorge E. Martínez; Elisa García-Garre; Fernando I. Sánchez; Rosa Castellanos; José M^a Abellán; Francisco Ayala

Hospital Morales Meseguer, Murcia; Universidad de Murcia

O-85. LOGRANDO RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER, MEDIANTE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

Licelore Ruiz; José Luis Mayorca; María Fernanda Silva; Slenavy Meneses; Diana Rangel; Diego Puentes

Famisanar EPS y Centro Nacional de Oncología

O-86. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLON-RECTAL EN EL PAÍS VASCO

Arantzazu Arrospide; Isabel Idigoras; Javier Mar; Myriam Soto-Gordoa; Harry de Koning; Isabel Portillo; Eunáte Arana-Arri; Iris Lansdorp-Vogelaar

Unidad de investigación AP-OSIs Gipuzkoa, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Programas de Detección del Cáncer Colorrectal y Cribado Prenatal, Osakidetza, Bilbao; Department of Public Health, Erasmus University, Rotterdam; Unidad de Epidemiología Clínica, OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Barakaldo

16.30 - 16.45 h Pausa-Café

16.45 - 17.45 h SESIÓN PLENARIA / PLENARY SESSION

Salón de actos **Moderadora/ Chair: Pilar García-Gomez**
Erasmus University Rotterdam

Economía de la salud: ¿mestizaje o contumacia identitaria?

Juan José Artells. *Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona*
Lluís Bohigas

Joan Rovira. *Universidad de Barcelona, SOIKOS SL y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)*

17.45 - 19.45 h Asamblea General de Socios

Salón de grados

21.30 h Cena de las Jornadas

Finca Buenavista

10.00 - 11.30 h SESIONES PARALELAS / PARALLEL SESSIONS

10.00 - 11.30 h
Salón de grados

Mesa de Ponencias VI

Propuestas de reforma de la sanidad pública ¿Estancadas?

Moderador/ Chair: Vicente Ortún
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Ponentes/Speakers:

Gaspar Tamborero. *Centro de Salud del Coll d'en Rabassa, Palma de Mallorca*

Sandra García Armesto. *IACS, Zaragoza*

Manuel del Castillo. *Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*

10.00 - 11.30 h
Aula F.19

Sesión Organizada III



Evaluación de Políticas y Servicios de Salud (EvaluAES)

Moderadora/ Chair: Laura Vallejo
Servicio Canario de Salud

Healthy/unhealthy breakfast teenagers' choice: an experiment combining a nutritional training program and the promotion of unhealthy products

Mora, Toni & González López-Valcárcel, Beatriz
Universitat Internacional de Catalunya

Propuesta de clasificación de los hospitales públicos en España según su productividad, eficiencia y nivel de desempeño

Bernal-Delgado, Enrique; Comendeiro-Maaloe, Micaela; Gorgemans, Sophie; Ridaó, Manuel

Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón; Universidad de Zaragoza

Why are there differences in HTA recommendations across countries? An in-depth case study analysis exploring the interface between the macro and micro-level factors influencing these decisions

Laia Maynou, Elena Nicod, Erica Visintin, John Cairns

London School of Hygiene and Tropical Medicine; London School of Economics

10.00 - 11.30 h

Aula F.20

Mesa de Comunicaciones XVIII



Economic evaluation

Moderador/ Chair: Antoni Sicras

Badalona Serveis Assistencials

O-87. LONG-TERM COST UTILITY ANALYSIS OF IDEGLIRA VS. BASAL-BOLUS INSULIN INTENSIFICATION THERAPIES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES INADEQUATELY CONTROLLED ON BASAL INSULIN IN SPAIN

Antonio Ramirez de Arellano; Miriam Prades; Luis Lizán

HEOR Europe, Novo Nordisk, Madrid, Spain; Outcomes'10, Universidad Jaume I, Castellón, Spain

O-88. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF REAL-TIME CONTINUOUS MONITORING GLUCOSE COMPARED TO SELF-MONITORING BLOOD GLUCOSE FOR DIABETES MELLITUS IN SPAIN

Borja García-Lorenzo; Amado Rivero Santana; Laura Vallejo-Torres; Iván Castilla-Rodríguez; Sonia García Pérez; Lidia García Pérez; Jorge Ferrer; Lilisbeht Perestelo-Pérez

Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); Centro de Investigaciones Biomédicas de Canarias (CIBICAN); Departamento de Ingeniería Informática y de Sistemas, Universidad de La Laguna; Instituto de Salud Carlos III; Health Economics Group of Erasmus University Rotterdam; Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)

O-89. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF THE PROFHER TRIAL: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL COMPARING SURGICAL VERSUS NON-SURGICAL TREATMENT OF ADULTS WITH DISPLACED FRACTURES OF THE PROXIMAL HUMERUS

B. Corbacho; A. Duarte; A. Keding; H. Handoll; LH. Chuang; David Torgerson; S. Brealey; L. Jefferson; C. Hewitt and A. Rangan on behalf of the ProfHER trial group*

York Trials Unit, Health Sciences Department, University of York, York, UK; Centre for Health Economics, University of York, York, UK; Health and Social Care Institute, School of Health and Social Care, Teesside University, Middlesbrough, UK; Pharmerit Europe, Rotterdam, The Netherlands; Department of Orthopaedic Surgery, James Cook University Hospital, Middlesbrough, UK

O-90. LONG-TERM COST EFFECTIVENESS ANALYSIS OF IDEGLIRA VS GLP-1 ADDED TO BASAL INSULIN AS INTENSIFICATION THERAPIES IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN SPAIN

Miriam Prades; Luis Lizan; Antonio Ramirez de Arellano

Outcomes'10, Universidad Jaume I, Castellón, Spain; HEOR Europe, Novo Nordisk, Madrid, Spain

11.30 - 12.00 h Pausa-Café

12.00 - 12.30 h Acto de entrega de premios y Beca de Investigación
Salón de actos



12.30 - 14.00 h **SESIÓN PLENARIA / PLENARY SESSION**

Salón de actos



Moderador/ Chair: Jose M^a Labeaga

Universidad Nacional de Educación a Distancia

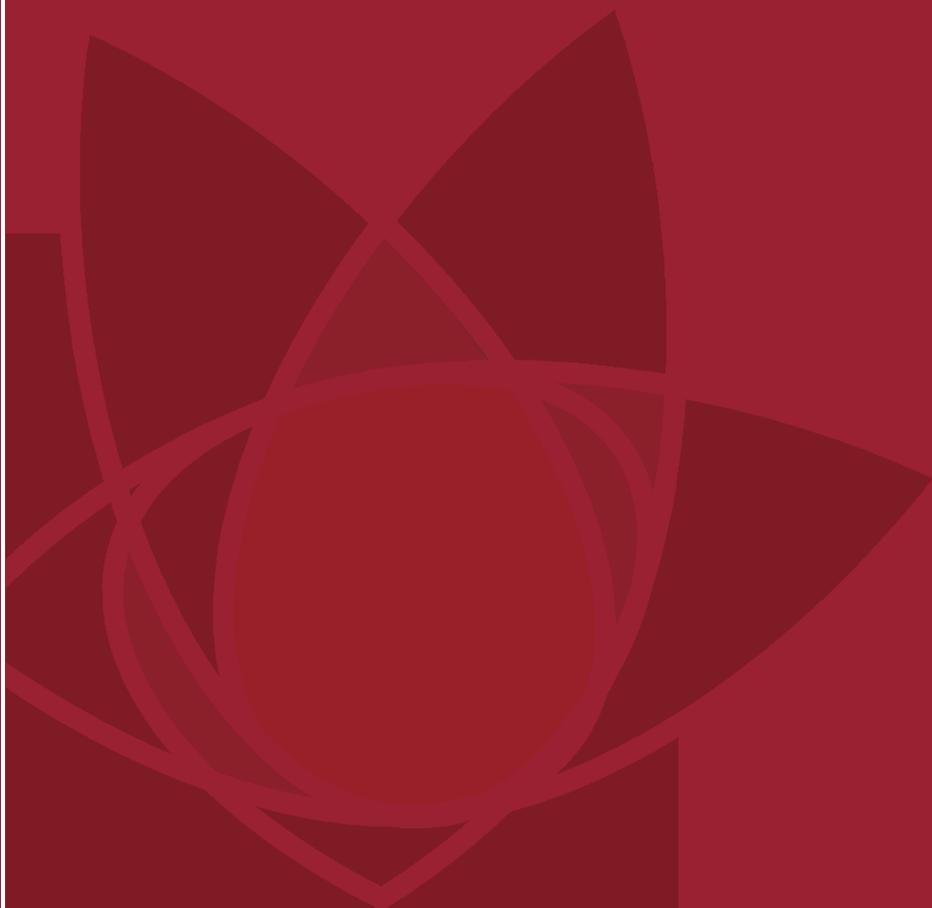
The future of disease prevention/health promotion policies

Donald Kenkel. *Cornell University - Department of Policy Analysis & Management (PAM); National Bureau of Economic Research (NBER)*

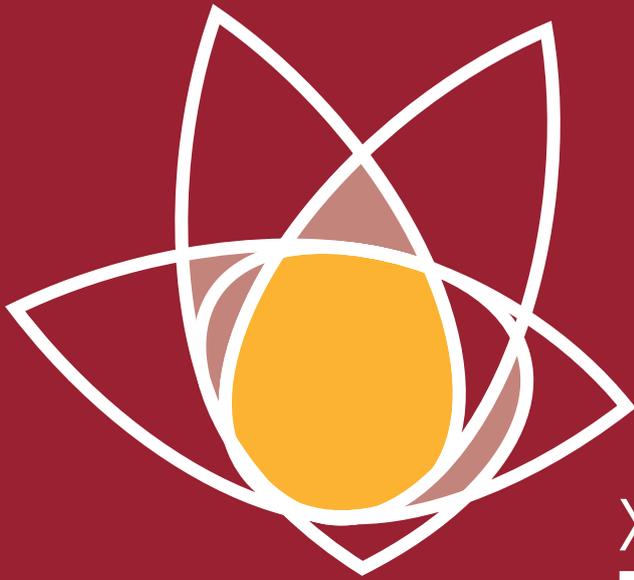
14.00 h

Acto de clausura

Salón de actos



Comunicaciones orales



XXXVI Jornadas de
Economía de la Salud

**Las reformas
bajo el microscopio**

MESA DE COMUNICACIONES I

Miércoles, 15 de junio de 2016. 12:00 a 13:30 h. (Aula F.19)

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (I)

O-01. APLICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN LEAN EN UN HOSPITAL PARA MEJORAR SU EFICIENCIA

Carlos Alberto Díaz; Virginia Braem; Emilio Fabían Restelli; Ignacio Burdet

Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires. Argentina

Objetivos: Estudiar el aporte en la eficiencia de los procesos claves revisados desde 2011-2014 aplicando iniciativas Lean en un Hospital de Alta complejidad.

Material y métodos: Se evaluó la efectividad de aplicación de las herramientas de la gestión Lean en 33 procesos, en cuanto a reducción de las estancias hospitalarias, mejora en la productividad, en el desempeño.

Resultados: De los procesos evaluados 9 mejoraron el desempeño. 1) El de consulta de un solo paso que evita un 50% de ingresos, de los pacientes que vienen en ambulancia 2) < tiempo de acondicionamiento de las habitaciones libera una estancia y media cama por día 3) El corredor quirúrgico generó < tiempo de estancia en nueve intervenciones quirúrgicas, generando ahorros por 300- 350 días mes. 4) la prevención de la infección cirugía limpia redujo unos doce episodios anuales, 5) El banco de la central de abastecimientos acortó tiempos de estancias preoperatorias en 30 días al mes 6) la gestión Lean del bloque quirúrgico incremento en el 41% de las intervenciones, 7) < espera en demanda espontánea en una hora, con aumento del 38% de los pacientes atendidos, 8) < estancia postoperatoria en apendicetomías y colecistectomías, Translaparoscópicas en 13,02 y 18,32 horas respectivamente y 9) reducción de las bacteriemiias por catéter a la mitad de antes de implementar el proceso.

Conclusiones: La descripción de los resultados en los procesos Lean implementados en el Hospital, no resulta suficiente para avalar que los mismos sean costo efectivos, y que la integración vertical por esa causa sea eficiente.

O-02. ESTUDIO PILOTO SOBRE LA APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE DECISIÓN MULTICRITERIO (ADM) EN EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS Y USO EN LA TOMA DE DECISIONES EN EL MARCO DEL PROGRAMA D'HARMONITZACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA (PHF) DEL CATSALUT

Antoni Gilabert-Perramon (1); Josep Torrent-Farnell (2); Arancha Catalan (3); Alba Prat1; Manel Fontanet (2);

Sandra Merino-Montero (4); Mireille M Goethgebeur (5); Xavier Badia (4)

1 Gerencia de Farmacia y del Medicamento. Servei Català de la Salut (CatSalut); 2 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 3 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); 4 Omakase Consulting S.L.; 5 LASER Analytica and School of Public Health, University of Montreal (Canada)

Objetivo: Adaptar y ponderar el marco de ADM, EVIDEM, en evaluación de medicamentos y valorar su aplicación en la toma de decisiones en el marco del PHF de CatSalut.

Metodología: El marco EVIDEM fue adaptado y ponderado por miembros de la Comisión de Huérfanos (PASFTAC) del CatSalut mediante un taller de trabajo. Los criterios del marco (13 cuantitativos y 7 contextuales) fueron adaptados al contexto del CatSalut y ponderados mediante dos métodos distintos (puntuación simple y jerárquica) para valorar incertidumbre. La consistencia fue valorada mediante retest.

Resultados: Participaron 17 miembros del PASFTAC. Los expertos (evaluadores, decisores, clínico y representante de pacientes) acordaron aplicar todos los criterios cuantitativos de EVIDEM (únicamente el 25% consideró que el "tamaño de población" y "otros costes no médicos" eran menos relevantes para enfermedades raras). Los criterios cualitativos más discutidos fueron: "mandato del sistema sanitario" y "contexto político/histórico/cultural". Según ponderación, los criterios más valorados fueron: "Gravedad de la enfermedad", "necesidades no cubiertas", "eficacia/efectividad comparada" y "tipo de beneficio terapéutico". El "tamaño de población afectada" fue el menos valorado. Los resultados fueron similares, independientemente del método de ponderación utilizado, y consistentes en el tiempo (retest).

Conclusiones: El ADM puede ayudar a estandarizar la evaluación, sistemática y transparente, de medicamentos apoyando la toma de decisiones mediante una valoración completa con múltiples criterios no restringidos exclusivamente a: eficacia, seguridad y coste. Se valora positivamente estudiar su potencial incorporación en el PHF tras valoración de un fármaco piloto.

Omakase agradece la colaboración de Bristol-Myers Squibb para la realización del estudio.

O-03. PROCESO LEAN PARA REDUCIR EL IMPACTO DEL EVENTO CAÍDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Carlos Alberto Díaz; Emilio Fabían Restelli; Viviana Córdoba; Estela Farias

Sanatorio Sagrado Corazón. Buenos Aires. Argentina

Objetivos: Analizar el desempeño de la implantación de un proceso Lean o magro, para reducir la incidencia y la significancia económica del evento adverso caída en pacientes hospitalizados durante los años 2014 y 2015.

Metodología: Se llevó adelante un análisis de la incidencia y la significancia económica de la caída de pacientes durante la internación a través de la estimación de días de estancia adicional y requerimiento de estudios por imágenes.

Resultados: En 2014, 16 de los 58 casos evaluados registra algún tipo de daño por el evento. En el año 2015, ese número se redujo a 5 sobre el total de 56 casos. El 28% de los pacientes que registran caídas durante la internación presentan daño. Un 18,75% de los eventos adversos ocurridos pueden potencialmente prolongar la estancia, con una duración mediana de 3,63 días más. Un 68,75% de pacientes con evento adverso tuvo una estancia superior a lo esperado. La totalidad de eventos adversos representaron un total de \$22237,3 asociados a la prolongación de días de estancia de pacientes cuyas caídas registraron daño, con un costo promedio de \$836.35 por paciente cuya caída registró daño. El costo total asociado a estudios de diagnóstico por imágenes resultó de \$18833 en 2014 y \$21427 en 2015.

Conclusiones: La prolongación innecesaria de la estancia de los pacientes (en este caso asociado a las caídas) genera externalidades en el sistema solidario, ya que impide la internación y atención de otro paciente.

O-04. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO DE ELABORACIÓN DE LOS INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO PARA EL ACCESO AL MERCADO DE LOS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

Miriam Solozabal Coll; Laura Planellas; Daniel Callejo

HEOR-RWE, IMS Health, Barcelona

Objetivo: Revisar el cumplimiento del procedimiento de trabajo establecido en el documento de elaboración de Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del 21/05/2013.

Metodología: Se hizo una revisión de los medicamentos con opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento desde 21/05/2013 hasta 31/12/2015 y aprobados en España, y se revisaron tres criterios del procedimiento sobre IPT: 1) realización de IPT para todos los medicamentos con opinión positiva del CHMP, 2) 3 meses para elaborar el IPT, 3) informe disponible para la negociación de precio y financiación (antes de la comercialización). Se identificó la información publicada sobre IPT en la web del Ministerio de Sanidad y se calculó el porcentaje de medicamentos con IPT iniciado, el tiempo de elaboración y si el envío a la Dirección General de Cartera Básica del Servicio Nacional de Salud y Farmacia se realizó antes de la comercialización, en base a información de BotPlus.

Resultados: Se identificaron 99 medicamentos candidatos a tener IPT; a 14/01/2016 90 (91%) disponen de IPT iniciado y 69 (70%) disponen del IPT antes de su comercialización. Ninguno cumple con el criterio del tiempo de elaboración (3 meses); el tiempo mediano observado es de 7,6 meses, mostrando una tendencia decreciente (8,0 en 2013 vs 6,4 en 2015).

Conclusiones: La mayoría de medicamentos aprobados en España dispone de IPT antes de su comercialización. El tiempo de elaboración de los mismos se ha ido reduciendo desde 2013, aunque todavía supera los 3 meses establecidos en el procedimiento de trabajo.

O-05. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL APARATO LOCOMOTOR

Igor Larrañaga; Myriam Soto-Gordoa; Arantzazu Arrospe; M^a Luz Jauregi; Jesús Millas; Ricardo San Vicente; Jabier Aguirrebeña; Javier Mar

Unidad de Investigación AP-OSI, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Unidad de Investigación AP-OSI, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Unidad de Investigación AP-OSI, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Área Médica, OSI Goierri-Alto Urola, Zumarraga; Unidad de Integración Asistencial, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Centro de Salud de Zumarraga, OSI Goierri-Alto Urola, Zumarraga; Unidad de Gestión Sanitaria, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Unidad de Investigación AP-OSI, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón

El carácter crónico de la patología del aparato locomotor requiere una atención integrada de Atención Primaria y las especialidades de Reumatología, Traumatología y Rehabilitación. El objetivo del trabajo fue evaluar la implementación de un modelo organizativo integrado de gestión de la osteoporosis, lumbalgia, patología del hombro y patología de la rodilla mediante el proceso de mejora continua de Deming teniendo en cuenta las derivaciones y el consumo de recursos.

En la fase de planificación se utilizó un modelo de simulación para predecir la evolución del consumo de recursos en la patología del aparato locomotor y realizar un Análisis del Impacto Presupuestario desde 2012 hasta 2020 en la comarca Goierri-Alto Urola. En la etapa de revisión se evaluó el estado del proceso en 2014 utilizando el análisis estadístico para comprobar el grado de consecución de los objetivos para cada patología.

Según el modelo de simulación la población de pacientes con patología osteomuscular aumentará en un 4,4% en 2020 con un incremento en costes para un sistema convencional de un 5,9%. Si la intervención integrada alcanzase sus objetivos este presupuesto se reduciría en un 8,5%. El análisis estadístico evidenció un descenso de derivaciones a Traumatología y una reducción de consultas sucesivas en todas las especialidades.

La implementación del modelo integrado en las patologías de osteoporosis, lumbalgia, hombro y rodilla está todavía en un estadio inicial. Sin embargo, el empoderamiento de la Atención Primaria mejoró la derivación de pacientes y redujo ligeramente los costes.

MESA DE COMUNICACIONES II

Miércoles, 15 de junio de 2016. 12:00 a 13:30 h. (Aula F.20)

Socioeconomic inequalities in health and health care

O-06. INEQUALITY IN THE ACCESS TO STEM CELL TRANSPLANTATION BETWEEN REGIONS IN SPAIN BASED ON ECONOMIC FACTORS

Marta Ortega Ortega (1); Ildefonso Espigado Tocino (2); Roberto Montero Granados (1)

1. Applied Economics Department, University of Granada, Granada, Spain; 2. Haematology Department, University Hospital Virgen del Rocío, Seville, Spain

Objective: Economic determinants have been described as one of the factors that influence in the different haematopoietic stem cell transplantation (HSCT) activity among countries. However, it is not known if those determinants explain observed differences in HSCT rate between the regions of a country under the same health-care system.

Material and Methods: A retrospective and cross-sectional study was carried out in Spain. Panel data models for the period 2010-2012 were estimated. The total number of HSCT, autologous and allogeneic transplantation performed in each of the 17 Spanish regions was taken into account as well as macroeconomic and team density information. Data were obtained from the Spanish National Transplant Organization, Spanish Group of Transplant and Cellular Therapy, Spanish National Institute of Statistics and Spanish Ministry of Health.

Results: A total of 2 546, 2 672 and 2 699 HSCT were performed in the years 2010, 2011 and 2012 in Spain, respectively. The mean transplant rate was 60 per million inhabitants. There are important differences in HSCT rate between regions and the economic factors are statistically significant in its explanation. Gross domestic product per capita, hospital health care expenditure per capita (HHCE) and HHCE by health care expenditure have a great influence in allogeneic stem cell transplantation activity. However, autologous transplantation is only associated with team density instead of macroeconomic determinants.

Conclusion: This study reflects an inequality in access to the different types of HSCT by region based on economic factors in Spain.

O-07. ARE THERE DIFFERENCES IN HEALTH SYSTEM RESPONSIVENESS ON THE BASIS OF NATIONALITY? THE SPANISH CASE

Dolores Jiménez Rubio; Cristina Hernández Quevedo

Universidad de Granada, LSE Health

Recent studies show a persistent increase of health inequalities over time for the immigrant population in Spain. Further, regular immigrants living in Spain, despite having the same health care coverage than nationals, are less likely to visit a specialist. However, the analysis of the potential access barriers for this population is unknown.

This work aims to provide information on the health-care sectors (e.g. primary health care, inpatient care, specialist care), and the potential dimensions within these sectors (e.g. dignity, prompt attention, etc.), in which potential self-perceived barriers to health services may exist. For this purpose, the last waves of the Spanish Health Barometer (SHB) are exploited. The SHB contains detailed information on the “acculturation of the immigrant” (e.g., double nationality, language fluency), and other relevant socioeconomic and health-related information on the individual. To analyse the self-reported satisfaction information within the SHB, we use the multilevel approach by Fiorentini, Ragazzi y Robone (2015), based on Alpha and Pearson correlations of the various items within a dimension.

The information included in the SHB allows us to provide a dynamic analysis of the potential differences in health and healthcare use on the basis of the immigrant’s acculturation level. In particular, differences in use and health status are expected to reduce over time (“healthy immigrant effect”). To our knowledge, this is the first study that provides evidence on the levels of self-reported satisfaction between nationals and non-nationals in Spain, a country which has seen an unprecedented increase in its foreign population in recent times.

O-08. INEQUITY IN PUBLIC LONG-TERM CARE USE

Pilar Garcia-Gomez; Helena M Hernández-Pizarro; Guillem López-Casasnovas

ESE; UPF-CRES; UPF-CRES

Before 2006, Long-Term Care (LTC) in Spain remained under family (and friends) responsibilities. The absence of a public safety net threatened the provision of adequate support to those who lost the autonomy to per-

form basic activities of daily living. In 2006, the Government passed a Universal LTC Act aiming to guarantee that the LTC needy receive the assistance they require, regardless of their financial capabilities.

To the best of our knowledge, there is no evaluation on whether the system has achieved its equity goal. We use administrative data on the universe of recipients of LTC in a region of Spain and estimate inequity indices following Garcia-Gomez et al. (2015). Our (preliminary) findings suggest that the system is not equitable as the type of LTC allowances are distributed differently across socioeconomic groups. The take-up of LTC services is pro-poor, whilst the rich prefer financial benefits to cover LTC expenses. In this vein, we find that nursing home care is concentrated among the worse-off; whereas at home care and day care centre are more used among the better-off. This pattern remains once we distinguish between levels of LTC needs, with the magnitude of the inequity measures decreasing for the group with the highest severity. Yet, we are looking at the distribution of informal caregivers and analysing whether inequity remains over time although the system remains in operation, especially after the important public spending cuts of July 2012.

O-09. DOMAIN-SPECIFIC AND GLOBAL INEQUALITY AVERSION: A HEALTH ECONOMICS INTERPRETATION

Ignacio Abásolo (1); Aki Tsuchiya (2)

(1) Universidad de La Laguna; (2) University of Sheffield

The objectives of this paper are to examine from a health economics viewpoint two different approaches to the concept of inequality aversion, one that is domain-specific and another that is global (or “individualistic”). The paper will outline the two approaches and critically discuss the implications of each.

In health economics, most empirical work regarding inequality aversion has taken a domain-specific approach, which assumes that it is possible to elicit people’s aversion to inequality in one domain (in this case, health), by fixing all other domains of welfare (e.g. wealth). However, where domains of welfare are not independent (e.g. the wealthy tend to be healthier), domain-specific inequality aversion cannot be robustly defined; similarly, addressing multiple deprivations or the “socioeconomic gradient in health” would need an individualistic approach, which would consider just one parameter representing aversion to inequality in global welfare. Nevertheless, aversion to inequality in global welfare, allowing for multiple domains to interact, is not necessarily a useful concept for policy makers, who typically serve a particular domain (e.g. the remit of the health ministry is to improve health, not wealth). At a practical level, datasets that policy decisions build on may not cover all the relevant domains (i.e. datasets on health

may not have other wellbeing variables like income, wealth, etc.) so that the global approach is impractical.

The paper will discuss the relevant issues and implications from a welfarist and non-welfarist perspective and will also address heterogeneity of individual preferences and subjective wellbeing as a domain of individual wellbeing.

O-10. DELAYED DISCHARGES AND SOCIAL ISOLATION IN COUNTRIES WITH AN AGEING POPULATION: ENGLAND VERSUS PORTUGAL

Filipa Landeiro; Seamus Kent; M. Kassim Javaid; Alastair Gray; Jose Leal

Health Economics Research Centre, University of Oxford; Nuffield Department of Orthopaedics, University of Oxford

Social isolation leads to detrimental health effects in older people and to increased use of healthcare resources. At the same time, many acute hospital beds are occupied by older patients that are medically fit for discharge but cannot be transferred back to the community. We compared the impact of social isolation on delayed hospital discharges and corresponding costs in Portugal and England.

Two prospective cohort studies were conducted on proximal femoral fracture patients aged 75 and older admitted over a one-year period to Trauma Units in two teaching hospitals in Lisbon and in Oxford. A generalised linear model with a log-link and gamma-variance was used to assess the number of days of delayed discharges in relation to level of social isolation.

In Portugal, 30.6% of the patients had a high risk for social isolation or were socially isolated at admission whereas in England 75.3% had this same risk for isolation. Delayed discharges accounted for 11.5% of the total length of stay in Portugal and 43.7% in England (6.8 and 8.4 for excess bed days per patient with a delayed discharges, respectively). Having a higher risk for social isolation increased the number of days of delayed discharges in both countries (2.6 in Portugal and 3.1 in England) and corresponding costs.

The reduction in social support networks increases unnecessary consumption of acute hospital beds. A restructuring in the provision of post-acute care services is necessary in order to meet the demands of an ageing and isolated population.

MESA DE COMUNICACIONES III

Miércoles, 15 de junio de 2016. 12:00 a 13:30 h. (Aula F.21)

Avances en la evaluación económica

O-11. ESTIMACIÓN DE UNA TARIFA PARA EL SF-6D A PARTIR DEL SF-12

Jorge Eduardo Martínez Pérez; Fernando I Sánchez, José María Abellán, Jose Carmelo Adsuar

Universidad de Murcia; Universidad de Murcia; Universidad de Murcia; Universidad de Extremadura

El SF-12 es un instrumento ampliamente utilizado en el ámbito clínico, sin embargo no posibilita, por sí mismo, el cálculo de utilidades que puedan ser empleadas en análisis coste-utilidad. El presente trabajo pretende poder trasladar las respuestas a dicho instrumento a utilidades empleando como puente su reducción al SF-6D. Por ello, el objetivo de este trabajo es estimar una tarifa para el SF-6D obtenido desde el SF-12.

Métodos: Se cuenta con una muestra de población general (n=1020) que ha valorado estados de salud descritos de acuerdo con el SF-6D empleando doble loterías. El número de estados de salud valorados por el total de la muestra asciende a 56. Los estados fueron seleccionados de acuerdo a un proceso de ortogonalización (49 estados) y se incluyeron 7 adicionales para que todos los subgrupos valoraran el mismo número de estados.

Resultados: Las estimaciones preliminares empleando datos de panel, proporcionan una tarifa consistente en tanto en cuanto, la utilidad resulta menor conforme aumenta la gravedad del estado de salud.

O-12. MAPPING ALGORITHM FOR APPLICATION IN ECONOMIC EVALUATION: FROM 39 ITEMS PARKINSON'S DISEASE QUESTIONNAIRE TO MULTI-ATTRIBUTE UTILITY INSTRUMENTS.

Miguel Ángel García Gordillo; Daniel Collado Mateo; José Carmelo Adsuar Sala; Borja del Pozo Cruz; José Manuel Cordero Ferrera; José María Abellán Perpiñán; Fernando Ignacio Sánchez Martínez

Universidad de Murcia

Objectives: The 39 items-Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ) is the most commonly used instrument to measure the quality of life in patients with Parkinson's disease. However, this instrument does not provide utilities. Therefore, quality-adjusted life-years cannot be estimated and cost-utility analysis cannot be performed. Thus, the main aim is to construct a mapping algorithm

for estimating utilities from the PDQ-39 using multi-attributes utility (MAU) instruments.

Material and Methods: A cross-sectional study has been conducted. The EQ-5D-5L, 15D, SF-6D instruments and a background questionnaire were completed for a sample of 253 patients aged between 34 and 92 years. Ordinary Least-Squares regression (OLS) and generalized linear model (GLM) will be used to predict the utilities. The mean absolute errors (MAE), root mean squared errors (RMSE), and adjusted R-square statistics will be used to assess the explanatory power and model predictive ability. Age, gender and levels of severity were also examined.

Results: Although data have been collected, the analysis is not yet finished and results are not available at this moment. However we expect that utilities will vary between MAU instruments, being the range of predicted utilities will higher for 15D and lower for SF-6D, compared to the other MAU instruments. Our results and conclusions will be ready at the time of the congress in June, 2016.

Conclusions: Mapping algorithms could be useful in calculating utilities when generic health-related quality of life data have not been gathered directly in a survey.

O-13. TÉCNICA BAYESIANA DE CLUSTERING PARA MEDIR LA HETEROGENEIDAD MUESTRAL EN META-ANÁLISIS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS. EL CASO DEL ANÁLISIS CON DATOS BINARIOS

Miguel A. Negrín; Francisco-José Vázquez-Polo; María Martel

Universidad de Las Palmas de G.C.; University of Glasgow

Objetivos: El meta-análisis pretende realizar inferencia sobre los resultados de un determinado tratamiento combinando información de varias muestras. Los distintos modelos de variabilidad posible entre muestras incorpora incertidumbre en la selección del modelo adecuado para estimar los meta-parámetros (parámetros poblacionales). La literatura existente ha dedicado poca atención a este hecho. En este trabajo proponemos una modelización para el caso del meta-análisis con datos binarios basado en técnicas bayesianas de agrupamiento (clustering).

Material y métodos: El modelo bayesiano de clustering propuesto considera la complejidad de los posibles modelos a través de distribuciones a priori informativas que penalizan los modelos complejos. Sin necesidad de realizar transformaciones en los datos, es decir, asumiendo funciones de verosimilitud binomiales, se estima la probabilidad a posteriori de cada posible agrupamiento. La estimación de los meta-parámetros se obtiene combinando la estimación obtenida para cada clustering ponderada por su probabilidad a posteriori.

Resultados: A partir de dos meta-análisis publicados previamente, y que combinan 23 y 15 ensayos clínicos, respectivamente, se valida la modelización propuesta. En ambos estudios, los agrupamientos más probables consideran 4 o menos cluster. La estimación de la efectividad de nuestro modelo difiere de forma significativa de la estimación obtenida por los estudios originales, tanto en términos de estimación puntual como de intervalos de probabilidad.

Conclusiones: No considerar las distintas combinaciones posibles de agrupamiento ignora una fuente relevante de incertidumbre. Las aplicaciones prácticas realizadas muestran que no considerar los distintos modelos posibles de heterogeneidad muestral puede llevar a conclusiones erróneas en la comparación de tratamientos.

O-14. A PROCEDURE FOR DERIVING FORMULAS TO CONVERT TRANSITION RATES TO PROBABILITIES FOR MULTI-STATE MARKOV MODELS

Edmund Jones; David Epstein; *Leticia Garcia Mochón*

Universidad de Granada; University of Cambridge; Escuela Andaluza de Salud Publica

Objectives: To describe a procedure for deriving formulas to convert transition rates to probabilities for multi-state Markov models.

Methods: For health-economic analyses that use multi-state Markov models, it is often necessary to convert from transition rates to transition probabilities. Some analysts use a simple formula, $p=1-\exp(-rt)$, where r is the rate, p is the probability and t is the cycle length. This is incorrect for most models with two or more transitions. Welton and others have derived formulas for 3 state models with forward and backward transitions, and special cases of some four state models, but they recommended numerical methods for more complex cases. Nevertheless, for probabilistic sensitivity analysis and other purposes it is useful to have explicit algebraic formulas for these conversions rather than resort to numerical methods. However, if there are four or more states then the formulas can be extremely complicated.

We describe a procedure for deriving formulas that use intermediate variables so that each individual formula is reasonably simple. The procedure is shown as a series of steps. Each step involves a mathematical operation: eigen-decomposition, matrix inversion, or matrix multiplication. These derivations can all be done using pen and paper, but it may be easier to use a computer algebra system in more complex models. Once the formulas have been derived, the calculations can be performed in Excel or similar software.

Results: The procedure is illustrated by several examples of four and five state models.

Conclusion: The procedure works in a wide variety of scenarios.

O-15. SOLUCIONES BAYESIANAS PARA LA EXTRAPOLACIÓN DE DATOS DE SUPERVIVENCIA EN MODELOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Miguel A. Negrín; Julian Nam; Andrew H. Briggs

Universidad de Las Palmas de G. C.; University of Glasgow

Objetivos: El análisis con datos de supervivencia exige habitualmente la realización de extrapolación para el periodo extramuestral. Es habitual realizar dicha extrapolación en base a un único modelo, seleccionado previamente. Este análisis ignora la incertidumbre asociada a la selección de modelos, así como la incertidumbre asociada a la estabilidad de los parámetros del modelo. En este trabajo se exploran las ventajas que ofrece el procedimiento Bayesian Model Averaging (BMA) para manejar las distintas fuentes de incertidumbre.

Material y métodos: Para validar nuestra metodología se utilizaron datos de seguimiento a 8 y 16 años de 20.145 pacientes que recibieron dos prótesis alternativas (Spectron y Charnley) para el reemplazo de cadera. Se ajustan 6 modelos alternativos de supervivencia. Además, se añaden dos modelos más, optimista y pesimista, definidos a partir de la observación del comportamiento de los datos en el pasado y la utilización de modelos informativos bayesianos. Finalmente, las predicciones correspondientes a los ocho modelos se combinan usando BMA.

Resultados: Los modelos propuestos muestran un ajuste similar en el periodo muestral, pero difieren notablemente en la predicción a 30 años. El análisis coste-efectividad muestra como un análisis basado en un único modelo concluiría que Spectron es la prótesis preferida con probabilidad 100%, mientras que el análisis BMA no sería tan concluyente (93%).

Conclusión: Varios autores han propuesto previamente las limitaciones de realizar extrapolación de datos de supervivencia basadas en un único modelo, sin ofrecer una modelización alternativa. En este trabajo mostramos, con datos reales, como la metodología BMA ofrece una solución.

MESA DE COMUNICACIONES IV

Miércoles, 15 de junio de 2016. 15:30 a 17:00 h. (Aula F.19)

Employment, obesity and care

O-16. PRIMARY CARE USER'S VOICE IN PORTUGAL

Pedro L Ferreira; Vitor Raposo

CEISUC/FEUC

Objectives: In Portugal, primary care is the first and the main form of citizens' contact with the health system. Our objective was to determine the degree of user satisfaction with the care provided. It was also intended to detect the determinants of primary care user's satisfaction.

Methods: This study was implemented in 444 Portuguese primary care. A total of 58,846 Europe-based questionnaires were distributed and given to users in a one-day census sample. The questionnaire measures four main dimensions: medical care, non-medical care, organization, and quality of facilities. Medical care encompasses interpersonal and technical components, and non-medical included nurses and staff. Lastly, the organization dimension analyzed accessibility and the services provided in general.

Results: 49,621 questionnaires were filled by users providing a total response rate of 89.4% for all primary care units. 66.1% of the respondents were female with a mean age of 48.5 years, 37% had, at maximum, a second cycle of education and to 5.7% this was their first visit in the previous 12 months.

Regarding the satisfaction scores we obtained a global satisfaction of 77.8% with a very skewed to the left distributions. In general, women showed a slightly lower satisfaction than that of men, the same happening to young people facing the elderly. On the other hand, people with less educational qualifications were those which presented best satisfaction ratings.

Conclusion: In spite of an improvement regarding last survey, we've noticed a great disparity of satisfaction indices by health regions and, within each, by primary care unit.

O-17. UNCONDITIONAL QUANTILE REGRESSIONS ON THE SOCIAL GRADIENT OF OBESITY IN SPAIN 1993-2014

Alejandro Rodriguez Caro; Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel; Laura Vallejo Torres

Departamento de Métodos Cuantitativos. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Departamento de Métodos Cuantitativos. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Servicio de Evaluación del Servicio Canario de

Salud, Universidad de La Laguna, University College London

Objectives: In this study we measured changes in the distribution of BMI of the adult population in Spain over the past two decades (1993-2014). The main objective is to estimate the effects of three socioeconomic variables (education, income and social class) on the BMI. Possible changes are also discussed in these effects over time.

Method: Unconditional quantile regression (UQR). The endogenous variable is BMI

Data: Independent cross section databases from the Spanish National Health Survey 1993, 2006 and the 2014 European Health Survey (Spain).

Results: Education has markedly heterogeneous effects along BMI distribution, particularly in the extremes. The UQR gives results significantly different from the OLS in these intervals. The protective effect of college education has intensified over time.

OLS estimates adequately reflect the effects of social class, except for the extremes of the distribution of BMI for the lower classes (V and VI). Between 2006 and 2014 a significant change is seen in the effects of social class.

The effects of household equivalent income are also properly reflected in the OLS estimation around the median of the distribution of income, but for the richest households UQR estimates are different from OLS. The models do not find any changes in the effects of income between 2006 and 2014.

Conclusions: Using OLS to model socioeconomic gradient in BMI may mask differential effects of the variables. Education shows a protective effect, and it is increasing over time.

O-18. HOW RELATED ARE DIABETES AND DIABETES-RELATED COMPLICATIONS WITH EMPLOYMENT IN AN AGEING SOCIETY? AN ANALYSIS ACROSS EUROPE IN THE CRISIS PERIOD 2006 – 2010

Beatriz Rodriguez-Sanchez; Rob J. M. Alessie; Viola Angelini; Talitha L Feenstra

Department of Economics, Econometrics and Finance; University of Groningen

Background: Health, and particularly diabetes, have been found to be associated with productivity reductions and with the probability of quitting their job and becoming early-retired or disabled. However, not many studies have looked at the impact of having diabetes and diabetes-related complications on employment during uncertain economic periods.

Aims: To assess the relationship between two employment parameters, employment transitions and being afraid health limited ability to work, and having diabetes and diabetes-related complications.

Methods and data: Logistic regressions were run to test the impact of diabetes, comorbidities and functional status on the probability of two different outcomes: transition from being employed to early-retired or disabled and being afraid health limited work. The sample included 25,705 individuals aged 50 to 67 years old across twelve European countries taken from SHARE from 2006 to 2010.

Results: Across the twelve European countries, diabetes increased the probability of being afraid health limited work by nearly 9%. However, it was not significantly associated with changes in employment status. Moreover, having diabetes and chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and cancer, diabetes and depression and, finally, diabetes and being moderately functionally impaired were significantly associated with the fear of health limiting work.

Conclusions: These findings show that during an uncertain economic period, health status might not affect early-labour force exit too much, but the fear of health limiting work. Hence, costs associated with sick leaves are likely to be substantial. Our results also show the relevance of a greater investment in the prevention and management of diabetes.

O-19. HIRING SUBSIDIES FOR DISABLED INDIVIDUALS. DO THEY WORK?

Arnau Juanmarti Mestres; Sergi Jiménez-Martín; Judit Vall Castelló

Center for Research in Health and Economics (CRES). Universitat Pompeu Fabra; Department of Economics. Universitat Pompeu Fabra; Center for Research in Health and Economics (CRES). Universitat Pompeu Fabra.

Persons with disabilities suffer from very bad employment outcomes. In view of the low integration of the disabled into the labor market, most developed countries are increasingly implementing policies aimed at promoting employment of disabled individuals. The aim of this paper is to evaluate one such policy implemented in Spain during the last decades. The policy consists in hiring subsidies granted to employers that hire disabled individuals, either in a temporary or in a permanent basis. To identify the impact of the hiring subsidies on the probability of disabled individuals of finding a job we take advantage of three sources of variation arising from the characteristics of the particular implementation of the policy: (1) variation in the eligibility conditions and in the amount of the subsidies; (2) variation in the timing of implementation of the subsidies; and (3) variation of the first two dimensions over the different regions (CCAA) in Spain. Using the Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), an administrative dataset provided by the Spanish Social Security Administration, we use a competing risk approach to model transitions to employment and, exploiting those three sources of variation, we use a diff-

in-diff-in-diff (triple differences) approach to estimate the causal effect of the subsidies on the probability of transiting to employment of the targeted population. The results show that, for particular types of subsidies and population subgroups, the policy is effective in promoting the employment of disabled individuals.

MESA DE COMUNICACIONES V

Miércoles, 15 de junio de 2016. 15:30 a 17:00 h. (Aula F.20)

Evaluación de políticas de salud y servicios sanitarios

O-20. LA REFORMA EN SALUD Y LA PROTECCIÓN DE RIESGO FINANCIERO EN SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN COSTA RICA

Pablo Slon; Juan Rafael Vargas; Jorge Campos

Universidad de Costa Rica; Universidad de Costa Rica; Banco Central de Costa Rica

El proceso de reforma del sistema de salud en Costa Rica ha sido gradual y ha llevado 75 años aproximadamente. Entre sus logros se encuentran la cobertura universal y equidad en el acceso a los servicios. En este caso se analiza que el sistema brinda protección del riesgo financiero de la población adulta mayor. Los hogares con gasto catastrófico en salud en el año 2004 en que había al menos un adulto mayor representaron el 3,2% de los hogares y en el año 2013 esto representó 4,8% del total. Se presenta un incremento en el período y además el gasto catastrófico es mayor cuando hay presencia de adultos mayores. Este resultado se comprobó con un modelo de regresión logística que además destacó el internamiento y la condición de pobreza como variables significativas. Objetivo: Evaluar si el sistema de salud protege del riesgo financiero en salud de la población adulta mayor. Método: comparación de los gastos de bolsillo en hogares con y sin adultos mayores y del análisis de su evolución entre el año 2004 y 2013. Para conocer las variables que se correlacionan con los gastos de bolsillo en salud se utilizará un modelo econométrico de regresión logística. Conclusiones: El sistema de salud protege del riesgo financiero pero se ha deteriorado la situación y requiere de políticas orientadas a este grupo más vulnerable.

O-21. OPTIONS FOR FORMULARY DEVELOPMENT IN MIDDLE-INCOME COUNTRIES

Karla Hernandez-Villafuerte; Martina Garau; Adrian Towse; Louis Garrison; Simrun Grewal

The Office of Health Economics; The Office of Health Economics; The Office of Health Economics; University of Washington School of Pharmacy; University of Washington School of Pharmacy.

Middle-income countries are evolving their health systems toward universal health coverage for patient populations. Such countries often have limited drug formularies and some form of essential drugs list. The purpose of this study is to explore options to bridge the organisation of the health system and its priorities, and the translation of those into a framework for developing drug formularies. We explored published literature, conducted semi-structured interviews with experts, run a structured workshop with a sub-set of the interviewees, and administered a survey before and during the workshop. Based on this, we propose a framework that is tested in two case studies: the health systems of Mexico and Indonesia. The need for incorporating macro-level factors (focusing on the health system organisation and its priority setting) in the decision making process was detected in the literature review as well as in the interviews with the international and national experts. The results suggest that the macro-level factors are particularly important during the prioritisation stage since this allows to target the scarce resources only to assess in depth those interventions that have the highest health system intervention value and match the national priorities. This was reinforced by the analysis of the Mexican health system which shows a highly fragmented formulary decision making process which hinder the incorporation of national and states priorities in the decision of incorporate new treatments in the national and institutional positive lists. Additionally, equity was identified as an important micro-level factor that is normally not formally considered during the process.

O-22. IMPACTO ECONÓMICO DE LA INTRODUCCIÓN DEL PERMISO DE CIRCULACIÓN POR PUNTOS EN ESPAÑA. ANÁLISIS PROVINCIAL.

María Pilar Sánchez González; Francisco Escribano Sotos; Ángel Tejada Ponce

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete

Objetivo: Determinar mediante un análisis provincial si la introducción del permiso de circulación por puntos en España para la mejora de la seguridad vial ha generado un beneficio económico para España.

Material y métodos: Se realiza un análisis de costes de la accidentalidad en las vías interurbanas provinciales entre 1999 y 2012, valorando monetariamente tanto el número de víctimas por accidentes de tráfico como el número de víctimas evitadas, o no evitadas, de un año respecto a su precedente, diferenciando dichas víctimas por gravedad de la lesión sufrida. Los costes de cada tipo de víctima se obtienen de dos estudios financiados por la Dirección Ge-

neral de Tráfico, cuyo método de cálculo, el de disposición a pagar, es el que comúnmente se utiliza en seguridad vial.

Resultados: Los resultados preliminares indican que el porcentaje que supone el coste de las víctimas sobre el PIB ha pasado del 1,16% en 2000 al 0,34% a nivel nacional en 2012, consiguiendo Soria reducir ese peso de un 6,46% en 2000 a un 0,95% en 2012. Además, el coste de las víctimas evitadas alcanza un peso medio sobre el PIB del 0,06% a nivel nacional en el período analizado, siendo Lugo con un 0,25% la provincia que mejor resultado obtiene en costes evitados.

Conclusiones: La implementación del permiso de circulación por puntos en España ha generado una reducción de los costes de la siniestralidad vial en las provincias de España.

O-23. MÉTODO DE OPTIMIZACIÓN DE LA PLANTILLA DE PERSONAL EN UN CALL CENTER DE EMERGENCIAS SANITARIAS

José Díaz-Hierro; José Jesús Martín Martín; Angel Vilches Arenas; Maria del Puerto López del Amo González; Clara Varo González; José María Patón Arévalo

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; Universidad de Granada; Universidad de Sevilla; Universidad de Granada; Investigador Independiente; Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

Objetivo: Diseñar un modelo de optimización de plantilla de personal que minimice el gap entre necesidades y posibilidades de contar con los profesionales implicados, teniendo en cuenta las condiciones laborales fijadas en la legislación laboral.

Material y métodos: Estudio en el centro de atención de llamadas de emergencias de Málaga en 2007. Para la optimización de plantilla se aplica Programación matemática lineal entera, teniendo en cuenta un modelo general y otro adaptado a las necesidades de personal con una menor variabilidad de horarios. Las necesidades mínimas se calculan aplicando el modelo Erlang-C de teoría de colas.

Resultados: Para el teleoperador se obtiene una gran variedad de horarios que incrementan el coste en un 4,90% respecto a las necesidades mínimas y un 9,32% para el modelo que considera mayor estabilidad de turnos. Las franjas horarias de 1hs a 7hs, 10hs a 14hs y 20hs a 22hs son las de peor ajuste respecto a la programación real. En el puesto de Médico coordinador se obtienen turnos de 8 a 12 horas que ajustan las necesidades a los requerimientos.

Conclusiones: La variedad de turnos requeridos implica acudir a formas de flexibilización de la jornada laboral, tales como cuentas de horas o anualización de las jornadas de trabajo, en las que se yuxtaponen jornadas largas con cortas. Los resultados ponen de relieve al gestor cuánto cuesta la rigidez horaria, dotándolo de una herramienta que cuantifica las decisiones adoptadas, en términos de coste de personal y subcontratación.

O-24. PROMOTING THE USE OF GENERICS: THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT TYPES OF POLICIES

Manuel García-Goñi; Félix Lobo; Roger Feldman

Universidad Complutense de Madrid; Universidad Carlos III de Madrid; University of Minnesota

Objectives: While generic drugs are safe, effective and less costly than the equivalent brand-name drugs, worldwide use of generics remains low, especially in some European countries where generics accounted for less than 15 percent of market share by volume in 2004. In response to this situation, several European countries have adopted policies and/or set objectives to promote the use of generics. However, it remains unclear the effect of each of the different policies.

Materials and methods: We have conducted an extensive review of the literature on generic drug utilization to identify the national policies toward generic substitution in the 9 years in our study. We estimate difference-in-difference models with prices as the dependent variables and implementation of the pricing strategies and pharmaceutical policies as independent variables.

Results: Different pharmaceutical policies have different impact, some of them being ineffective in the promotion of the use of generics. The uses of research exemption, a reference price system, or tendering and public procurement have had a positive impact. However, coinsurances with proportional or fixed copayments are mostly ineffective, as incentives for prescribers. Other policies, such as generic substitution or financial incentives to pharmacies have shown a different effect depending on the therapeutic group analyzed.

Conclusions: The effectiveness of promoting the use of generics highly depends on the pharmaceutical policy implemented. It is important, as a consequence, to analyze the temporary and geographical context in order to choose the right policy to implement.

Introducción y objetivos: Aunque se dispone de la distribución del presupuesto sanitario, son muy pocos los análisis poblacionales del gasto realizado. El objetivo de este estudio es analizar el gasto en servicios sanitarios en Cataluña e identificar qué partidas y grupos poblacionales consumen más recursos.

Métodos: Se ha aplicado una tarifa a todos los actos sanitarios financiados por el CatSalut durante 2013, recogidos en la BBDD de morbilidad poblacional, que integra información diagnóstica y de actividad de la población catalana: visitas de AP, salud mental, urgencias, CCEE, hospitalizaciones (agudos, sociosanitarios, domiciliaria), cirugía ambulatoria, transporte sanitario, oxigenoterapia y diálisis. Esto permite computar el gasto sanitario realizado por cada asegurado. Se ha analizado la distribución según partidas de gasto y características de los pacientes.

Resultados: El gasto computado fue de 7.500 millones de euros, el 90,5% del presupuesto del CatSalut. Por percentiles, un 5% de la población consume el 51% del gasto (9.580€ per capita); un 1% de la población consume el 23% del gasto (21.540€ per capita). El gasto per capita a los 65 años es de 1.800€ y de 3.000€ a los 85. La población con una enfermedad crónica tiene un gasto medio anual de 570€, y de 12.500€ la que tiene diez. El gasto varía según patologías: de 2.718€ al año en el trastorno mental severo a 7.900€ en el VIH-sida y neoplasias.

Conclusiones: El análisis poblacional del gasto permite conocer qué población realiza un mayor consumo de recursos, lo que permite una mejor planificación de los servicios sanitarios.

O-26. BED-BLOCKING AND HOSPITAL COSTS SHIFT AFTER LONG-TERM CARE SUBSIDIZATION?

Cristina Vilaplana-Prieto; Joan Costa-Font; Sergi Jiménez-Martín

Universidad de Murcia; London School of Economics; Universitat Pompeu Fabra

Objective: This paper attempts to examine the emergence of bed-blocking in Spain, a country where there was an insurance reform (Act 39/2006 on 14 December 2006) expanding the public subsidization of long term care in 2007.

Methods: We estimate a difference-in-difference fixed effect model for the probability of hospitalization, the number of hospitalization and the days in hospital using data from SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) for Wave 1 (2004), Wave 2 (2007), Wave 4 (2011) and Wave 5 (2013). Regional indicators for mortality rate, number of public/private hospital beds per 1,000 inhabitants and GDP per capita were also introduced.

Results: Receiving public home care benefit reduced hospital nights by 1.64 days in 2011 and 1.47 days in

MESA DE COMUNICACIONES VI

Miércoles, 15 de junio de 2016. 15:30 a 17:00 h. (Aula F.21)

Gasto y utilización de servicios

O-25. ANÁLISIS POBLACIONAL DEL GASTO EN SERVICIOS SANITARIOS EN CATALUÑA: ¿QUÉ Y QUIÉN CONSUME MÁS RECURSOS?

Emili Vela; Montse Clèries; Vincenzo Vella; Anna García-Altés

Servei Català de la Salut; Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

2013. Receiving economic benefit for caregivers reduced hospital nights by 1.71 days in 2011 and 1.41 days in 2013. Although the principles of the new regulation apply across the country, its implementation was largely down to the autonomous communities, which exhibited different implementation speed. In this sense, receiving public home care reduced hospital nights by 1.17 in front-running regions and 1.05 days. Receiving economic benefit reduced hospital nights by 1.73 days in front-running regions and 1.31 days in laggard regions.

Conclusiones: The main policy implication is that improving long-term care provision has had a significant impact on the delivery of hospital care. We have estimated a reduction of 0.43% in total Spanish hospital expenditure between 2010 and 2011 (0.66% in front-running regions, 0.16% in laggard regions).

O-27. USO DE RECURSOS Y COSTES SANITARIOS ASOCIADOS A LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

Antoni Sicras (1); Ruth Navarro (2); Marc Saez (3)

1) CAP *Vicenç Papaciet. La Roca del Vallès. Barcelona.* 2) Documentación Médica. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona. 3) GRECS. Universitat de Girona. Girona.

Objetivos: Evaluar el uso de recursos y los costes sanitarios de los pacientes portadores del virus de la hepatitis C crónico (VHC) en un ámbito poblacional español.

Material y métodos. Diseño observacional de carácter retrospectivo (bases de datos). Se incluyeron pacientes >18 años que demandaron atención durante los años 2010-2013. Se diferenciaron dos grupos de estudio en función de la presencia/ausencia de cirrosis hepática. El seguimiento de los pacientes fue de 12 meses. Principales medidas: comorbilidad general (BUR: bandas de utilización de servicios) y específica, medicación concomitante y uso de los recursos y costes sanitarios. Análisis estadístico: modelos de regresión y ANCOVA, $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 1.055 pacientes, con una edad media de 57,9 años, el 55,5% varones y el 43,5% con comorbilidad moderada (BUR). El promedio de tiempo desde el diagnóstico fue de 18,1 años y el 7,5% fallecieron. Las enfermedades cardiovasculares y mentales fueron prevalentes. La cirrosis se asoció con eventos-cardiovasculares OR=3,8, insuficiencias orgánicas OR=2,2, alcoholismo OR=2,1, diabetes OR=1,2 y la edad OR=1,2; $p < 0,05$. La medicación más utilizada fue antiinfecciosos (67,8%) y para el sistema nervioso (66,8%). El promedio/unitario de los costes totales fue de 3.198 EUR (71,5% costes sanitarios, 28,5% no sanitarios). En el modelo corregido fueron de 2.211 EUR sin cirrosis y de 7.641 EUR con cirrosis; $p < 0,001$ (tabla 1).

Conclusiones: Los sujetos portadores del VHC se asocian a un elevado consumo de los recursos, especialmente en los pacientes con cirrosis hepática, circunstancia que repercute en un mayor coste para el Sistema Nacional de Salud español.

O-28. MOVILIDAD REGIONAL DE PACIENTES: IMPLICACIONES Y NUEVOS HALLAZGOS EN 2012-2013

Carla Blázquez-Fernández; David Cantarero-Prieto; Marta Pacual-Sáez

Universidad de Cantabria

Objetivos: España cuenta con un Sistema Nacional de Salud que en las últimas décadas ha realizado un gran esfuerzo encaminado a reducir las desigualdades en el acceso y prestaciones que afectan a los pacientes desplazados. Así, en este trabajo se explora la asociación de distintos factores sociodemográficos con el grado de movilidad de los pacientes.

Material y métodos: Se analiza la movilidad en atención sanitaria para las 17 regiones españolas en el periodo 2002-2013. En concreto, se estudian las diversas características demográficas, socioeconómicas y de oferta sanitaria. Adicionalmente, se consideran varias dimensiones regionales. De este modo, se estima un panel de datos basado en un modelo gravitacional de migración una vez completado el proceso de descentralización sanitaria.

Resultados: Se muestra que la renta en España es uno de los factores más importantes para explicar la movilidad (los coeficientes oscilan entre 28.39-34.07 en los distintos modelos analizados), así como las distintas variables de oferta sanitaria. En este estudio, se demuestra además que también hay movilidad motivada por la calidad sanitaria pero no se encuentran diferencias significativas por grandes áreas.

Conclusiones: La renta, el envejecimiento, y factores asociados al gasto y oferta, son factores potenciales de atracción regional sanitaria. En general, los resultados demuestran que los pacientes con mayores necesidades sanitarias son aquellos que realmente se desplazan más. Nuestros hallazgos también apoyan que las políticas regionales de salud actuales, las cuales explican parte de la movilidad de pacientes, están asociadas al sistema de financiación.

O-29. COSTE DE LAS SESIONES INEFICACES DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

Carmen Selva Sevilla (1); Marta Lucas Pérez-Romero (2); Patricia Romero Rodenas (3); Mar Domato Lluch (4); María Teresa Tolosa Pérez (5); Manuel Gerónimo-Pardo (6); María Luisa González del Moral (7).

(1) *Área de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha;* (2) *Servicio de Salud Mental. Gerencia de Área Integrada de Almansa;* (3,4,5) *Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete;* (6) *Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete;* (7) *Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

Objetivo: evaluar el consumo ineficiente de recursos económicos empleados en la aplicación de sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC) consideradas ineficaces por no alcanzar el objetivo prefijado de duración de 20 segundos en la convulsión desencadenada por el estímulo eléctrico.

Material y métodos: se ha realizado un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes sometidos al menos a una sesión de TEC, así como un análisis descriptivo de los costes directos sanitarios asociados a la TEC. La perspectiva ha sido la del sistema sanitario público y el horizonte temporal, 2008-2014. Todos los costes se presentan en euros de 2011 y han sido descontados a una tasa de interés del 3%. Se han practicado análisis de sensibilidad a la variación, respecto al caso base, de aquellas variables que pueden presentar mayor incertidumbre.

Resultados: 76 pacientes han recibido un total de 853 sesiones de TEC, lo que ha supuesto un coste de 1.409.528,63€. De éstos, 420.732,57€ (29,8%) han sido ineficientemente empleados en la realización de las 269 sesiones de terapia electroconvulsiva ineficaces. El análisis de sensibilidad de los datos económicos muestra resultados estables a variaciones de las variables de incertidumbre.

Conclusión: la asignación más eficiente de los recursos económicos destinados a la TEC se podría mejorar reduciendo el número de sesiones ineficaces, lo cual implicaría modificar el protocolo anestesiológico-psiquiátrico, objetivo que queda fuera de nuestro trabajo.

MESA DE COMUNICACIONES VII

Miércoles, 15 de junio de 2016. 17:15 a 18:45 h. (Aula F.19)

Servicios sociosanitarios y cuidados informales

O-30. LOS PRINCIPALES DETERMINANTES EN LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES

Ana María Rodríguez González; Eva Rodríguez Míguez; Ana Clavería

Centro de Salud Altamira (Cantabria); Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Vigo; Atención Primaria, EOXI de Vigo

Objetivo: Describir la sobrecarga de las cuidadoras/es principales informales de personas dependientes y su relación con el perfil sociodemográfico y con la situación sociosanitaria del dependiente.

Material y métodos: Estudio observacional con 123 cuidadoras/es informales que proporcionan cuidados diarios a población dependiente. Mediante una entrevista se recoge la siguiente información: sobrecarga del cuidador (escala Zarit breve 7 ítems), horas de cuidado y características sociodemográficas y sanitarias del cuidador y del dependiente. Se estimó una regresión lineal para analizar los determinantes en la escala Zarit.

Resultados: Las cuidadoras están sometidas a una sobrecarga media de 20 puntos en la escala Zarit (rango 7-35 puntos, siendo 35 puntos la mayor sobrecarga) y un 64% están sometidas a una sobrecarga intensa (17 o más puntos). La regresión lineal muestra que la sobrecarga de la cuidadora está relacionada positivamente con una mala salud percibida tanto física como psicológica, un mayor número de horas de cuidado en Actividades Básicas de la Vida Diaria, un mayor número de horas de cuidado en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, una actitud de oposición/agresividad por parte del dependiente, realizar una actividad remunerada y convivir sólo con el dependiente.

Discusión: La provisión de cuidados diarios informales a dependientes crónicos genera una situación de sobrecarga intensa que alerta sobre la necesidad de abordar las situaciones de dependencia desde el binomio cuidadora/dependiente para lograr una mayor eficacia en las intervenciones.

O-31. IMPACTO Y COSTE DE LA ESTANCIA PROLONGADA POR MOTIVOS NO MÉDICOS (BED-BLOCKING) EN CANTABRIA DURANTE EL PERÍODO 2010-2014.

María Amada Pellico López; Ana Fernández-Feito; María Paz-Zulueta; Alberto Lana Pérez; David Cantarero Prieto; Marta Pascual Sáez

Gerencia de Atención Primaria (Servicio Cántabro de Salud); Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad de Oviedo); Escuela Universitaria de Enfermería (Universidad de Cantabria); Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad de Oviedo); Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (Universidad de Cantabria); Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (Universidad de Cantabria)

La estancia prolongada es aquella que excede lo considerado necesario según la media de estancia corres-

pondiente al diagnóstico principal. Supone una utilización inapropiada de la hospitalización.

Objetivo: Cuantificar el impacto económico de estancias prolongadas según los principales grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Población de estudio: pacientes cuya alta de una unidad de agudos se retrasó en espera de un recurso de cuidados de larga duración o regreso al domicilio en Cantabria. Periodo de estudio 2010-2014.

Se recogieron como variables principales: hospital, servicio responsable del ingreso, GRD, media de estancia adecuada, días de estancia prolongada y coste/estancia según GRD.

Resultados: El tamaño muestral fue de 2.187 pacientes. 50,3% hombres y 49,7% mujeres, edad media 76,67 años [DE 12,89]. Media de estancia prolongada de 13,74 días [DE 17,05]. Acumulan en total 30.049 días de estancia prolongada.

Por GRD destacaron: ictus con infarto (7,6%), otros trastornos del sistema nervioso central (5,2%), neumonía (3,9%) y recambio de cadera (3,4%).

Según la estancia prolongada sobre la adecuada y el coste/estancia por GRD, se estimó un coste extra de 21.429.506,18 €. El 65,3% se derivó a un centro de larga estancia concertado.

Conclusiones: El perfil de paciente con riesgo de estancia prolongada es: mayor de 75 años, con un diagnóstico que conlleva pérdida brusca de capacidad funcional e ingreso posterior en un centro de larga estancia.

Sería necesaria una detección precoz del problema para planificar el alta y la coordinación con recursos de atención a dependencia.

O-32. INCIDENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA LEY DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO DE DATOS DE PANEL ESPACIAL

Raúl del Pozo Rubio; Román Mínguez Salido; Francisco Escribano Sotos; Pablo Moya Martínez; Isabel Pardo García

Departamento de Análisis Económico y Finanzas; Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica; Centro de Estudios Sociosanitarios; *Universidad de Castilla-La Mancha*

Objetivos: Analizar la incidencia de variables socio-demográficas y económicas que han influido en el desarrollo de la Ley de Dependencia en las distintas Comunidades Autónomas, y estudiar la existencia de relaciones de carácter espacial, evaluando sus efectos global, desagregados en directo e indirecto.

Material y métodos: Se elaboró una base de datos de panel, específica para dicho estudio, con información sociosanitaria y económica recogida a partir del Portal de la Dependencia, el INE y el INSS. La metodología uti-

lizada corresponde a un caso particular de paneles espaciales, concretamente, el modelo de retardo o autorregresivo espacial para datos de panel. Las matrices de vecindad utilizadas han sido la zona geográfica de la Comunidad Autónoma, el PIB per cápita y el color político subdividido en dos etapas: 2007-2011 y 2011-2014. Se ha estimado el efecto global, y su descomposición en efectos directo e indirecto.

Resultados: El parámetro asociado a las matrices de vecindad geográfica, PIB per cápita y partido político durante el periodo 2007-2011 ha resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$). Se observa gran heterogeneidad de variables explicativas, entre las que destacan las variables densidad de población, número de pensiones de jubilación, PIB per cápita y presupuesto dedicado a servicios sociales y promoción social, cuyo parámetro ha resultado estadísticamente significativo para cada variable dependiente objeto de estudio. La magnitud del impacto indirecto oscila en valor absoluto, desde un 0,0045% hasta un 9,256%.

Conclusiones: Los resultados muestran la existencia de relaciones de carácter espacial estadísticamente significativas aunque pequeñas, en todas las matrices de vecindad incluidas.

O-33. EFECTO EMPOBRECEDOR DERIVADO DE LA SUSTITUCIÓN DE CUIDADOS INFORMALES POR FORMALES EN PACIENTES CON CÁNCER HEMATOLÓGICO

Marta Ortega Ortega; Raúl del Pozo Rubio

Departamento de Economía Aplicada. *Universidad de Granada*; Departamento de Análisis Económico y Finanzas. *Universidad de Castilla-La Mancha*

Objetivos: Analizar el efecto financiero derivado de la sustitución de cuidados informales por cuidados formales en paciente diagnosticados de neoplasia hematológica.

Material y métodos: Se elaboró y entregó un cuestionario a pacientes oncohematológicos de dos hospitales andaluces. Información socioeconómica, demográfica, clínica y relativa a las horas de cuidado informal recibidas durante la etapa quimioterápica, 1º año postrasplante y 2º-6º año postrasplante fue recopilada. El valor monetario de las horas de cuidado informal se estimó mediante el Método de Sustitución y el umbral de pobreza del hogar se definió a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida. Se utilizaron las medidas de empobrecimiento definidas por Wagstaff y Van Doorslaer (2003) y se determinó el efecto económico sobre el hogar de una potencial ayuda bajo el marco de la Ley de Dependencia.

Resultados: El 48,78%, 43,90% y 41,46% de los hogares ($n=123$) se encuentran por debajo del umbral de pobreza previa sustitución de los cuidados informales por formales en las etapas pretrasplante, 1º año y 2º-6º año postrasplante, respectivamente. Tras la hipótesis de

sustitución, son el 86,9%, 81,3% y 56,9% de los hogares los que se encontrarían ahora por debajo del umbral de pobreza. La posible aplicación de un servicio de ayuda a domicilio temporal, permitiría reducir dicho porcentaje de hogares por debajo del umbral al 80,5%, 68,3% y 53,6%, respectivamente.

Conclusión: Futuras políticas públicas han de ser propuestas para evitar posibles situaciones de empobrecimiento asociadas al cuidado de pacientes oncohematológicos.

O-34. UN ESTUDIO DE LOS COSTES SOCIALES DE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DEMENCIAS ANDALUCÍA

Manuel Ruiz-Adame Reina; Manuel Correa Gómez

Cuidem; Universidad de Granada

Las personas que sufren demencia crecen conforme lo hace el principal factor de riesgo, el envejecimiento. La atención es proporcionada principalmente en el entorno familiar, y sus costes son asumidos fundamentalmente por este. El objetivo de este estudio es analizar el volumen de los costes directos e indirectos de esta atención por las familias, así como características del cuidador principal. **Materiales y método:** 778 entrevistas se realizaron en Andalucía a cuidadores principales mediante entrevistas realizadas por personal entrenado y en colaboración con las Asociaciones de Alzheimer de Andalucía. Un cuestionario electrónico fue diseñado para la recogida de información. Los datos se analizan mediante el método de costes de oportunidad y por el de preferencias reveladas. **Resultados:** El nivel de gravedad incrementa los costes de manera exponencial. Los costes directos suponen el 0,34% del PIB de Andalucía, los indirectos oscilan entre el 1,22% y 2,71%. **Conclusiones:** El perfil de cuidador es eminentemente femenino y vinculado al rol de ama de casa. Ser cuidador limita entrar o mantenerse en el mercado laboral. Asumir el cuidado por el entorno doméstico reduce la demanda de contratación de servicios profesionales por efecto crowding-out. Las personas cuidadores de edad más joven tienen un perfil socio-económico más elevado que las actuales analizadas del perfil promedio. Un nuevo enfoque a la atención de las personas dependientes debe ser considerado por los responsables políticos, así como por otros operadores en el mercado privado.

** Este trabajo ha sido premiado con una bolsa de viaje de la Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento UMA - Janssen.*

MESA DE COMUNICACIONES VIII

Miércoles, 15 de junio de 2016. 17:15 a 18:45 h. (Aula F.20)

Copago

O-35. INFLUENCIA DEL COPAGO EN LA DEMANDA DE SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIOS

Carlos Navarro García; Antonio Sarría

Sin Adscripción; ISCIII

Objetivos: Estudiar el efecto del copago sobre la utilización de urgencias hospitalarias en España.

Material y métodos: Se determina el efecto del copago mediante regresión logística en la utilización de urgencias en los 7 países europeos participantes en el proyecto EUPRIMECARE, ajustando por características de los pacientes y de sus sistemas sanitarios, y se determina mediante la Fracción Atribuible Poblacional la proporción de urgencias que podrían evitarse con la existencia de copago. Finalmente, se calcula el ahorro de costes que provocaría la introducción de medidas de copago de los servicios de urgencia hospitalarios en España.

Resultados: Los resultados sugieren que para países con sistema nacional de salud y atención primaria basada en centros de salud (como es España), el copago reduce la demanda de servicios de urgencia un 20,92%, pudiendo obtenerse un ahorro entre el 0,65% y el 1,01% del gasto sanitario público, en función de los dos escenarios propuestos para su aplicación.

Conclusiones: La inclusión del copago como ticket moderador de la demanda de servicios sanitarios de urgencia demuestra, tal como se evidencia en el presente trabajo, efectividad frente a la reducción global de la demanda en entornos sanitarios similares al español. En todo caso, no contamos con evidencias suficientes a la hora de valorar su efecto sobre la equidad. Asimismo, el efecto que tiene, en términos porcentuales, sobre el gasto sanitario público total es limitado, tal como demuestran los resultados, por lo que la inclusión de medidas de copago debe estudiarse con detenimiento.

O-36. IMPACTO DE LA MODIFICACIÓN DEL COPAGO FARMACÉUTICO (REAL DECRETO-LEY 16/2012) SOBRE LA ADHERENCIA A FÁRMACOS EFECTIVOS TRAS SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Beatriz González López-Valcárcel; Julián Librero; Sofía Bauer; Cristóbal Baixauli; Salvador Peiró; Gabriel Sanfélix-Gimeno

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Gran Canaria; CSISP-FISABIO, Valencia; Departamento de Salud de

Manises, Valencia; Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia.

Objetivo: Estimar el impacto de la modificación del copago farmacéutico en 1/7/2012 sobre la adherencia a medicamentos índice tras síndrome coronario agudo (SCA).

Método: Población: todos los >35 años dados de alta vivos tras hospitalización por SCA en 2009-2011 en la Comunidad Valenciana. Seguimiento: hasta 2013. Exclusiones: quienes cumplieron 65 años durante el seguimiento. Análisis: Construcción (para activos/pensionistas y 4 grupos terapéuticos: AAS, betabloqueantes, IECA/ARA-II, estatinas) de las series semanales del porcentaje de recetas no retiradas (proxy de adherencia) desde los 18 meses previos a los 18 posteriores al 1/7/2012. Se usó un modelo de diferencias en diferencias (DiD) para estimar el efecto inmediato y los cambios en tendencia comparando la adherencia en activos (controles) y pensionistas (intervención).

Resultados: El porcentaje previo de no-adherencia en activos osciló entre el 9% (IECA-ARA) y el 16% (estatinas), siendo menor (5-6%) en pensionistas. Tras la intervención creció 1 punto en activos y 2-3 puntos en pensionistas. El modelo DiD no identificó un impacto diferencial significativo de la intervención en los pensionistas respecto a los activos para AAS y solo marginalmente para betabloqueantes, pero impactó de forma inmediata en la adherencia a IECA/ARA-II y estatinas. El cambio de tendencia posterior es de recuperación del nivel de adherencia previo, más rápida en pensionistas que activos.

Conclusiones: La modificación del copago tuvo un impacto negativo en la adherencia de los pensionistas a tratamientos esenciales tras SCA, que fue transitorio y afectó fundamentalmente a IECA/ARA-II y estatinas.

O-37. CAMBIO DE COPAGO DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA Y EQUIDAD: EVIDENCIA EMPÍRICA EN CANARIAS

Cristina Hernández Izquierdo; Ignacio Abásolo Alessón; Beatriz González López-Valcárcel

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

Objetivos: 1). Comparar la distribución del gasto privado en medicamentos de prescripción ambulatoria del SNS tras el RDL con la que existiría de no haberlo instaurado. 2). Estudiar el efecto de distintos escenarios propuestos para reducir la inequidad del copago en términos de la distribución del gasto farmacéutico privado.

Métodos: Muestra aleatoria (64.000 personas) cubierta por el SNS en Canarias, estratificada por siete áreas-salud y condición de activo/pensionista, con infor-

mación individual longitudinal de dispensación de medicamentos desde un año antes hasta uno después del RDL. En las simulaciones, modificamos el porcentaje de aportación de activos y pensionistas para mitigar la inequidad horizontal existente hacia los activos más pobres. Para una elasticidad-precio de la demanda dada, calculamos el cambio del consumo ante variaciones en la aportación. Además, aplicamos límites de aportación mensual para activos. La concentración del gasto las medimos con: índice de Gini y curva de Lorenz.

Resultados: Tras el RDL, el gasto farmacéutico privado se concentra más en los grupos de mayor renta (Gini=0,041) que de no haberse introducido el RDL (Gini-contrafactual=0,019). Con las simulaciones, se equipara la aportación de activos y pensionistas de igual renta. En los activos, se concentraría el gasto en los grupos de mayor renta (mayor progresividad en la distribución del gasto). Los pensionistas presentan una distribución menos desigual entre los grupos de más y menos renta (menor progresividad en distribución del gasto).

Conclusiones: El modelo de copago simulado es más progresivo que el actual y conseguimos un reparto del gasto, entre activos y pensionistas, más equitativo.

O-38. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y COPAGO FARMACÉUTICO

Sergi Jiménez; Analía Viola

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona GSE y FEDEA; FEDEA

En este trabajo estimamos los efectos del copago en España en el consumo/acceso de medicamentos en dos colectivos, Seguridad Social y Muface, que se distinguen por su nivel de copago farmacéutico, usando datos de la Encuesta Nacional de Salud para los años 2003 a 2012.

Metodológicamente, nuestro trabajo combina elementos de dos técnicas de estimación complementarias: el método de diferencias en diferencias y el método de la regresión discontinua. En base al primer método, comparamos el consumo de individuos cuya única diferencia reside en el hecho de ser (o no ser) funcionarios adscritos a MUFACE. En el segundo caso, explotamos la variación en el nivel de copago que se produce en el momento de la jubilación para los trabajadores adscritos al régimen general de la Seguridad Social.

Los resultados obtenidos indican que la condición de jubilado, dependiendo de la edad de jubilación y el estado de salud, aumenta la propensión a consumir medicamentos con receta entre un 12 y 18 por ciento para los afiliados a la Seguridad Social respecto de los activos, especialmente inducido por la variación en el copago en el momento de la jubilación. Por otra parte, la condición de jubilado tiene un efecto mucho menor, no estadística diferente de cero, sobre los afiliados a Muface, cuyo régi-

men de copago no varía con la jubilación, especialmente para los hombres. Finalmente, encontramos una sustancial variación de los resultados según el grupo de medicamentos, que debe ser tenida en cuenta en la formulación de políticas públicas.

O-39. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS ASOCIADOS AL EMPOBRECIMIENTO DERIVADO DEL COPAGO DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Raúl del Pozo Rubio; Francisco Escribano Sotos; Isabel Pardo García; Román Mínguez Salido; Pablo Moya Martínez

Departamento de Análisis Económico y Finanzas; Departamento de Economía Política y Hacienda Pública, Estadística Económica y Empresarial y Política Económica; Centro de Estudios Sociosanitarios; *Universidad de Castilla-La Mancha*

Objetivos: Analizar los factores sociodemográficos y económicos asociados al empobrecimiento derivado del desembolso del copago de dependencia en los hogares españoles con personas dependientes, según grado de dependencia y comunidad de residencia.

Material y métodos: Se utilizó la encuesta EDAD 2008. Se calcularon los hogares que se situaban por debajo del umbral de pobreza y catastrofismo tras realizar copago de dependencia. Se estimaron modelos de regresión logística binaria (empobrecimiento) y ordenada (catastrofismo) para identificar los factores asociados a dicho empobrecimiento y catastrofismo. Se calcularon odds-ratio y efectos marginales para evaluar la probabilidad de empobrecimiento.

Resultados: El 17,86%, 21,10% y 24,40% de los hogares transita por debajo del umbral de pobreza después de realizar el copago de dependencia, para los grados I, II y III, respectivamente. Las variables asociadas a una mayor probabilidad de pobreza, con diferencias según el grado de dependencia analizado, son los estados civil soltero (OR: 1,73), viudo (OR: 2,07) y separado (OR: 3,02) (categoría de referencia: estado civil casado); tener educación básica incompleta (OR: 2,03) y completa (OR: 1,46) (categoría de referencia: educación media); percibir rentas entre 500 y 1.000 euros (OR: 89,10) y entre 1.000 y 1.500 euros (OR: 7,49) (categoría de referencia: percibir menos de 500 euros mensuales). También residir en Canarias (OR: 5,13), Extremadura (OR: 3,82), Comunidad Valenciana (OR: 3,09) y Castilla León (OR: 3,02) (categoría de referencia: residir en la Comunidad de Madrid).

Conclusiones: El copago de dependencia se configura como un factor importante de riesgo de empobrecimiento para las personas con dependencia.

MESA DE COMUNICACIONES IX

Miércoles, 15 de junio de 2016. 17:15 a 18:45 h. (Aula F.21)

Determinantes socioeconómicos de la salud

O-40. SALUD NUTRICIONAL Y TAMAÑO FAMILIAR EN CATALUÑA DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Ramon Ramon-Muñoz; Josep-Maria Ramon-Muñoz

Universitat de Barcelona; Universidad de Murcia, Departamento de Economía Aplicada

Esta comunicación tiene como principal objetivo analizar la relación existente entre tamaño familiar y salud nutricional. Utiliza datos de estatura que se obtienen de expedientes de reemplazo de reclutamientos militares y los relaciona con la información sobre estructura familiar proporcionada por los censos de población. Parte de la hipótesis sobre la dilución de recursos, que predice una relación negativa entre número de hijos y recursos disponibles, y entronca con recientes estudios históricos que han confirmado esta relación en el noroeste de Europa entre finales del siglo XIX y principios del XX. Así, el trabajo pretende explorar si para los territorios del sur de Europa también podría confirmarse esta hipótesis. En concreto, analiza los casos de ciudades industriales de tamaño medio de Cataluña. A partir del uso de datos de estatura como proxy de la salud nutricional, los primeros resultados, aún provisionales, muestran como el impacto del tamaño familiar sobre la dilución de recursos fue débil durante la primera transición de la fecundidad de finales del siglo XIX. Estos mismos resultados también indican que el tamaño familiar afectó sobre la estatura de los jóvenes sólo en ciertos grupos socioeconómicos y en determinados contextos históricos, y que esta relación no siempre se produjo en la dirección esperada. En suma, el trabajo sugiere que la asociación entre tamaño familiar y salud nutricional está mediatizada por otros factores y, sin negar su validez, también pone de manifiesto que se trata de una conexión mucho más compleja de lo que en ocasiones se ha considerado.

O-41. HOW DIFFERENT SOCIOECONOMIC CONDITIONS AFFECT ECONOMIC INEQUALITY IN THE CATALAN REGIONS

Laia Maynou Pujolras; Laura Serra Saurina

CRES, Universitat Pompeu Fabra; CISAL, Universitat Pompeu Fabra

The main aim of this paper is to show the influence that different socioeconomic variables have on income inequalities. This goal is achieved through the computation of the regional GINI index of our study area (Catalonia) and a random panel data model with two levels: regions and time. The results show that in the Catalan regions unemployment, disability > 65%, lung cancer mortality and ischemic heart disease mortality increase economic inequalities. However, higher education (at 17 years old), temporal contracts and mental health mortality help reduce inequalities in these same regions. Additionally, spatial dependence and significant variability among regions (heterogeneity) is observed.

O-42. POLARIZACIÓN Y SALUD EN ESPAÑA: ¿UN PROBLEMA DE ORDENACIONES NO ORDENADAS?

David Cantarero; Marta Pascual; Carla Blázquez

Universidad de Cantabria. Departamento de Economía

Objetivos: Analizar las desigualdades en salud en España desde el punto de vista de las ordenaciones estocásticas y la polarización en salud. Con este trabajo se pretende demostrar que es posible utilizar métodos alternativos para explorar un fenómeno de interés, como son, las desigualdades en salud.

Material y métodos: Para llevar a cabo el estudio de las distintas distribuciones de salud, se emplean análisis de dominancia estocástica y técnicas de matching. Los datos utilizados son la Encuesta de Condiciones de Vida (EU-SILC) para el periodo 2004-2014 y la Encuesta Nacional de Salud (2011-2012).

Resultados: Los resultados obtenidos indican que la dominancia estocástica tiene aplicabilidad en el ranking de bienestar social, pero no la tiene en el ranking de la desigualdad. Podemos confirmar que existe dominación de primer orden entre 2004 y 2014. Se confirma la existencia de desigualdades salud relacionadas con distintas características socioeconómicas. Adicionalmente, se proporcionan resultados y rankings por Comunidades Autónomas. Otro punto clave en este estudio es el realizado con respecto al impacto del nivel educativo sobre la autovaloración de salud. En este sentido, las diferencias entre el grupo de tratados y el grupo de control son de 0.0270 en 2004, 0,012 en 2005, etc., mientras el estadístico t para H0 es 2.2080, 0.8750, etc., respectivamente para el efecto tratamiento medio sobre los tratados (ATE1).

Conclusiones: Los resultados obtenidos se basan en dos enfoques complementarios. Es de destacar que mientras el enfoque no-paramétrico da resultados muy robustos, el enfoque paramétrico confirma las diferencias según las características socioeconómicas.

O-43. DESIGUALDADES EN LA DISTRIBUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ARGENTINA. UN ESTUDIO A PARTIR DE LAS ENCUESTAS DE FACTORES DE RIESGO DE 2005, 2009 Y 2013

Natalia Jorgesen; Daniel Ferrante; Rubén Torres; Santiago Torales

Universidad ISALUD

Describir los factores de riesgo cardiovascular en la población mayor de 18 años de Argentina. Identificar la existencia de desigualdades en la prevalencia de los mismos por nivel socioeconómico y analizar si las mismas varían en función de la edad, el sexo y la región geográfica.

Estudio descriptivo transversal a partir de datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005, 2009 y 2013. Las ENFR forman parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Se estudió la prevalencia de obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial y colesterol. Se estimaron las brechas para cada una de las variables de interés en relación a medidas representativas de la posición social (nivel educativo, terciles de ingreso, cobertura explícita de salud) y región. Asimismo, se estimaron los odds ratios de cada una de las variables utilizadas para caracterizar el nivel socioeconómico sobre la probabilidad de que el individuo presentara uno, dos o más de los factores de riesgo analizados mediante un modelo multinomial.

El estudio muestra diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de presentar factores de riesgo cardiovascular en relación al nivel de ingreso, nivel educativo y presencia de cobertura explícita de salud, variables utilizadas como proxy de posición socioeconómica. Estas diferencias presentaron un patrón diferencial por grupo de edad, sexo y región, siendo las clases más desfavorecidas y con menor nivel educativo las que mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular presentan.

O-44. ANÁLISIS LONGITUDINAL DEL IMPACTO DE LA PRECARIEDAD LABORAL EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (2007-2011)

Beatriz Fornell Puertas; Vivian Benítez Hidalgo; Manuel Correa Gómez; M^a del Puerto López del Amo; José Jesús Martín Martín

Universidad de Granada

Objetivo: Analizar la relación entre la precariedad laboral y la salud percibida con posterioridad al inicio de la crisis económica (2008).

Material y métodos: Se emplean datos longitudinales de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE), correspondientes a los periodos 2007-2010 y 2008-2011 con

9000 individuos y 36000 observaciones. Se han estimado modelos logísticos longitudinales multinivel (nivel 1, año; nivel 2, individuo; nivel 3: región). La variable dependiente es la salud percibida (buena/mala salud). Las variables independientes individuales utilizadas son: edad, sexo, nivel de estudios, desempleo, renta disponible, carencia material severa, enfermedad crónica y precariedad laboral. Las variables regionales son la tasa de desempleo regional y el PIB per cápita.

Resultados: La precariedad laboral aumenta del riesgo de peor salud percibida (OR de 1,26; $p < 0,005$). La edad (OR de 1,06; $p < 0,005$), estar parado (OR de 1,73; $p < 0,005$), o pertenecer a un hogar con carencia material severa (OR de 1,85; $p < 0,005$), son factores de riesgo. La renta disponible (OR de 0,72; $p < 0,005$) y haber cursado estudios superiores (OR de 0,47; $p < 0,005$) son factores protectores. A nivel regional, la tasa de desempleo (OR de 0,95; $p < 0,005$) y el PIB per cápita (OR de 0,99; $p < 0,005$) son factores protectores.

Conclusiones: La precariedad laboral es un riesgo para la salud en España. El paro y la pobreza también. La regulación del mercado laboral incide en la salud. Este trabajo ofrece el primer análisis con datos de panel en España sobre precariedad laboral y salud percibida con posterioridad a la crisis económica.

MESA DE COMUNICACIONES X

Jueves, 16 de junio de 2016. 9:30 a 11:00 h. (Aula F.19)

Crisis económica y salud

O-45. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN CATALUNYA EN EL PERIODO 2000-2013 ¿QUÉ IMPACTO HA TENIDO LA CRISIS ECONÓMICA?

Cristina Colls; Anna Garcia Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)

Introducción y objetivos: Entre los efectos de la crisis que muestra la literatura está el aumento de la mortalidad por suicidio. La mortalidad por suicidio es una de las causas de muerte prematura que más está creciendo actualmente. El objetivo del estudio es analizar este fenómeno en el periodo 2003-2013, comparando antes y después del inicio de la crisis.

Métodos: Utilizando los datos del registro de mortalidad de Cataluña, se calculó la tasa de mortalidad por suicidio por sexo, edad y comarca de residencia (estandarizada por edad), y se compararon las tasas de 2003-2007 con las de 2010-2013.

Resultados: La tasa de mortalidad por suicidio ha aumentado, exceptuando el año 2009 por un cambio

administrativo. El 76,6% de fallecidos son hombres, siendo los de más de 70 años los más afectados. Comparando el periodo 2004-2007 con el 2011-2013, el grupo que ha sufrido un incremento más relevante han sido las personas de 40 a 60 años. Existe variabilidad entre comarcas.

Conclusiones: El incremento en la tasa entre los 40 y 60 años podría indicar un incremento de la vulnerabilidad de la población en edad laboral debido a los cambios en el mercado laboral a raíz de la crisis. Se prevé la ampliar el análisis con información socioeconómica, de salud y de utilización de servicios anteriores a la defunción.

El Departament de Salut de Catalunya ha implantado el Codi risc de suïcidi con objetivos asistenciales y de prevención.

O-46. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA POBLACIÓN VULNERABLE. ANÁLISIS DEL USO DE SERVICIOS SANITARIOS SEGÚN NIVEL DE COPAGO

Genoveva Barba; Dolores Ruiz-Muñoz; Montse Mías; Cristina Colls; Cristina Adroher; Iria Caamiña; Anna Garcia-Altés

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS)

Objetivos: Los estudios que analizan el impacto de las crisis económicas en la salud encuentran efectos en medidas de salud a largo plazo y en problemas de salud mental, sobretudo en los grupos de población vulnerables. El objetivo de este estudio es analizar la utilización de servicios sanitarios de la población más vulnerable, aproximando este concepto a partir del nivel de copago.

Material y métodos: A partir de bases de datos administrativas, se ha analizado el consumo de psicofármacos, hospitalizaciones, visitas a la atención primaria y a centros de salud mental de la población de 15 a 64 años el año 2014. Se ha utilizado la identificación de exención de copago, y se ha comparado el uso de servicios sanitarios de las personas exentas y no exentas, estandarizando por edad.

Resultados: En Cataluña el año 2014 había 187.775 personas de 15 a 64 años exentas de copago (2,3% de la población). Las personas exentas tenían el doble de probabilidad de consumir psicofármacos que la población con copago y una probabilidad 1,5 veces mayor de ser ingresadas en el hospital. Este grupo realizó un número de visitas a la atención primaria 1,4 veces más alto y fue atendido en centros de salud mental 3,5 veces más.

Conclusiones: La población exenta de copago (en paro que ha perdido el derecho al subsidio, con rentas de integración social o con pensiones no contributivas, principalmente) hace un uso de servicios sanitarios mayor. Las políticas de protección social deben prestar atención a este grupo poblacional.

O-47. RECESIÓN ECONÓMICA (2006- 2012) Y AUMENTO DEL CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Shirley Beatriz Pérez Romero (1); Juan José Gascón Cánovas (2); Pedro Parra Hidalgo (2); Olga Monteagudo Piqueras (3)

(1) Servicio Murciano de Salud (UD Medicina Preventiva y Salud Pública); (2) Universidad de Murcia (Departamento ciencias socio-sanitarias); (3): Servicio Murciano de Salud – Consejería de Sanidad (Subdirección Gral de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación)

Objetivo: Analizar la relación entre el aumento del consumo de medicamentos ansiolíticos y somníferos en población española con la recesión económica (2006/2012).

Metodología: Estudio transversal comparativo utilizando la Encuesta Nacional de Salud de España, 2006/2007 y 2011/2012. Mediante modelos de regresión logística, se analizó la relación entre consumo de medicamentos ansiolíticos y somníferos (indicador de salud mental) y los dos periodos económicos; se incluyeron como variables de ajuste, el período de estudio (declive económico vs pre-recesión) y características sociodemográficas; se estimaron así razones de momios ajustadas (OR) y estratificadas por sexo.

Resultados: aumento de consumo de somníferos y ansiolíticos significativamente asociado con la recesión económica tanto en hombres (OR=2.3; IC95% 1.8-2.8) como en mujeres (OR=1.7; IC95% 1.4-1.9). Consumo más probable en mujeres con menor nivel de estudios (OR=1.83; IC95% 1.4-2.4). En ambos sexos, se observa aumento del consumo conforme disminuye el apoyo social percibido, en situaciones de discapacidad. Para hombres y mujeres, estar en un intervalo de edad entre 16 y 44 años resultó ser un factor protector en relación con el intervalo de 45 a 64 años (OR hombres [25-44 años]=0.75, $p<0.01$; OR mujeres [25-44 años]=0.54, $p<0.01$). Para ambos sexos, tener empleo resultó un factor protector del consumo de tranquilizantes en relación con estar desempleado

Conclusiones: La recesión económica mostró relación con el aumento del consumo de somníferos y ansiolíticos para ambos sexos. Más probable el consumo en mujeres de nivel económico bajo. Estar empleado disminuye la probabilidad de consumir tranquilizantes.

O-48. CRISIS ECONÓMICAS Y SALUD POBLACIONAL: APLICACIONES DE LOS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

José Miguel Martínez Carrión; Antonio David Cámara

Universidad de Murcia; Universidad de Jaén

La salud es un componente central del bienestar humano y un factor del capital humano de cualquier sociedad y, por tanto, del desempeño económico de la misma. De hecho los indicadores de salud (tanto intermedios como de resultado) han cobrado una relevancia notable en los debates sobre la influencia de los procesos económicos sobre las condiciones de vida de las sociedades actuales y del pasado. En esos debates el protagonismo de indicadores complementarios a la mortalidad ha sido incuestionable al calor del creciente interés por los resultados no fatales de dichos procesos económicos.

El objetivo de esta comunicación es ilustrar las potencialidades del indicador antropométrico de la estatura en el diagnóstico del impacto de las crisis económicas sobre la salud de la población. Lo haremos para distintos contextos históricos caracterizados por regímenes demográficos, patrones epidemiológicos y coberturas asistenciales diversos. Para ello se utilizan datos de estatura masculina medida procedentes del reclutamiento militar por quintas en España (vigente desde el siglo XVIII) así como datos de estatura masculina y femenina autodeclarada procedentes de la Encuesta Nacional de Salud. En ambos casos estos datos antropométricos se complementan con microdatos sociodemográficos y datos agregados de mortalidad y producto interior bruto.

Los análisis que se presentan se centran en tres aspectos específicos: el impacto de las crisis económicas sobre el estado nutricional neto de la población española, el comportamiento de los diferenciales socioeconómicos de estatura en dichas coyunturas económicas y la relación entre los resultados de mortalidad pre-adulta y de la estatura generacional.

O-49. ANÁLISIS MULTINIVEL DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL DESEMPLEO DE LARGA DURACIÓN ANTES Y DURANTE EL PERÍODO DE CRISIS ECONÓMICA EN ESPAÑA 2004-2011.

Vivian Benítez Hidalgo; José Jesús Martín; Maria del Puerto López; Manuel Correa; Beatriz Fornell

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Granada

Objetivos: Estudiar la relación entre tiempo de desempleo y salud individual antes y durante la crisis económica en España.

Material y métodos: Se estiman modelos longitudinales logísticos multinivel con 3 niveles para la salud percibida (año, individuo, región). Los datos proceden de la Encuesta de Condiciones de Vida, con 14811 observaciones (2004-2011) y 17194 (2008-2011) correspondientes a 3994 y 4464 individuos. Las variables explicativas son las sociodemográficas, enfermedad crónica, nivel educativo, renta equivalente, privación material severa y tiempo de desempleo.

Resultados: Durante 2004-2007, únicamente el in-

tervalo de 12 a 23 meses sin empleo es significativo, con un aumento del 38% de riesgo de peor salud percibida. En el periodo 2008-2011, el tiempo de desempleo implica un incremento del riesgo de peor salud percibida (40% de 12 a 23 meses; 49% de 24 a 35 meses y 117% de 36 a 48 meses). En ambos periodos la renta es un factor protector (20% y 29% respectivamente) y pertenecer a un hogar con carencia material es un factor de riesgo (111% y 159% respectivamente).

Conclusiones: La crisis económica aumenta el riesgo de peor salud percibida para los desempleados de larga duración así como para las personas con privación material severa. Esta mayor influencia puede estar relacionada con un aumento del estrés derivado de la incertidumbre sobre el futuro. Es el primer trabajo a nivel nacional que analiza la diferente asociación entre duración del desempleo, privación social y salud percibida antes y después de la crisis.

MESA DE COMUNICACIONES XI

Jueves, 16 de junio de 2016. 9:30 a 11:00 h. (Aula F.20)

Evaluación económica

O-50. COSTES EVITABLES POR FALTA DE PREPARACIÓN DEL PACIENTE EN LAS COLONOSCOPIAS

Daniel Moreno Sanjuán; Nuria García-Agua Soler; Maria A. Gallardo Abollado; Antonio Garcia Ruiz; Maria Jose Gómez Márquez; Carmen Bustamante Rueda

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. UMA-Janssen y Servicio Andaluz de Salud.

Objetivo: Cuantificar el coste directo y de oportunidad generado como consecuencia de repetir/cancelar las colonoscopias por falta de preparación del paciente en un hospital de tercer nivel.

Método: Se han identificado todos aquellos pacientes, durante un mes, que tras haberseles citado para realizarse una colonoscopia han tenido que ser desprogramados o suspendidos, antes o durante el transcurso de la exploración, por una deficiente preparación del colon.

Resultados: Durante un mes se han citado 528 pacientes para colonoscopia. Edad media: 65 años, siendo el 63% hombres. Se han detectado 57 casos que el día de la prueba no se ha podido realizar por falta de preparación, y 4 pacientes que rechazaron hacérsela por otras causas. El coste de una colonoscopia, ajustado por UPC es de 61,52€ sin biopsia y 160€ con biopsia. De las 57 colonoscopias afectadas, 7 eran con biopsia y 50 sin biopsia, siendo el coste de tener que repetir las de 4.196€.

Conclusiones: Se observa que existe una desprogramación, y reprogramación posterior, de colonoscopias muy elevada y que en el mes evaluado supone 4.196€. Si se extrapolara el coste de repetir las al total del año, éstos sobrepasarían los 50.000€ anuales. En el año 2015 se han realizado en ese hospital 5.372 colonoscopias (448 de media al mes). Se estima que las desprogramaciones anuales por falta de preparación es de 600, con lo que el coste de oportunidad de repetir las es de 6 semanas al año, no pudiendo dedicar ese tiempo a realizar nuevas colonoscopias u otras pruebas médicas.

O-51. COSTE-EFECTIVIDAD DE BAROSTIM PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN ESPAÑA

Marcelo Soto; Laura Sampietro-Colom; Joan Sagarra; Josep Brugada-Terradelles

Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; Hospital Clínic de Barcelona

Introducción y objetivos: En España, el 0.3% de hipertensos son refractarios a tratamiento convencional. Las complicaciones derivadas de un control deficiente conducen a una mala calidad de vida para el paciente y a un coste importante para el sistema sanitario. Barostim® es un dispositivo implantable que busca reducir la presión arterial de estos pacientes. El objetivo de este estudio es analizar el coste-efectividad de Barostim comparado con terapia farmacológica en pacientes hipertensos refractarios a tratamiento convencional (al menos tres fármacos antihipertensivos siendo uno de ellos un diurético).

Métodos: Modelo de Markov adaptado a la epidemiología de la población española que simula la historia natural de una cohorte de pacientes con hipertensión arterial refractaria a lo largo de su vida. Los datos sobre efectividad de los tratamientos se obtuvieron de la literatura y los de costes de las bases de datos administrativas hospitalarias y de fuentes oficiales en caso necesario. Se realizaron análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico.

Resultados: Barostim redujo los eventos clínicos asociados a la hipertensión y aumentó en 0.78 el número de años de vida ajustados por calidad. El ratio coste-efectividad incremental para una cohorte de hombres alcanzó los 68 726 euros por año de vida ajustado por calidad. Uno de los principales elementos que encareció la tecnología fue el coste del recambio de la batería. Los resultados fueron robustos.

Conclusiones: Barostim no es una estrategia coste-efectiva para el tratamiento de la hipertensión refractaria en España. Reducciones futuras en el precio del recambio mejorarían su ratio coste-efectividad.

O-52. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS

Zuzana Špacírová; Leticia García Mochón; María del Puerto López del Amo González; José Jesús Martín Martín; David Epstein; Pilar Ruiz Cabello; Milkana Borges Cosic; Rubén Peces Ramas; Ana Andrade

Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. *Universidad de Granada*; Escuela Andaluza de Salud Pública; Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. *Universidad de Granada*

Objetivos: Evaluar un programa de ejercicio físico para mujeres perimenopáusicas en edades comprendidas entre 45 y 64 años.

Material y métodos: Se han analizado 150 mujeres, asignadas aleatoriamente al grupo de control (n=76) o de intervención (n=74). El programa de ejercicio físico, de dieciséis semanas de duración, constó de entrenamiento 3 días/semana (60 min/sesión). El estudio se ha realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Los resultados en salud han sido medidos en Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) mediante el cuestionario EuroQol. Se ha considerado el total de costes directos, integrado por los costes de las visitas en atención primaria, atención especializada, urgencias, medicamentos y monitor. Los resultados se han expresado en Ratio Coste-Efectividad Incremental. La robustez del modelo se ha contrastado con bootstrapping de 1.000 repeticiones. Se han construido el plano coste-efectividad y la curva de aceptabilidad.

Resultados: La efectividad expresada en AVAC al final de la intervención era de 0,2643 en el grupo de control y de 0,2697 en el de intervención. Los costes totales han sido de 163,22€ en el grupo de control y 164,50€ en el de intervención. El programa tiene un Ratio Coste-Efectividad Incremental de 235,96€/AVAC.

Conclusión: Para un umbral de 20.000€/AVAC el programa es coste-efectivo. El análisis de bootstrapping señala que el programa tiene poco margen de incertidumbre. Mencionar que es un proyecto pionero que puede tener un importante impacto en las políticas sanitarias, pues podría suponer disminuir la sintomatología típica menopáusica concurriendo una disminución del uso de fármacos.

O-53. MODELO DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA EXCLUSIÓN DE TADALAFILO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. EJERCICIO TEÓRICO

Carlos Miñarro Jiménez; Daniel Callejo Velasco; David Gasche

IMS Health

Objetivos: Estimar el impacto presupuestario (IP) para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de la exclusión de tadalafilo en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP).

Métodos: Se ha elaborado un modelo de IP comparando dos escenarios, el primero analiza el presupuesto del SNS para el tratamiento de HAP incluyendo tadalafilo y el segundo excluyéndolo. Se han tenido en cuenta sólo los fármacos indicados para HAP, considerando únicamente los costes farmacológicos, a precios de venta del laboratorio (euros del 2015) y las dosis según ficha técnica. Las cuotas de mercado han sido obtenidas de una base de datos de IMS Health (Dataview). Para el escenario sin tadalafilo se ha supuesto que su cuota se repartiría de manera proporcional entre el resto de fármacos. Se ha realizado análisis de sensibilidad univariante modificando la prevalencia y las cuotas de mercado según intervalo de confianza.

Resultados: El coste total del escenario sin tadalafilo es de 8.342.431€ frente a 8.164.499€ en el escenario con tadalafilo, lo que equivale a un sobrecoste de 177.931€ (2,13%) con su exclusión del SNS. El coste medio por paciente HAP, respectivamente, es 13.392€ frente a 13.684€. Los resultados del análisis de sensibilidad muestran una robustez en el modelo con un resultado en la exclusión de tadalafilo que supondría un mayor coste tanto al variar la prevalencia como las cuotas de mercado de los comparadores.

Conclusiones: El presente estudio demuestra que la exclusión de tadalafilo del SNS para el tratamiento de HAP supondría un mayor coste para el SNS.

O-54. ANÁLISIS DE LAS DECISIONES Y CRITERIOS DE COSTE-EFECTIVIDAD EMPLEADOS POR AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (HTA) A NIVEL INTERNACIONAL

Ruth Puig-Peiró; Laura Planellas; Marta Bosch Garriga; Carme Barrull; Antoni Gilabert Perramon; Míriam Solozabal

Servei Català de la Salut (CatSalut); IMS Health

Objetivo: En el contexto de implementación de la evaluación económica (EE) de medicamentos, el CatSalut pretende revisar las decisiones de recomendación y los criterios de coste-efectividad considerados por 7 agencias HTA internacionales para una muestra de 49 indicaciones oncológicas.

Metodología: Se revisó los informes disponibles hasta 30/10/2015 en las webs de NICE, SMC, IQWiG, HAS, TLV, pCODR y PBAC. Se extrajo información sobre la decisión de recomendación y los criterios considerados para cada indicación. En los informes con EE, se analizó la relación entre los tipos de recomendación (con/sin condiciones/restricciones) y los RCEI considerados.

Resultados: Se identificó 294 informes. TLV fue la agencia con más recomendaciones positivas (97%), seguida por HAS (96%), IQWIG (83%), pCODR (81%), PBAC (60%), SMC (55%) y NICE (45%). Más de la mitad de las recomendaciones del SMC, TLV, pCODR y PBAC incluyeron restricciones/condiciones específicas de uso. Los RCEI en indicaciones recomendadas sin restricción ni condición se situaron por debajo de 50.000€ por AVAC en todas las agencias, menos TLV (hasta 107.080€/AVAC) y HAS (solo una EE con RCEI de 227.358€/AVAC). A pesar de observar una elevada variabilidad entre agencias, se aprecia una asociación positiva entre el RCEI y el carácter restrictivo de las recomendaciones.

Conclusiones: Se observó una alta variabilidad en las decisiones y RCEI empleados. Dicha variabilidad podría explicarse por motivos técnicos –diferentes criterios de decisión- y estratégicos –vinculación de la decisión y su impacto en el uso de los medicamentos. Un análisis futuro incluirá las recomendaciones del CatSalut para estas mismas 49 indicaciones.

O-55. COSTE ECONÓMICO DIRECTO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA BASADO EN REAL WORLD DATA

1 Vicent Caballer-Tarazona; 2 Inmaculada Saurí-Ferrer; 3 Nagore Fernández-Llanio-Comella; 4 Alejandro San-Martín-Álvarez; 1 Aurea Jordán-Alfonso; 1 David Vivas-Consuelo; 5 José Andres Román Ivorra; 6 Paloma Vela Casasempere

1 *Universitat Politècnica de València. Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud*; 2 Oficina de Farmacoeconomía. Subdirección General de Optimización e Integración. Dirección General de Farmacia i Productos Sanitarios. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública; 3 Hospital Arnau de Vilanova; 4 Hospital de Elda; 5 Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia; 6 Hospital Universitario General de Alicante

Objetivo: El objetivo del estudio es determinar el coste directo de los recursos sanitarios asociados al control y tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en España.

Método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los años 2013 y 2014 incluyendo todos los pacientes con diagnóstico LES en la Comunidad Valenciana (CV) (n= 4.030 y 4.422 pacientes). Los datos fueron obtenidos de los registros electrónicos de salud. Las variables consideradas fueron las siguientes: sociodemográficas, farmacéuticas y recursos sanitarios (atención primaria y hospitales) y comorbilidad. Se analizaron los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con el coste de la enfermedad utilizando regresión múltiple y regresión multivariante.

Resultados: En los años 2013 y 2014 el 10,76% de los pacientes españoles con LES fueron graves. El 84,90% de los enfermos fueron mujeres y la edad media de la muestra fue de 50,76 años. El coste anual por paciente asociado a LES fue de 6.538,54€, 3.795,65€ y 1.700,70€ en pacientes graves, moderados y no graves respectivamente.

Conclusiones: El coste asociado con el control y tratamiento del LES es mayor en pacientes graves debido a los problemas renales, la depresión y los daños de la enfermedad.

O-56. VALORACIÓN DE ESTADOS DE SALUD CON LA DOBLE LOTERÍA: EFECTOS DE FORMATO

Eva Rodríguez Míguez; José Luis Pinto Prades; Jacinto Mosquera Nogueira

Universidad de Vigo; Universidad de Navarra; Glasgow Caledonian University; SERGAS

Objetivos: Analizar si la valoración de los estados de salud obtenida mediante la doble lotería es sensible al formato (F) utilizado.

Material y métodos: Se entrevistó a 455 participantes de la población general y se utilizaron 3 formatos. Los entrevistados fueron aleatoriamente asignados a uno de los formatos y valoraron 9 estados. Los participantes debían elegir entre el programa A con una probabilidad p (25% en F1, 50% en F2 y 75% en F3) de curación y $(1-p)$ de permanecer en el estado evaluado; y el programa B con una probabilidad q de curación y $(1-q)$ de muerte. El valor q se iba modificando hasta alcanzar la indiferencia. Se contrastó si el formato de pregunta influye en: 1) la probabilidad de que un estado sea considerado mejor que la muerte, 2) la distribución de utilidades y 3) la valoración media de los estados.

Resultados: El formato de pregunta no influye en la probabilidad de que un estado sea considerado mejor que la muerte pero sí en la distribución y en la valoración media de los estados mejores que la muerte. El F3 proporciona en algunos estados distribuciones significativamente distintas al F1, provocando a nivel agregado valoraciones de los estados significativamente mayores.

Conclusiones: Aunque la doble lotería ya ha sido utilizada para valorar estados de salud y presenta buenas propiedades como método de estimación de utilidades, la influencia del formato debe ser tenida en cuenta si el uso de este método de valoración en la evaluación económica gana peso.

MESA DE COMUNICACIONES XII

Jueves, 16 de junio de 2016. 9:30 a 11:00 h. (Aula F.21)

Mercado laboral y salud

O-57. EFECTO DEL DESEMPLEO SOBRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN COSTA RICA, 2000-2013

Marco Castillo Bastos; Fernanda Chacón Mata; Stefanny Quesada Navaro; Karla Anchía Peña; Juan Rafael Vargas; Yanira Xirinachs-Salazar

Centro Centroamericano de Población - Universidad de Costa Rica

En este estudio se tiene por objetivo analizar la relación entre desempleo y las principales causas de muerte en las regiones de Costa Rica para el período 2000 a 2013, utilizando datos de panel obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Después de controlar el efecto de algunas variables que pueden afectar el estado de salud, se encontró que la tasa de desempleo en general no tiene efectos sobre estas causas con dos excepciones: homicidios y VIH-SIDA. En estos dos casos se determinó que la mortalidad presenta un comportamiento contra cíclico. En particular, se encuentra que un aumento de 1 punto porcentual en la tasa de desempleo genera un aumento de 1,02 puntos porcentuales en la tasa de homicidios y de 0,25 en la de VIH-SIDA. Estos resultados concuerdan con la escasa literatura regional al respecto, y se espera con ellos, incentivar el estudio de este tema.

O-58. PARENTS JOB LOSS AND CHILDREN'S HEALTH

Elena Arroyo Borrell; Marc Saez; Pilar García-Gómez

Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS), *University of Girona, Spain*; CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP); 3 Erasmus School of Economics, Erasmus University Rotterdam, and Tinbergen Institute, the Netherlands.

Background: Literature has been focused on the effects of unemployment on individual's health, and little is known about the effects on other family members, especially on children. This study is aimed to find associations between the job loss of parents and child's health outcomes, such as self-assessed health (SAH), chronic diseases and life-styles.

Methods: We use eight waves from the Families and Children Survey (FACS). It contains data from families within the Great Britain and runs from 2001 to 2008. We use two-part Hurdle model and Bayesian methods for the inference.

Results: When we assess the association between job loss of parents with the self-assessed health of their children, first compared to the ones who have lost category at work, we find out that the risk of bad SAH for the child decreases by 43% when one parent losses their job. We control our model by confounders and also by using self-reported outcomes of health for parents such as SAH, mental health problems, life-style habits, and some chronic diseases. We also compare the job loss of parents with parents who were unemployed during the whole period, and again the risk of reporting bad SAH for the child decreases by 34,7% compared to children of unemployed parents.

Conclusions: The job loss of parents related to unemployed parents or who have lost category at work seems to lead to a lower risk of children to report bad SAH. One reason may be the increase of time to take care of children.

O-59. SOBREPESO, OBESIDAD Y MERCADO DE TRABAJO EN ESPAÑA. UN ESTUDIO DE DISCRIMINACIÓN.

Nuria Benítez Llamazares

Universidad de Málaga

En esta investigación intentamos determinar si el índice de masa corporal (siglas IMC – en inglés BMI o Body mass index-), tomado como indicador habitualmente empleado en la medición del sobrepeso y la obesidad, es un factor determinante a la hora de incorporarse y participar en el mercado laboral español y, adicionalmente, si incide en la dedicación laboral de los hombres y mujeres trabajadores (dedicación a tiempo parcial o a tiempo completo). Los datos empleados provienen de la Encuesta Europea de Salud en España que se realizó por primera vez en 2009 y cuya segunda edición acaba de ser publicada recientemente. Hemos llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos y hemos analizado económicamente la muestra mediante dos métodos de estimación diferentes: probit ordenado y tobit.

Los resultados de la investigación demuestran que efectivamente el IMC influye sobre la situación laboral de los hombres y mujeres residentes en España. Así, hasta un determinado nivel de peso (índices de masa corporal masculino y femenino de 26,50 y 24,42 de media respectivamente) la influencia del IMC es positiva en la probabilidad de participar en el mercado laboral; cifras a partir de las cuales, conforme incrementa el IMC del individuo dicha probabilidad disminuye. En el caso de la dedicación laboral el efecto del IMC sobre la misma se registra con niveles significativos únicamente en el caso de las mujeres, demostrándose que alcanzado un determinado nivel de IMC (27,70) la probabilidad de las mujeres de estar trabajando a tiempo completo desciende.

O-60. ¿AFECTA LA OBESIDAD A LAS POSIBILIDADES DE CONSEGUIR UN EMPLEO EN ESPAÑA? DISEÑO DE UN EXPERIMENTO DE CAMPO

José María Ramos; M. Belén Cobacho

Universidad Politécnica de Cartagena

La obesidad constituye hoy en día un grave problema en el ámbito de la salud pública. Su prevalencia ha aumentado notablemente en las últimas décadas, e informes recientes de la OMS hablan de "epidemia" de obesidad en unos años. Analizar los determinantes de la obesidad y sus consecuencias en términos no sólo de salud sino también económicos y sociales constituye una cuestión de máxima importancia para las políticas públicas.

La discriminación por obesidad en el mercado laboral ha sido extensamente analizada, mediante ecuaciones de salarios en su mayoría, con resultados que muestran, para el caso español, que los salarios de las mujeres obesas son inferiores a los de las no-obesas, o que las mujeres obesas tienen menor probabilidad de estar empleadas que las no-obesas. Sin embargo, las estrategias utilizadas en la literatura para inferir causalidad de la obesidad en la existencia de discriminación laboral son discutibles por requerir fuertes supuestos raramente satisfechos.

En este trabajo se describe el diseño de un experimento de campo para analizar la existencia de un trato diferencial contra las personas obesas en el mercado laboral en España. En dicho experimento, dos individuos ficticios igualmente cualificados envían una solicitud a una oferta de empleo, incluyendo en su currículum vitae una fotografía. Los individuos son de aspecto muy similar, con la diferencia de ser uno obeso y el otro no. Se miden entonces las tasas de respuesta para analizar si los individuos obesos tienen menor probabilidad o no de ser contactados.

O-61. IMPACTO ECONÓMICO DE POLÍTICAS ACTIVAS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Salvador Puigdengolas Rosas; David Vivas Consuelo; Isabel Barrachina Martínez

Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo; Dpto. de Economía y Ciencias Sociales. Universitat Politècnica de Valencia

Introducción: Desde el 2005 se implementaron en España planes de actuación para la mejora de la seguridad y salud en el trabajo y reducción de accidentes que, según datos del Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo, han repercutido en una reducción de siniestros mortales y, directamente, en costes asegurados. Resultados cuantitativos que no han sido valorados desde

perspectivas de análisis de variaciones por regiones y sectores económicos predominantes, así como por otras variables.

Objetivo: Analizar el impacto económico de la siniestralidad laboral mortal por sectores productivos entre regiones determinando la influencia de políticas por Comunidad Autónoma, Código de Ocupación, tamaño de empresa,...

Material y métodos: Material de análisis a partir de datos oficiales de organismos públicos: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Observatorio Estatal de Condiciones de Trabajo e Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo, en periodo 2010-2015.

Estandarización indirecta y análisis de costes económicos de accidentes laborales mortales utilizando baremos de costes asegurados según resolución publicada en el BOE, determinando, por sector y actividad predominante, cuantías esperadas y producidas.

Resultados: Mapa de siniestralidad por sectores productivos de referencia por región y valoración de siniestralidad esperada con la producida, por sector productivo predominante. Los costes asociados a las contingencias profesionales aseguradas permitirán definir políticas activas mediante comparación sectorial de siniestralidad por accidentes mortales por Comunidad Autónoma.

Conclusiones: Permitir diseñar políticas activas en prevención de riesgos para región según modelo productivo o sectores de actividad predominantes.

MESA DE COMUNICACIONES XIII

Jueves, 16 de junio de 2016. 11:30 a 13:00 h. (Aula F.20)

Health-related quality of life

O-62. ESTIMATION OF THE EQ-5D-5L VALUE SET FOR PORTUGAL. METHODOLOGICAL ISSUES AND PRELIMINARY RESULTS

Pedro L Ferreira; Lara Ferreira; Luís N Pereira; Patrícia Antunes

CEISUC

Objective: Many agencies that regulate the economic evaluation of drugs and other health technologies advise the use of preference-based instruments as outcome measure in cost-utility analysis. Although the EQ-5D-3L is still the most popular preference-based instrument worldwide, we anticipate that in a near future the use of the new version EQ-5D-5L will grow and possibly overtake the previous one.

The purpose of this study is to elicit EQ-5D-5L health states preferences from the general Portuguese population and to estimate the Portuguese value set to assign values to all the EQ-5D-5L health states.

Methods: We followed the EQ-5D-5L valuation protocol and we collected the data in face-to-face computer assisted personal interviews. The respondents were asked to evaluate ten EQ-5D-5L health states using the time-trade-off (TTO) technique, followed by a discrete choice experiment (DCE) task, where they were asked to complete seven paired comparisons.

Results: Using a systematic sampling mechanism, 10 trained interviewers elicited TTO and DCE scores on a total of 1,000 inhabitants, a representative sample of the Portuguese population with regard to gender, age groups and urban/rural areas. Several econometric models were estimated and were analyzed in terms of their coefficients, overall fit and prediction ability.

Conclusions: This work provided the Portuguese EQ-5D-5L value set based on the preferences of the Portuguese population.

O-63. COMPARING EQ-5D-3L AND EQ-5D-5L IN THE PORTUGUESE GENERAL POPULATION

Pedro L Ferreira; Lara Ferreira; *Luís N Pereira*; Patrícia Antunes

CEISUC

Objective: The EQ-5D is a generic preference-based measure of health for use in economic evaluation. To improve this instrument's sensitivity and discriminatory power and to reduce the ceiling effect reported for some respondents, the EuroQol Group has recently expanded this instrument by adding two intermediate response levels (EQ-5D-5L) defining a total of 3,125 health states. This study aimed to compare both EQ-5D versions using data from two representative samples of the Portuguese general population.

Methods: EQ-5D-3L data was available from a sample of 1,500 respondents and EQ-5D-5L data was available from 1,000 participants. Both samples were representative of the general Portuguese population according to age, gender and regions. Data was compared in terms of feasibility (missing values), inconsistency, ceiling effect, level of agreement, discriminative properties, known-groups validity and health status reported in the descriptive system.

Results: Though both instruments showed a good feasibility, the EQ-5D-5L had a higher completion rate, which is consistent with other studies. Our findings show that participants used all new levels within each of the dimensions. Quantitative results showed a ceiling effect reduction and a high level agreement between both indices. Known-groups validity was confirmed for both indices. Regarding the discriminative properties,

the indices did not present statistically significant differences in their discriminatory capability. A wider spread of health states was reported in the EQ-5D-5L.

Conclusions: The EQ-5D-5L version contributed to a significant reduction in the ceiling effect. The EQ-5D-5L performed better than the EQ-5D-3L and appears a valid and reliable extension of the three-level system.

O-64. ASSESSING QUALITY OF LIFE OF SELF-REPORTED RHEUMATIC PATIENTS

Pedro L. Ferreira; Sónia P. Gonçalves; *Lara N. Ferreira*; Luis N. Pereira; Patrícia Antunes; Nélia Gouveia; Ana Rodrigues; Helena Canhão; Jaime Branco

Faculty of Economics, University of Coimbra; EpiReumaPt Investigation Team – Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Instituto Piaget; Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; *University of the Algarve-ESGHT*; *Centre for Health Studies & Research-CEISUC, University of Coimbra*; Centro de Investigação sobre o Espaço e as Organizações (CIEO), Universidade do Algarve; Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC) da NOVA Medical School, Universidade Nova de Lisboa (NMS/UNL); EpiDoc Unit – Unidade de Epidemiologia em Doenças Crónicas (CEDOC, NMS/UNL); Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN-E.P.E); Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO- E.P.E.)

To assess the health-related quality of life (HRQoL) in patients with self-reported rheumatic diseases (RD), to classify self-reported rheumatic patients in groups according to their health state and to explore the associations between health status and sociodemographic variables.

Data came from the Portuguese Epidemiologic study of the RD. A sample of the Portuguese population aged 18 or more (n=10,661) stratified by region and locality dimension was interviewed by trained interviewers and answered a standardized questionnaire that included the SF-36v1, the EQ-5D-3L, medical history, identification of potential rheumatic diseases, sociodemographic characteristics, among others. Descriptive statistics and parametric tests were used to compare HRQoL of respondents with and without RD. Comparisons with normative data from the Portuguese population were also carried out. A cluster analysis was used to classify respondents into homogeneous groups. Regression analyses were used to identify factors associated with HRQoL.

Respondents with self-reported RD assigned a lower self-perception to their health status. The burden of disease was observed mainly in physical function, role physical and bodily pain. The EQ-5D-3L dimensions

show similar results: the intensity of problems is significantly more evident in respondents with self-reported RD. HRQoL of respondents with self-reported RD is related to sociodemographic variables and is significantly lower when compared with the Portuguese population. Four clusters of homogeneous respondents with self-reported RD were formed and characterized according to a number of variables. Factors associated with HRQoL were identified.

Suffering from a self-reported RD has a significant impact on self-perceived health status and on the HRQoL.

O-65. UMBRAL DEL COSTE POR AÑO DE VIDA AJUSTADO POR CALIDAD EN ESPAÑA

Laura Vallejo-Torres; Borja García-Lorenzo; Iván Castilla; Cristina Valcárcel-Nazco; Lidia García-Pérez; Renata Linnertová; Pedro Serrano-Aguilar

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); Universidad de la Laguna; Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS)

Objetivo: El objetivo de este trabajo es ofrecer una estimación empírica del umbral de coste-efectividad en España basado en el coste de oportunidad de las decisiones de financiación sanitaria. La estimación de dicho valor nos permite evaluar si las ganancias en salud asociadas a la incorporación de nuevas tecnologías exceden a las pérdidas en salud debidas a la desviación de fondos que se requieren para financiarlas.

Métodos: Empleamos una metodología similar a estudios recientes en Reino Unido que ofrecen una aproximación del coste de oportunidad a través del coste por Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC) al que opera el sistema sanitario. Construimos una base de datos con información de las 17 CCAA durante el periodo 2008-2012. El análisis econométrico se basa en un modelo que estima el efecto del gasto sanitario sobre la salud de la población, empleando efectos fijos de la CCAA y del año, retardos en las variables explicativas y ajustando por una amplia batería de variables de control. Empleamos además técnicas de variables instrumentales para controlar por la posible endogeneidad. Nuestra medida de resultados en salud es la Esperanza de Vida Ajustada por Calidad (EVAC).

Resultados: Estimamos un efecto positivo y estadísticamente significativo del gasto sanitario sobre la EVAC. En base a dicha estimación se calculó un coste promedio por AVAC entre los 21.000€ y 24.000€.

Conclusiones: Este trabajo ofrece por primera vez una estimación empírica del coste de oportunidad que puede ser empleada como herramienta para la fijación del umbral de coste-efectividad en España.

O-66. ASSOCIATION BETWEEN HEALTH RISK BEHAVIOURS: TOBACCO AND ALCOHOL

Ana Maria Reis; Óscar Lourenço; Carlota Quintal

University of Coimbra: FEUC.

Tobacco and alcohol consumption are listed among the 10 leading risk factors that cause death and disability-adjusted life years in the world, with economic and social consequences as well.

Although some studies analyse tobacco and alcohol consumption separately, there is a lack of empirical evidence on the effects of socioeconomic factors that influence both, and on the potential bi-directional effect between tobacco and alcohol consumption.

The aim of this study is to empirically discuss the potential relevance of implementing concerted policies concerning tobacco and excessive alcohol consumption.

We propose a bivariate probit model to analyse the variables that influence alcohol and tobacco consumption, in order to control potential bias related to endogeneity problems. Additionally the joint probabilities were estimated. Two measures of excessive alcohol consumption were considered to identify potential differences between distinct dependence degrees.

The results reveal differences associated with different alcohol consumption measures. Tobacco consumption is correlated with drinking problems, but the correlation coefficient between tobacco and heavy drinking is not statistically significant. Age and physical activity reduce the probability of simultaneous tobacco and alcohol consumption, and men are more like to consume the two goods together, regardless of the alcohol measure selected.

Considering the results obtained, it seems to be useful to adopt joint policies considering both smoking and drinking problems, focused on gender and age specificities and encouraging physical activity.

MESA DE COMUNICACIONES XIV

Jueves, 16 de junio de 2016. 11:30 a 13:00 h. (Aula F.21)

Gestión, innovación y formas organizativas del sistema sanitario (II)

O-67. PLANES DE SALUD ORIENTADOS A LOS GRUPOS DE INTERÉS. DETERMINACIÓN DE ASUNTOS RELEVANTES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

Miguel Angel Moyano; Juan María Rivera

Universitat Jaume I

Objetivo: la identificación de asuntos relevantes en materia económica, social y medioambiental para la elaboración de los planes de salud en España, y su vinculación con indicadores de seguimiento reconocidos internacionalmente.

Material y métodos: se utiliza metodología RAND y se lleva a cabo en tres fases: i) identificación previa de asuntos con base en ISO 26000 y la bibliografía académica relacionada con sanidad y materias incluidas en la guía de responsabilidad social ii) encuesta realizada a 70 contactos elegidos de entre los grupos de interés identificados y iii) focus group para determinar la inclusión / exclusión de los asuntos con menor consenso en la encuesta.

Resultados: se identifican un total de 29 asuntos que resultan relevantes para los grupos de interés consultados y que están relacionados con cuestiones de dotación de presupuesto de los planes de salud, consideraciones sobre determinantes sociales y vinculación con cuestiones medioambientales y de su influencia en la salud de las personas. Los asuntos identificados tienen indicadores en la guía GRI de reportes de sostenibilidad.

Conclusiones: El diálogo con los grupos de interés es una de las claves para determinar que asuntos serían relevantes en los planes de salud. Un marco estratégico orientado a criterios de desarrollo sostenible como ISO 26000 ofrece materias y asuntos relacionados con sanidad y el Global Reporting Institute ofrece indicadores relacionados con dichos asuntos como base para la comunicación de resultados.

O-68. PROGRAMA INFORMÁTICO DE COMUNICACIÓN INTERNIVELES ASISTENCIALES PARA LA REVISIÓN Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

Rocío Broseta Solaz (1); M^a Teresa Vallés Martínez (2); Juan Vicente Climent Sáez (3); Vicent Gea Caballero (4); Sergio García Vicente (5).

1. Farmacéutica de Atención Primaria. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent. 2. Farmacéutica del Programa

REFAR. Subdirección General de Optimización e Integración Terapéutica (Fundación Investigación FIHGU). Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios-GVA. 3. Consultor Abucasis. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent. 4. Director de Atención Primaria. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent. 5. *Gerencia. Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent.*

Objetivo: Implantar una aplicación informática, integrada en la historia clínica electrónica ambulatoria (HCEA) de los pacientes, mejorando la comunicación directa entre niveles asistenciales, para facilitar un programa de revisión y seguimiento farmacoterapéutico (REFAR).

Material y métodos: Desde el año 2012 el programa REFAR identifica pacientes y sus tratamientos susceptibles de revisión, que se remiten desde el Servicio de Farmacia de Área(SFA) al facultativo responsable, mediante informes farmacoterapéuticos normalizados en formato papel. En 2015 se implanta una herramienta informática integrada en la HCEA, donde las recomendaciones farmacoterapéuticas remitidas por el SFA se incorporan en el buzón de notificaciones de los profesionales implicados en la farmacoterapia del paciente. Éstos realizan las acciones sobre cualquier tratamiento afectado, quedando registro en la HCEA del paciente. Las acciones de revisión versan sobre alertas de seguridad, medicación inapropiada, criterios STOPP/START, problemas relacionados con medicamentos y discontinuaciones de medicamentos y productos sanitarios. Se trata de un estudio descriptivo de implantación de una nueva herramienta.

Resultados: En nuestro ámbito y evaluando el 2º semestre de 2015 se han asignado para su revisión con esta herramienta los siguientes pacientes: Alertas de seguridad: 794. Medicación inapropiada:387. Criterios STOPP/START:265. Notificaciones de discontinuación:557.

Conclusiones: La herramienta facilita la comunicación del equipo multidisciplinar, integrando las revisiones en sus tareas diarias, registrando la gestión realizada en la HCEA del paciente y generando un excelente entorno de trabajo en la práctica clínica, lo que se traduce en un aumento en la seguridad de los tratamientos y en un uso más eficiente del tiempo de los profesionales.

O-69. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN EN OSAKI-DETZA DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Myriam Soto-Gordoa; Arantzazu Arrospide; Marisa Merino; Joana Mora; Ane Fullaondo; Igor Larrañaga; Esteban de Manuel; Javier Mar

Unidad de investigación AP-OSIs Gipuzkoa OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; OSI Tolosaldea, Tolosa; Deusto Business School, Bilbao; Kronikgune, Barakaldo

El objetivo de este trabajo es evaluar la implementación del modelo integrado de atención a los pacientes pluripatológicos en Osakidetza. Éste se compone de nuevos roles de enfermería, internistas de referencia y una infraestructura de tecnologías de la información que incluye la historia clínica unificada y la receta electrónica.

Basado en el enfoque Adjusted Clinical Groups se identificaron 5.828, 5.784 y 6.214 pacientes pluripatológicos en 2012, 2014 y 2015, respectivamente en las 12 Organizaciones Sanitarias Integradas en que está dividida la población vasca. Actualmente se está analizando el consumo de recursos en atención primaria (consultas con médicos y enfermeras en el centro de salud, en domicilio y por teléfono) y atención hospitalaria (consultas externas, urgencias, hospitalizaciones y hospitalización a domicilio).

Se utilizarán los datos del 2012 para representar el modelo convencional. Los objetivos a conseguir por el modelo integrado se establecerán en función de la disminución del número de urgencias medido en el meta-análisis de la Fundación Cochrane. Con esta información se va a estimar el análisis de impacto presupuestario (AIP) desde 2012 a 2020 (Plan). Una vez desplegada la intervención (Do), un análisis estadístico determinará cualquier cambio en el consumo de recursos (Check). Asimismo, se comparará el uso de consumos real en 2014 y 2015 con el AIP para determinar si la práctica habitual se acerca al modelo convencional o al integrado. Esto a su vez permitirá analizar tendencias. De este modo lo integramos dentro del ciclo PDCA de Deming.

**Comunicación correspondiente al proyecto de investigación ganador de la XXIV Edición de la Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios.*

O-70. COSTE ESTÁNDAR POR PACIENTE HOSPITALIZADO. DEL COSTE OBSERVADO A SU VALOR BENCHMARK PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Pietro Chiarello; Francesc Cots; Micaela Comendeiro; Manuel Ridaio; Carola Orrego

Institut Mar d'Investigacions Mèdiques, Parc de Salut Mar de Barcelona; Institut Mar d'Investigacions Mèdiques, Parc de Salut Mar de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica - Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón; Centro de Investigación Biomédica - Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón; Instituto Universitario Avedis Donabedian

Objetivos: Un objetivo del proyecto RECH (Red Española de Costes hospitalarios) es aportar valores de referencia para el SNS. Este trabajo tuvo como objeto la elaboración de costes estándar mediante el ajuste de los costes ineficientes en relación a: gestión de estancias; rendimiento quirúrgico; gestión de compras; seguridad del paciente.

Material y métodos: La RECH incorpora 1,4 millones de altas con información de 11 capítulos de coste e información CMBD, de 15 hospitales españoles de los años 2008-2014. Se analizaron los datos de CMBD y de costes para estandarizar valores de referencia para tres categorías de costes: de atención en planta; de quirófano; de las prótesis. La identificación y determinación de los ámbitos de ineficiencia se calcularon estableciendo el coste por exceso de estancia, por presencia de eventos adversos evitables y desviaciones respecto a su benchmark GRD. Una vez definidos los valores estandarizados se elaboraron indicadores de benchmark por GRD/Hospital. La elaboración de los benchmark por GRD permitió el cálculo de una medida del desempeño de cada hospital, como diferencia de los costes observados respecto a la norma estandarizada. La Razón de Coste y de Estancia Estándar fueron las medidas sintéticas globales.

Conclusiones: Se dispone por primera vez en España de costes por paciente de alta calidad y además ahora se propone construir un estándar de costes que permita conocer tanto el valor de la actividad realizada como una medida de referencia para los distintos agentes para evaluar el gap entre los resultados observados y los óptimos en nuestro SNS.

O-71. ANOMALÍAS Y PATRONES INUSUALES EN LOS DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 2003-2014

Christian González; Jaime Pinilla

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: En este trabajo investigamos la existencia de prácticas de redondeo en las cifras de listas de espera quirúrgica publicadas por el Ministerio de Sanidad y algunas Comunidades Autónomas.

Material y métodos: Contrastamos estadísticamente el ajuste de los primeros, segundos, y terceros dígitos a la Ley de Benford (LB). De acuerdo con la LB los dígitos de un conjunto de números (no generados de manera aleatoria ni acotados a un máximo o mínimo) siguen una distribución logarítmica, donde predomina la frecuencia de dígitos bajos. El ajuste a la LB es un método utilizado en el área de finanzas para la detección de manipulación contable y auditoría fiscal. Como contrafactual de los datos españoles utilizamos datos de listas de espera quirúrgica para Finlandia entre 2007 y 2013.

Resultados: Frente a los datos finlandeses que se ajustan estadísticamente a la LB en cada uno de los dígitos (p-valor 0.32, 0.75, 0.44 para los primeros, segundos y terceros dígitos, en el contraste Chi² Pearson). Los datos españoles rechazan el ajuste (p-valor 0.00, 0.00, 0.03) mostrando mayor número de unos y nueves en el primer dígito, de acuerdo con lo esperado según al LB, así como mayor número de ceros en los segundos y terceros dígitos.

Conclusión: El Ministerio de Sanidad está obligado a consolidar un sistema de información de listas de espera claro, fiable y transparente para todos los servicios de salud como el que existe en otros países. Este modelo debe ser respetado por todas las Comunidades Autónomas.

MESA DE COMUNICACIONES XV

Jueves, 16 de junio de 2016. 15:00 a 16:30 h. (Aula F.19)

Seguro médico privado, eficiencia y modalidades de gestión

O-72. IS PRIVATE HEALTH INSURANCE WHITEWASHING LONG-TERM CARE INSURANCE DEMAND? EVIDENCE FOR SPAIN

Sergi Jiménez-Martín; José M. Labeaga-Azcona; *Cristina Vilaplana-Prieto*

Universitat Pompeu Fabra; UNED; *Universidad de Murcia*

Objective: This paper analyses the decision to purchase long-term care insurance in conjunction with private health insurance taking into account the implementation of the System of Autonomy and Attention to Dependency (SAAD).

Methods: For this purpose, it is estimated a bivariate probit model considering the potential endogeneity of long-term care insurance in the health insurance equation. We use data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) for waves 1, 2 and 5 with information corresponding to years 2004, 2006/2007, and 2013, respectively.

Results: Estimations reveal that the probability of long-term care insurance conditioned to health insurance has doubled in 2013 with respect to prior years, whereas the probability of health insurance conditioned to long-term care insurance has only increased by 10%. Our results confirm the hypothesis that potential insured who are interested in LTCI are "obliged" to contract health insurance as a prerequisite for having access to long-term care insurance. Additionally, the lack of homogeneity in the implementation of the SAAD have affected individual prospects. The probability of having purchased long-term care insurance (conditioned to health insurance) increases in regions with the lowest percentage of public long-term care beneficiaries, lower percentage of economic benefits for informal caregivers or in regions with copayment systems based on income and wealth.

Conclusions: The main contribution of this paper is that we have detected an anomaly on the supply side because individuals who desire to purchase long-term care insurance are, in a sense, "forced" to subscribe a health insurance policy.

O-73. FORMAS DE GESTIÓN Y EFICIENCIA: EVIDENCIA EN EL SECTOR HOSPITALARIO ESPAÑOL

Sophie Gorgemans; Olga Urbina Pérez

Universidad de Zaragoza; Dirección y Organización de Empresas

1. Objetivos: Evaluar la asociación entre dependencia funcional eficiencia técnica y productividad utilizando un método no paramétrico sobre una base de datos de hospitales del SNS entre 1998 y 2007.

2. Material y métodos: El método empírico que utilizamos para estimar la eficiencia es el análisis envolvente de datos, asumiendo orientación hacia el input, rendimientos variables a escala, 4 inputs (camas, personal facultativo, enfermería y no sanitario) y 4 outputs (altas, consultas externas, urgencias y cirugía ambulatoria) y el estudio es transversal. Se procede a estudio de robustez de los resultados (tests de frecuencia y jackknife). Se realiza una regresión censurada y un T-test para el vector I/O. Se calcula el índice de productividad (Malmquist) 1998-2007 y se compara con la eficiencia del último año.

Material: 1.250 hospitales (24x10 nuevas formas organizativas NOF y 101x10 hospitales tradicionales HT).

3. Resultados: Verificada la robustez, se observa que la eficiencia media de los hospitales se sitúa en un 73,2% con una diferencia clara según la forma jurídica (64,6% HT vs 85% NOF) y tamaño del hospital. El 20% de las NOF son eficientes contra un 5,7% de los HT. El T-test confirma la diferencia entre NOF y HT (en términos de I/O y tamaño). En 10 años, los HT pierden 3,4% en productividad y las NOF ganan 2,9% ($p < .05$).

4. Conclusiones:

Las NOF tienen una eficiencia mayor y experimentan mejoras en productividad por lo que siguen obteniendo ventajas de su autonomía en la toma de decisión y de su escala de operación.

O-74. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA ELECCIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA (2005-2014): ¿ES DETERMINANTE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES?

Ignacio Abásolo (1); Miguel A. Negrín (2); Jaime Pinilla (2)

Universidad de La Laguna (1); Universidad de las Palmas de Gran Canaria (2)

Objetivo: Analizar la evolución temporal de la elección público-privada en la demanda de servicios sanitarios en el periodo 2005-2014 contrastando si la evolución de la calidad percibida de los servicios sanitarios públicos ha sido un determinante de la misma.

Métodos: Estudio longitudinal con las últimas 10 oleadas del Barómetro Sanitario (2005-2014), que ofrece información detallada del número de visitas pú-

blicas y privadas al médico general y especialista. Como factores explicativos se consideran características demográficas y socioeconómicas, así como información contextual sobre la valoración de estos servicios. Se estiman modelos logísticos jerárquicos bayesianos para examinar los determinantes de la elección público-privada teniendo en cuenta la existencia de medidas repetidas para cada año, analizando además la variabilidad de los coeficientes en el tiempo y la variabilidad geográfica.

Resultados: Durante el periodo analizado se observa un importante deterioro relativo de la calidad percibida de los servicios sanitarios públicos. La población insatisfecha con el sistema sanitario público aumenta del 7.7% al 9.6%. La mayoría de las variables contextuales de calidad, principalmente aquellas relacionadas con los tiempos de espera, se muestran relevantes al explicar la elección público-privada y su peso aumenta con el tiempo. Como cabía esperar, las variables socioeconómicas también explican la elección público-privada.

Conclusión: A pesar de la crisis económica, se ha producido un aumento relativo de la demanda de servicios sanitarios privados. Esta mayor demanda se realiza principalmente por los grupos socioeconómicos más favorecidos y nuestro estudio evidencia que el deterioro relativo (percibido) de los servicios sanitarios públicos ha contribuido a ello.

O-75. EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2010-2012)

Carmen Pérez Romero (1); M^a Isabel Ortega Díaz (2); José Jesús Martín Martín (3); Luis Herrero Tabanera (4)

(1) *Escuela Andaluza de Salud Pública*; (2) *Universidad de Jaén*; (3) *Universidad de Granada*; (4) *Hospital Infanta Margarita del Servicio Andaluz de Salud*

Objetivo: Evaluar la eficiencia técnica dinámica de los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) durante 2010-2012.

Material y métodos: Análisis Envolvente de Datos, orientado a input con rendimientos constantes y variables de escala, de 253 hospitales. Se calcula el Índice de Malmquist y se realiza un análisis de sensibilidad bootstrapping. Los inputs utilizados son: número de camas instaladas, número de profesionales y gasto en bienes y servicios. Como outputs se han considerado: altas hospitalarias ajustadas por casuística, consultas externas, urgencias no ingresadas y procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.

La base de datos elaborada permite, por primera vez en España, realizar un análisis de eficiencia del conjunto de los hospitales públicos de los diecisiete Servicios de Salud, incluyendo como output las altas ajustadas por casuística.

Resultados preliminares: El índice medio de eficiencia técnica global disminuye de 0,73 en el año 2010 a 0,70 en 2011 y 0,68 en el año 2012. El número de uni-

dades eficientes se mantiene prácticamente constante (23, 24, 23 unidades cada año). Existe una notable variabilidad de eficiencia media de los hospitales de cada Comunidad Autónoma (CA).

Conclusiones: El Índice de Malmquist para el período 2010-2012 es 1,008 lo que supone un pequeño incremento de la productividad media, que se descompone en una ligera mejora de la frontera tecnológica (1,026) y un empeoramiento de la eficiencia técnica (0,984). Los resultados completos para el periodo de análisis a nivel global y por CA se presentarán en las Jornadas.

O-76. INCLUSIÓN DE LA CALIDAD EN LA MEDIDA DE LA EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

Carmen Pérez Romero-a; Luis Herrero Tabanera-b; José Jesús Martín Martín-c; María del Puerto López del Amo González-c; Maribel Ortega Díaz-d

a *Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada*. b *Control de Operaciones, Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba*. c *Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada, Granada*. d *Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Jaén*

Objetivo: Medir los cambios en la eficiencia técnica de los hospitales al considerar explícitamente la calidad de la producción hospitalaria.

Métodos: Se Incluyen los 32 hospitales públicos de Andalucía en 2.008. Se calculan los índices de eficiencia técnica para cada hospital con Análisis Envolvente de Datos mediante bootstrapping con 2000 iteraciones, para el mismo modelo con dos variantes, una clásica y otra con la inclusión de la calidad, recogida ésta a su vez de dos formas diferentes. Se realiza un análisis bivariable entre la eficiencia de los hospitales y su tamaño para cada modelo. Se utiliza indicadores de calidad para cada una de las variables incluidas en los "outputs" hospitalarios. Resultados: Cuando se incluye la calidad en la producción hospitalaria, la eficiencia técnica disminuye. Pero esta variación no afecta a todos los hospitales de la misma manera. Los hospitales grandes y pequeños disminuyen su eficiencia mientras que en los hospitales medianos aumenta.

Discusión: Un hospital puede ser excelente en operaciones de cadera pero disponer de unas urgencias con carencias importantes. Por tanto, para evaluar la eficiencia conjuntamente con la calidad es aconsejable utilizar indicadores de calidad que abarquen no solo la hospitalización sino toda la actividad del centro (hospitalización, consultas externas, urgencias, CMA) como en este estudio. La relación existente entre eficiencia y calidad no es única, debido a la naturaleza multidimensional de la calidad, y a los indicadores seleccionados en cada estudio.

MESA DE COMUNICACIONES XVI

Jueves, 16 de junio de 2016. 15:00 a 16:30 h. (Aula F.20)

Evaluación de políticas y servicios sanitarios II

O-77. LECCIONES Y DESAFÍOS DE UNA REFORMA EN CURSO EN URUGUAY UNA VISIÓN NO OFICIAL

Carlos Grau Pérez; Luis Lazarov; Gustavo Mieres; Ignacio Olivera

Centro de Investigaciones Económicas

Desde el año 2007, Uruguay viene procesando profundas transformaciones en el sector salud. Su fundamentación, diseño, proceso de ejecución y evaluación, se ha formalizado fundamentalmente a través de publicaciones oficiales. Aun compartiendo en buena medida los contenidos allí expresados, se propone exponer una visión que permita combinar una serie de factores que agreguen valor al análisis.

En tal sentido, se trata de un abordaje no oficial del proceso, que pretende combinar en el método: la mirada desde la medicina y desde la economía; el enfoque desde la dimensión macro y la micro; el manejo riguroso de la expresión cuantitativa en equilibrio con el análisis conceptual; la precisión en la definición entre objetivos e instrumentos asociados; el encuadre que integre la imagen objetivo estratégica con el diagnóstico en el momento y el espacio definidos y la trayectoria del tránsito – pasado, presente y futuro - para avanzar en las sucesivas aproximaciones.

La exposición se centra en tres ejes de análisis: a) equidad, con énfasis en el acceso a servicios médicos de calidad garantizada en la base; b) sostenibilidad institucional con énfasis en el gasto y la financiación del sistema, la gestión, y las formas organizativas, abarcando desde la política pública y la regulación, hasta la eficiencia en la cobertura, aseguramiento y provisión de asistencia. c) calidad asistencial y calidad de vida de la población en la perspectiva del cambio sistémico.

O-78. IMPACTO DE LA DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURAS DEPORTIVAS EN LA PRÁCTICA DE DEPORTE UTILIZANDO DATOS GEOCODIFICADOS: EVIDENCIA A PARTIR DE MODELOS MULTINIVEL

Jaime Pinilla; Rafael Suárez; Carla Melián

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Objetivos: Analizar el impacto de la disponibilidad de infraestructuras deportivas en la práctica de deporte por parte de la población adulta en España. Contrastar

qué factores: individuales (género, edad, estatus socioeconómico, etc.) y del entorno (infraestructuras deportivas, aspectos medioambientales), favorecen la realización de actividad deportiva antes de iniciarse la crisis económica y en plena crisis, 2005-2010.

Material y métodos: A partir de los microdatos de adultos entre 18-98 años de las Encuestas sobre Hábitos Deportivos de los Españoles, elaboradas por el CIS de 2005 y 2010, se estiman modelos logit multinivel para ajustar la probabilidad de practicar deporte. La utilización de datos geocodificados nos permite relacionar el lugar de residencia de cada encuestado (municipio) con la disponibilidad de infraestructuras deportivas, datos del Censo Nacional de Instalaciones Deportivas.

Resultados: La práctica deportiva disminuye con la edad y es mayor en hombres. Por niveles socioeconómicos las clases sociales más bajas practican menos deporte (odds de 0.45 y 0.38 en referencia a la clase social más alta). El lugar de residencia explica cerca del 7% de la variabilidad de nuestra variable dependiente (práctica deportiva habitual, sí-no).

Conclusión: La práctica deportiva no se distribuye de manera homogénea entre la población, sino que existen múltiples factores que influyen en su distribución. Junto a los determinantes individuales como el género, edad y nivel socioeconómico, nuestros primeros resultados ponen de manifiesto que diversas características del área de residencia también se asocian con la práctica deportiva de la población.

O-79. MODELLING THE VALUE OF EARLY ACCESS SCHEMES AND ADAPTIVE PATHWAY APPROACHES

Mikel Berdud Garcia-Lopez; Amanda Cole; Jorge Mestre-Ferrandiz; Adrian Towse

Office of Health Economics (OHE)

The composition of pharmaceutical companies' R&D pipeline is evolving in a way that medical treatments are becoming increasingly stratified. This means that treatments for patients with high unmet medical need are being developed. However, the regulatory pathways that can accommodate the clinical uncertainty paired with the urgency of these treatments still need to be established. The call for a new coherent blueprint for streamlining development and accelerating access to drugs has been growing louder over the last years. In this work we assess the value to stakeholders of the various Early Access (EA) and Adaptive Pathways (AP) approaches, which represent 4 actual policies implemented in the U.S., France, U.K., and the European Union level.

We develop a dynamical model in excel to compare from different stakeholders' perspective the impact of four different scenarios of EA and AP. Scenario specific impacts are measured through key variables affecting decisions and payoffs of patients, payers-HTA bodies, re-

gulators, and pharmaceutical companies. Finally, we analyse three different real case studies to evaluate and compare different scenario impacts.

Our preliminary results show that HTA-payers, regulators, patients and/or companies are able to benefit from EA and AL schemes. We characterise the conditions under which, some stakeholders—even all of them—may be better-off without any other stakeholder being worse-off. Additionally we have identified conditions under which stakeholders may individually benefit from AL and EA schemes and key inter-stakeholders trade-offs which show the value of EA and AP approaches.

O-80. MULTI-INDICATION PRICING: PROS, CONS AND APPLICABILITY TO THE UK

Jorge Mestre-Ferrandiz; Adrian Towse; Renato Dellamano; Michele Pistollato

Office of Health Economics; MME Europe and ValueVector; Rivers Associates, but formerly at the Office of Health Economics

Objectives: Multi-Indication Pricing (MIP) involves setting different prices for medicines per approved indication. MIP could ensure medicines are appropriately priced according to value per indication. We explored (i) MIP attractiveness as a potential solution to challenge of providing optimal pricing/reimbursement to multi-indication drugs and (ii) feasibility of implementing MIP in UK.

Methods: (1) desk research and modelled its effects versus uniform/flat pricing; (2) Workshop with health care system stakeholders to discuss pros/cons of MIP and practicalities of implementing it in UK.

Results: Workshop agreed relative prices should reflect relative value, but prices should not exceed value; thus MIP might be a way forward. However, two operational challenges remain: 1) Whether NHS can handle MIP-schemes involving variable net selling prices by indication, requiring volume usage per patient per indication monitoring, and undertaking financial reconciliation ex post to ensure correct funds flow across necessary stakeholders. 2) Data availability: are there data sets allowing such monitoring of usage, and is the necessary data being generated routinely or requiring ad hoc intervention? There is a UK collaboration to pilot MIP feasibility in UK, based on UK NHS's own Systemic Anti-Cancer Therapy dataset.

Conclusions: Handling pricing for drugs with multiple indications within same disease area – including different potential lines of treatment and/or combination regimens – is challenging, and increasingly so. A necessary condition for implementation of MIP-type schemes is potential to track specific utilisation of the drug in different indications, regimens and patient sub-populations. The UK collaboration referred above suggests this is achievable.

O-81. A NEW FUNDING MODEL FOR A NEW CHRONIC-CARE FOCUSED HEALTHCARE SYSTEM IN AUSTRALIA

Manuel García-Goñi; Francesco Paolucci

Universidad Complutense de Madrid; Murdock University

Objectives: The significant increase in health expenditures is a major concern in Australia and many countries, and poses huge challenges for health providers, insurers, governments and consumers and the general population. This increase is largely due to more expensive healthcare technology, ageing populations, and the escalating contribution of chronic conditions to the burden of disease.

Material and methods: In this paper we look at how the Australian health system is responding to this challenge. We analyse the main drivers of health expenditure, review the main chronic care and integrated care programs that have been implemented, and provide a diagnostic on its most important problems. The principal challenge for Australia is how to reorientate existing health funding and service arrangements through better design with special focus on long term care and chronic care, prevention and early intervention in the search for efficiency in social and economic impacts and costs.

Results: We propose a blended funding health insurance model focused on chronic health conditions that meets the essential foundation components provided in the health economics literature to be competitive, efficient, and affordable.

Conclusions: We argue that our proposal would improve the sustainability of the Australian health system while preserving its universal character for a more comprehensive basket of chronic and social services.

MESA DE COMUNICACIONES XVII

Jueves, 16 de junio de 2016. 15:00 a 16:30 h. (Aula F.21)

Cáncer

O-82. LA CARGA ECONÓMICA DEL CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN ESPAÑA: ESTUDIO OVARCOST

Laura Delgado-Ortega; Almudena González-Domínguez; Grupo Ovarcost; Margarita Jiménez; Álvaro Hidalgo; Luis Cordero; Renata Villoro; Néboa Zozaya; Lucía Martínez; Amaya Gascó

1) Departamento HEOR AstraZeneca, Madrid, España; *Weber, Economía y Salud, Madrid, España;* Grupo Ovarcost; *Weber, Economía y Salud, Madrid, España;* Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; Departamento HEOR

AstraZeneca, Madrid, España; Weber, Economía y Salud, Madrid, España; Weber, Economía y Salud, Madrid, España; Weber, Economía y Salud, Madrid, España; Departamento Médico, AstraZeneca, España

Objetivo: El estudio OVARCOST estima la carga económica del cáncer de ovario epitelial en España a partir de datos de la literatura.

Material y métodos: Se ha realizado un modelo de Markov desde la perspectiva social, simulando la historia natural del cáncer de ovario epitelial para los cuatro estadios de la enfermedad, con horizonte temporal de 10 años y tasa de descuento del 3%. Los costes directos sanitarios, no sanitarios y las pérdidas de productividad laboral se han actualizado a euros de 2015. Los datos del modelo proceden de literatura nacional e internacional y han sido consensuados por un comité de expertos mediante un método Delphi.

Resultados: El coste del cáncer de ovario epitelial en 10 años es de 2.469 millones de €. 1.709 millones de € (69%) corresponden a costes directos sanitarios, 686 millones de € a costes directos no sanitarios (28%) y 74 millones de € a costes indirectos (3%). El coste anual/paciente es de 30.098€, por estadio de la enfermedad es de 9.723€, 16.080€, 42.308€ y 44.798€ para los estadios I, II, III y IV, respectivamente.

Conclusiones: El cáncer de ovario en España supone una carga económica importante para el Sistema Nacional de Salud y la sociedad. El mayor consumo de recursos se produce en los estadios más avanzados. La inversión en mejores técnicas de diagnóstico precoz podrían suponer una reducción sustancial de la carga económica al evitar costes de estadios avanzados y aumentar la supervivencia libre de progresión y la calidad de vida de las pacientes.

O-83. LOS COSTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL SEGÚN ESTADÍO CLÍNICO EN ESPAÑA

Javier Mar; Jose Errasti; Myriam Soto-Gordoa; Gilen Mar-Barrutia; José Miguel Martínez-Llorente; Severina Domínguez; Juan José García-Albás; Arantzazu Arrospide

Unidad de Investigación AP-OSI, Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Servicio de Cirugía, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz; Departamento de Contabilidad, Hospital Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz; Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz.

El objetivo de este trabajo fue medir el coste del tratamiento del cáncer colorrectal en el sistema sanitario público español según el estadio clínico.

Se recogieron de forma retrospectiva variables demográficas, clínicas y uso de recursos de una muestra de 529 pacientes. Para los estadios I a III se midieron los

costes iniciales y de seguimiento. El coste del estadio IV combinó los modelos lineales generalizados para relacionar el coste con la duración del seguimiento con el análisis de supervivencia de tipo paramétrico. Los costes unitarios se obtuvieron del sistema de contabilidad analítica del Servicio Vasco de Salud.

La muestra se distribuyó en 110 en estadio I, 171 en estadio II, 158 en el estadio III y 90 en el estadio IV. El coste total inicial fue desde los 8.644 euros del estadio I hasta 12.675 euros para el estadio II y 13.034 euros para el estadio III. El principal componente del coste fue la hospitalización. La supervivencia media calculada por extrapolación para el estadio IV fue de 1,27 años. Su coste anual medio fue de 22.403 euros y de 24.509 euros hasta la muerte (1,27 años). El coste anual en España fue de 623,9 millones de euros.

La carga económica del cáncer colorrectal es importante y debe ser tenida en cuenta en la toma de decisiones. La combinación de los modelos lineales generalizados y el análisis de supervivencia para relacionar el coste con el seguimiento permite estimar el coste del estadio metastásico.

O-84. MEDICIÓN DE UTILIDADES EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PREFERENCIAS DE PACIENTES VS. PREFERENCIAS SOCIALES

María Benítez; Jorge E. Martínez; Elisa García-Garre; Fernando I. Sánchez; Rosa Castellanos; José M^a Abellán; Francisco Ayala

Hospital Morales Meseguer, Murcia; Universidad de Murcia

Objetivos: 1. Analizar en pacientes de cáncer de mama metastásico (CMM) las diferencias entre las utilidades de salud medidas directamente mediante el time-trade off (TTO) y las derivadas de aplicar tarifas sociales (EQ-5D, SF-6D). 2. Comparar las utilidades-TTO de las pacientes con las que se obtienen aplicando el mismo método con mujeres sanas que evalúan estados hipotéticos. 3. Identificar las características personales y las variables clínicas de las pacientes que predicen mejor las utilidades-TTO y las utilidades EQ-5D y SF-6D.

Métodos: Muestra de 55 pacientes con CMM y grupo de control de mujeres sanas. Las pacientes describieron su estado de salud con el EQ-5D-5L y el SF-6D y valoraron la utilidad mediante un TTO. El grupo de control valoró con TTO los perfiles de calidad de vida relacionada con la salud más frecuentes entre las pacientes.

Resultados: Las utilidades de las tarifas EQ-5D y SF-6D son significativamente inferiores a las utilidades TTO de las pacientes. Las utilidades-TTO del grupo de control son significativamente inferiores a las de pacientes. Las variables que explican mejor las utilidades son la edad, los tiempos desde el diagnóstico primario, la metástasis, y la recaída, el consumo de antidepresivos y si el tratamiento incluye quimioterapia.

Conclusiones: Existen diferencias en las utilidades asignadas a los estados de salud del CMM por las pacientes y por individuos sanos, que podrían explicarse por mecanismos de adaptación o por limitaciones de comprensión por individuos no enfermos (sesgo de hipótesis).

O-85. LOGRANDO RESULTADOS EN SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER, MEDIANTE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA

Licelore Ruiz; José Luis Mayorca; María Fernanda Silva; Slenavy Meneses; Diana Rangel; Diego Puentes.

Famisanar EPS; Centro Nacional de Oncología

Objetivos: Medir las diferencias en los resultados en Salud en pacientes con cáncer, expuestos al modelo de atención, aplicando un estudio de un antes y un después.

Antecedentes: El modelo de atención de Famisanar estaba fragmentado, la cohorte de usuarios no estaba identificada, se generaban sobrecostos afectando la sostenibilidad.

Método: Se evalúa el periodo de 2011 a 2014, se incluyen en el análisis los datos de uso de servicios y los costos, se calculan los Qalys. Se manejó el paquete estadístico Stata 9.0.

Metodología: Se centraliza la población en un prestador integral con un modelo que garantizara oportunidad y el acceso. Se garantiza el seguimiento administrativo a los usuarios.

Resultados: La población varía el 98 %. Los Qalys varían un 56 %, al pasar de 53.795,101 a 84.020,357 años de vida. La medida P valué de ganancia Qalys 0,040. La prevalencia tiene una variación del 114%, la razón de hospitalización disminuye un 70%, la tasa de mortalidad disminuye un 21% para ubicarse en 38 por 100.000. La oportunidad de diagnóstico pasa de 240 días a 30 días. La supervivencia global a tres años es del 89%; Los costos totales presentan una variación del 32% al pasar de € 19.460.526 a € 25.721.052, el costo paciente año disminuye en un 37%, al pasar de € 2.812 a € 1.873.

Conclusiones: Los modelos de atención deben trascender la institucionalidad, integrando todos los nodos de atención. Se logra incrementar la ganancia en QALYS, El costo promedio paciente año disminuye.

O-86. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE CRIBADO DEL CÁNCER COLON-RECTAL EN EL PAÍS VASCO

Arantzazu Arrospide; Isabel Idigoras; Javier Mar; Myriam Soto-Gordoa; Harry de Koning; Isabel Portillo; Eunat Arana-Arri; Iris Lansdorp-Vogelaar

Unidad de investigación AP-OSIs Gipuzkoa, OSI Alto Deba, Arrasate-Mondragón; Programas de Detección del Cán-

cer Colorrectal y Cribado Prenatal, Osakidetza, Bilbao; Department of Public Health, Erasmus University, Rotterdam; Unidad de Epidemiología Clínica, OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Barakaldo.

El cribado poblacional del cáncer colorrectal en el País Vasco comenzó en 2009. Realiza el test de Sangre Oculta en Hece cada 2 años en toda la población vasca de 50 a 69 años. El objetivo de este estudio fue evaluar el coste-efectividad del programa en el contexto epidemiológico del País Vasco.

Se utilizó una adaptación del modelo de simulación MISCAN-Colon (Salud Pública-Universidad Erasmus de Rotterdam). Los parámetros determinantes de la historia natural fueron calibrados para reproducir los datos observados en el período 2005-2008 previo al cribado. Las características del test también fueron estimadas en base a los resultados obtenidos en 2009-2012. Los costes unitarios relativos a las invitaciones, test, colonoscopias y tratamientos se obtuvieron a partir del sistema de contabilidad analítica de Osakidetza. En el análisis coste-efectividad se incluyeron todas las cohortes de personas vivas y menores de 70 años en el año 2008 y fueron seguidas hasta la muerte.

Se estima que será necesario destinar 3.097 millones de euros para la continuación del programa y el tratamiento de los cánceres detectados en los próximos 30 años. Esto corresponde a 24,5 millones de euros menos, asociados principalmente al ahorro de 288,5 millones en tratamientos. El programa supone además la ganancia de 183.390 años de vida ajustados por calidad.

A pesar de que la mayor prevalencia de adenomas observado en el País Vasco supone un coste adicional en el número de colonoscopias a realizar, el ahorro en tratamientos es mayor por lo que el programa resulta dominante.

MESA DE COMUNICACIONES XVIII

Viernes, 17 de junio de 2016. 10:00 a 11:30 h. (Aula F.20)

Economic evaluation

O-87. LONG-TERM COST UTILITY ANALYSIS OF IDEGLIRA vs. BASAL-BOLUS INSULIN INTENSIFICATION THERAPIES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES INADEQUATELY CONTROLLED ON BASAL INSULIN IN SPAIN

Antonio Ramirez de Arellano; Miriam Prades; Luis Lizán

HEOR Europe, *Novo Nordisk*, Madrid, Spain; Outcomes'10, Universidad Jaume I, Castellón, Spain

Objectives: Compare the long-term cost-effectiveness of IDegLira and basal-bolus insulin as two alternative insulin intensification therapies in patients with T2DM uncontrolled on basal insulin from the perspective of the Spanish NHS.

Methods: The analysis was carried out using the validated IMS CORE Diabetes Model. Treatment effects were applied from an indirect comparative analysis using treatment arms from five randomized clinical trials, involving T2DM patients uncontrolled on basal insulin, with similar insulin titration goals. The utilities associated with diabetes and their complications were taken from published sources. The model estimated long-term outcomes (50 years) such as: life years (LY), quality-adjusted life years (QALY), cumulative incidence of diabetes-related complications, time to onset of diabetes-related complications and costs. The incremental cost-effectiveness ratio (ICER) and incremental cost-utility ratio (ICUR) were estimated.

Results: IDegLira was associated with increased discounted life years (14.35 versus 14.17 years) and discounted QALYs (9.17 versus 8.81 QALYs) versus basal-bolus insulin therapy. IDegLira also presented a reduction in incidence and time to onset of diabetes-related complications. Life time cost per patient was lower with IDegLira than basal-bolus insulin (€54,078 versus €54,748). One of the key drivers of the results is the relatively good performance of IDegLira in terms of reduction in severe and non-severe hypoglycaemia. ICER estimations and univariate and probabilistic sensitivity analysis showed that IDegLira is a dominant treatment compared to basal-bolus insulin.

Conclusions: IDegLira is a less costly and more effective alternative for the treatment of patients with T2DM uncontrolled on basal insulin compared with basal-bolus insulin therapy.

O-88. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF REAL-TIME CONTINUOUS MONITORING GLUCOSE COMPARED TO SELF-MONITORING BLOOD GLUCOSE FOR DIABETES MELLITUS IN SPAIN

Borja García-Lorenzo; Amado Rivero Santana; Laura Vallejo-Torres; Iván Castilla-Rodríguez; Sonia García Pérez; Lidia García Pérez; Jorge Ferrer; Lilisbeht Perestelo-Pérez

Fundación Canaria de Investigación Sanitaria (FUNCANIS); Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC); Centro de Investigaciones Biomédicas de Canarias (CIBICAN); Departamento de Ingeniería Informática y de Sistemas, Universidad de La Laguna; Instituto de Salud Carlos III; Health Economics Group of Erasmus University Rotterdam; *Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)*

Objective: To evaluate the cost-effectiveness of Real-Time Continuous Glucose Monitoring (RT-CGM) compared to Self-Monitoring Blood Glucose (SMBG) in patients with type 1 diabetes mellitus (T1DM) and type 2 diabetes mellitus (T2DM) in Spain.

Methods: We undertook a systematic review and meta-analyses on the effectiveness of RT-CGM in the reduction of HbA1c levels and severe hypoglycemic events. A cost-effectiveness analysis was conducted using a Markov model which simulates the costs and health outcomes of individuals treated under these alternatives for a lifetime horizon from the perspective of the National Health Service. The effectiveness measure was quality-adjusted life years (QALYs). We ran extensive sensitivity analyses, including a probabilistic sensitivity analysis.

Results: RT-CGM provides a significant reduction of HbA1c for T1DM (13 studies; WMD = -0.23%, 95% CI: -0.35, -0.11; I² = 75%) and T2DM (5 studies; WMD = -0.48%, 95% CI: -0.79, -0.17; I² = 54%), and a non-significant difference in the rate of severe hypoglycemic events in T1DM (9 studies; OR = 1.16, 95% CI: 0.78, 1.72; I² = 0%). In the base case analysis, RT-CGM led to higher QALYs and higher healthcare costs with an estimated incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of 375,272 € per QALY. The cost per QALY was significantly larger among the T1DM patients' subgroup, estimated in 2,554,723 € per QALY, while among T2DM patients was 305,823 € per QALY. The sensitivity analyses showed that the results of the study were robust.

Conclusions: RT-CGM is not a cost-effective technology when compared to SMBG in Spain.

O-89. COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF THE PROFHER TRIAL: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL COMPARING SURGICAL VERSUS NON-SURGICAL TREATMENT OF ADULTS WITH DISPLACED FRACTURES OF THE PROXIMAL HUMERUS

B. Corbacho (1); A. Duarte (2); A. Keding (1); H. Handoll (3); LH. Chuang (4); David Torgerson (1); S. Brealey (1); L. Jefferson (1); C. Hewitt (1) and A. Rangan (5) on behalf of the ProFHER trial group*

1. York Trials Unit, Health Sciences Department, University of York, York, UK; 2. Centre for Health Economics, University of York, York, UK; 3. Health and Social Care Institute, School of Health and Social Care, Teesside University, Middlesbrough, UK; 4. Pharmerit Europe, Rotterdam, The Netherlands; 5. Department of Orthopaedic Surgery, James Cook University Hospital, Middlesbrough, UK

Background: A pragmatic, multicentre randomised controlled trial (PROFHER) was conducted in UK National Health Service (NHS) hospitals to evaluate the clinical effectiveness and cost-effectiveness of surgery compared with non-surgical treatment of the majority of displaced fractures of the proximal humerus involving the surgical neck in adults.

Methods: Individual patient data were used to perform a cost utility analysis where health related quality of life (HRQoL) was measured in terms of quality adjusted life years (QALYs). Costs were analysed from the NHS perspective and expressed in pounds sterling (GBP) at a 2012 price base. Differences between surgical and non-surgical treatment groups in costs and QALYs at two years were used to derive an estimate of the cost-effectiveness of surgery using regression methods.

Results: Participants randomised to receive surgical intervention accumulated on average greater costs and marginally lower QALYs than participants randomised to non-surgery. The surgical intervention costs on average £1758 more per patient (95% CI: 1 126; 2 389). Nevertheless total QALYs for the surgical group were also smaller than those for non-surgery -0.0101 (95% CI -0.13 to 0.11). The probability of surgery being cost-effective is less than 10% given the current NICE willingness to pay threshold of £ 20 000 for an additional QALY. The results were robust to sensitivity analyses.

Conclusions: Current surgical treatment is not cost-effective for displaced fractures of the proximal humerus involving the surgical neck in the UK NHS.

O-90. LONG-TERM COST EFFECTIVENESS ANALYSIS OF IDEGLIRA vs GLP-1 ADDED TO BASAL INSULIN AS INTENSIFICATION THERAPIES IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN SPAIN

Miriam Prades; Luis Lizan; Antonio Ramirez de Arellano

1-2 *Outcomes'10*, Universidad Jaume I, Castellón, Spain ; 3 HEOR Europe, Novo Nordisk, Madrid, Spain

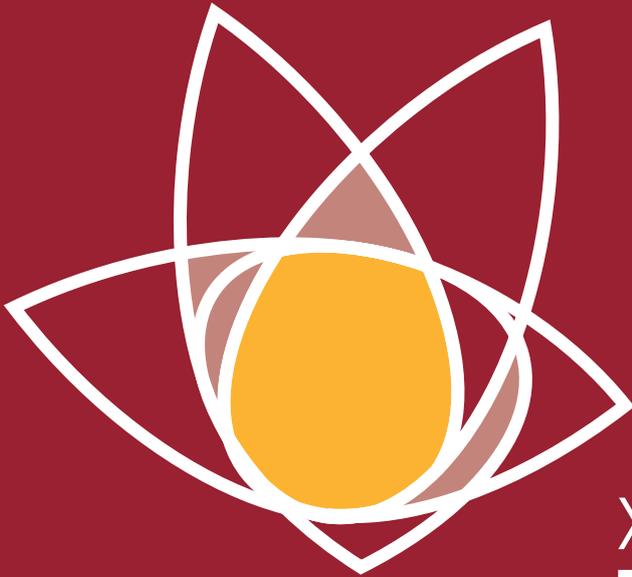
Objectives: Compare the long-term clinical and costs outcomes associated with IDegLira versus GLP-1 added to basal insulin in type 2 diabetes (T2DM) patients uncontrolled on basal insulin from the perspective of the Spanish National Health System.

Methods: The analysis was based on the IMS CORE Diabetes Model. Treatment effects applied in year 1 were obtained from a published pooled analysis using data from treatment arms from five randomized clinical trials involving T2DM patients uncontrolled on basal insulin and with similar insulin titration goals. Utilities associated with diabetes and their complications were included in the model. Using a time horizon of 50 years, the model estimated life years (LY), quality-adjusted life years (QALY), cumulative incidence of diabetes-related complications, time to onset of diabetes-related complications and costs.

Results: IDegLira was associated with increased discounted life years (14.34 versus 14.28 years) and discounted QALYs (9.25 versus 9.18 QALYs) compared to GLP-1 added to basal insulin. IDegLira was also associated with a higher reduction in incidence, and extended time to onset, of diabetes-related complications. Life time costs per patient were lower with IDegLira than GLP-1 added to basal insulin (€53,984 versus €55,713). ICER estimations showed that IDegLira is a dominant treatment (i.e. more effective and less costly) compared to GLP-1 added to basal insulin.

Conclusion: IDegLira is a less costly and more effective alternative for the treatment of patients with T2DM uncontrolled on basal insulin compared with GLP-1 added to basal insulin, from the perspective of the National Health System in Spain.

Pósteres



XXXVI Jornadas de
Economía de la Salud

**Las reformas
bajo el microscopio**

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 15 de junio de 2016. 13.30 a 14.30 h.

1.1 Artritis y espondilitis

P-01. REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDAD SOBRE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL Y EN EL HOGAR TRAS 52 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA, EROSIVA, Y GRAVE SIN TRATAMIENTO PREVIO CON FAME

Alejandro Balsa; VP Bykerk; Clifton Bingham; Gerd Burmester; Daniel E. Furst; Xavier Mariette; Oana Purcaru; Brenda VanLunen; Michael Weinblatt; Paul Emery

Servicio Reumatología, Hospital La Paz, Madrid, Spain; Weill Cornell Medical College, Division of Rheumatology, Hospital for Special Surgery, New York, USA; John Hopkins University, Baltimore, USA; Charité - University Medicine, Berlin, Germany; University of California, Los Angeles, USA; Université Paris-Sud, AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Sud, Paris, France; UCB Pharma, Brussels, Belgium; UCB Pharma, Raleigh, USA; Division of Rheumatology, Immunology and Allergy, Brigham and Women's Hospital, Boston, USA; Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University

Antecedentes: La artritis reumatoide (AR) se asocia a incapacidad laboral y menor tasa de empleo (20-30% no trabaja los 3 primeros años y 40-50% los 10 primeros años). El certolizumab pegol (CZP)+MTX1 mejora la productividad laboral/hogar en pacientes con AR-establecida. Se analiza la incapacidad laboral en pacientes con AR (precoz-FAME-naïve vs AR-establecida), y el efecto de CZP+MTX en la productividad laboral/hogar.

Métodos: En los estudios: C-EARLY (AR-precoz-activa, naïve-FAME, grave, y mal-pronóstico)2 y el RAPID1+RAPID2 (AR-establecida-activa, 76 meses-evolución, 76 meses con MTX)1, se analizó la carga de la enfermedad en la productividad mediante Work Productivity Survey (WPS)3. Se analizó mediante bootstrapping-t-no-paramétrico.

Resultados: Las dos poblaciones eran similares: edad (50,6/52años), actividad de la enfermedad (DAS28(VSG) 6,7/6,9) y discapacidad (HAQ-DI 1,6/1,6). Existían diferencias en la duración de la enfermedad (2,9 meses/6,1 años) y FAMEs-previos (0/1,3). Más pacientes con AR-precoz tenían empleo (52,2% vs 40,9%) y más pacientes con AR-establecida presentaron incapacidad laboral (22,3% vs 10,5%). Existía una alta carga de la enfermedad en ambas poblaciones: >2 semanas de trabajo remunerado, > 2 semanas de tareas domésticas y >5 días de actividades sociales afectadas el mes previo. El tratamiento con CZP+MTX a 52 semanas mejoraba la

productividad en el hogar, absentismo/presentismo, vs el PBO+MTX.

Conclusión: Los pacientes con AR-precoz-grave, naïve-FAME y mal pronóstico, presentaron una carga en la productividad laboral/hogar alta, comparable a la AR-establecida, siendo económicamente significativa. El tratamiento durante 1año con CZP+MTX mejora la productividad laboral/hogar, lo que reduce la carga económica.

P-02. CARGA ECONÓMICA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA UNIÓN EUROPEA Y FACTORES PREDICTORES DE LOS COSTES. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Marta Comellas; Clara Gabás; Carles Blanch; Luis Lizán

1-2 Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón; 3 Novartis Barcelona; 4 Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón

Objetivo: Sintetizar la información disponible en la literatura referente a la carga económica de la artritis psoriásica (AP) en la Unión Europea (EU) y los factores predictores de los costes.

Materiales y métodos: Revisión sistemática (PubMed, Scopus, Cochrane Library, ISI WOK, DARE, NHSEED, HTA, Google Académico) hasta noviembre 2015; artículos originales y comunicaciones a congresos publicados en inglés y español. Se excluyeron estudios asociados a intervenciones terapéuticas concretas, no realizados en la UE, editoriales o cartas al editor y revisiones. Costes actualizados (€,2015).

Resultados: Se seleccionaron 11 publicaciones: cinco evaluaban los costes desde la perspectiva social, dos del financiador y tres del paciente. El estudio restante era un coste-efectividad.

El coste medio anual asociado a la AP en la UE es muy variable, oscilando entre 11.118€ paciente/año Alemania y 2.898€ paciente/año en Italia. La principal diferencia entre estas estimaciones radica en la inclusión de los costes asociados a la incapacidad laboral. El coste indirecto puede alcanzar el 71,5% del coste total, siendo los niveles de absentismo, presentismo y pérdida de productividad laboral en estos pacientes de hasta un 14%, 39% y 46%, respectivamente.

La capacidad funcional es el principal predictor de los costes totales. El deterioro de la funcionalidad (HAQ) en una unidad puede incrementar hasta 1.789€ los costes totales y hasta un 12% la pérdida de productividad laboral.

Conclusiones: Los costes asociados a la AP son elevados, si bien existe una gran variabilidad en su cálculo; el coste total aumenta considerablemente con el deterioro de la capacidad funcional.

P-03. CARGA ECONÓMICA DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LA UNIÓN EUROPEA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristina Prada; Marta Comellas; *Carles Blanch*; Luis Lizán

1-2 Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón; 3 *Novartis Barcelona*; 4 Outcomes 10, Universidad Jaime I Castellón

Objetivo: Determinar los costes directos e indirectos de la espondilitis anquilosante en la Unión Europea de acuerdo con lo publicado en la literatura.

Materiales y métodos: Revisión sistemática (PubMed, Scopus, Cochrane Library, ISI WOK, DARE, NHSEED, HTA, EconLit, Google Académico) hasta mayo 2015; artículos originales y revisiones sistemáticas referentes a los costes directos (CD) o indirectos (CI) de la espondilitis anquilosante (EA) en la UE publicados en inglés y español. Se excluyeron estudios asociados a principios activos e intervenciones concretas, editoriales o cartas al editor, comunicaciones a congresos y revisiones no sistemáticas. Costes actualizados (€,2015).

Resultados: Se seleccionaron 2 revisiones sistemáticas, 5 estudios transversales, 2 retrospectivos y un coste-efectividad. El 50% proporcionaban datos desde la perspectiva del paciente, el 30% social y el 20% del financiador. En la mayoría de los países el principal componente del coste total era el CI (53% -62%), situándose el CD entre el 38% y el 47%. En España el CI significó el 34% del coste total. En los distintos países europeos, el absentismo laboral se situó entre el 11% y el 16%; estando el presentismo laboral entre el 14% y el 33%. La actividad de la enfermedad y la depresión eran predictores del absentismo y presentismo laboral. La gravedad de la enfermedad podía incrementar hasta 2 y 4 veces el CD e CI, respectivamente.

Conclusiones: El coste indirecto representa la mayor proporción del coste de la EA; siendo éste superior en aquellos pacientes con una mayor actividad y gravedad de la enfermedad.

P-04. ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DEL ACUERDO DE RIESGO COMPARTIDO (ARC) CON CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA®) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Miguel Ángel Calleja; Emilio Martín Mola; Carlos García Collado; *Carlos Rubio-Torrés*; Darío Rubio-Rodríguez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. Hospital Universitario La Paz, Madrid. *Health Value, Madrid*.

Objetivos: El objetivo fue analizar el impacto económico de los ARC con certolizumab pegol (Cimzia®) para el tratamiento de la artritis reumatoide activa, de mode-

rada a grave en pacientes adultos, cuando la respuesta a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES) incluyendo metotrexato haya sido inadecuada.

Métodos: Se realizó un modelo económico, estimando el coste por paciente con y sin ARC, mediante el análisis de dos cohortes: la cohorte de pacientes del ARC (N= 81) y los pacientes del estudio observacional prospectivo RENACER (N= 168). Las probabilidades de respuesta se obtuvieron de ambos estudios (semana 12) y de los ensayos clínicos (semana 52). Costes incluidos: adquisición de los medicamentos, devolución de 10 jeringas de Cimzia® (fracaso en la semana 12), tratamiento de rescate y coste de las reacciones adversas graves. Se hicieron análisis determinísticos y probabilísticos.

Resultados: La respuesta a certolizumab en la semana 12 fue del 80,2% (cohorte ARC) y del 49,4% (cohorte RENACER), con menor tratamiento biológico previo en los primeros (22% vs. 46%). En los pacientes de la cohorte ARC el coste por paciente fue de 11.831 € ± 227 € y 12.702 € ± 37 € con y sin acuerdo, respectivamente. El ahorro por paciente con acuerdo fue de 871€ (IC95% 546-1.272 €). En el caso de los pacientes de la cohorte RENACER el ahorro estimado fue de 2.213 € (IC95% 1.910-2.549 €) en el paciente con acuerdo.

Conclusiones: El ARC con certolizumab supone un considerable ahorro para los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 15 de junio de 2016. 13.30 a 14.30 h.

1.2 Hábitos y calidad de vida

P-05. RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE ESTUDIOS DEL COSTE SOCIAL DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Vincenzo Alberto Vella; *Anna García-Altes*; Lidia Segura García; Nuria Ibañez Martínez; Joan Colom Farran

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS); Agència Salut Pública de Catalunya

Introducción y objetivos: Los primeros estudios de estimación de los costes sociales del consumo de drogas ilegales se publicaron en los años 80. No obstante, a día de hoy, todavía no hay acuerdo sobre la metodología más apropiada. En el marco de un proyecto financiado por DG Justice, hemos llevado a cabo una revisión de la literatura sobre estimación del coste social del consumo de drogas ilegales con el objeto de establecer las mejores prácticas en este ámbito.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en noviembre de 2015 en Pubmed, Scopus y, de forma limitada, Google Académico.

Resultados: De los 152 documentos identificados, 18 cumplieron los criterios de selección establecidos. Son 3 las áreas clave en relación a la construcción de un modelo para evaluar los costes sociales del consumo de drogas ilegales: los conceptos fundacionales que constituyen el marco teórico, la aplicación del marco y la definición de los componentes de la matriz de costes. Se recomienda el uso de un marco que incluya costes indirectos y directos siguiendo a Single et al. (2003) y Kopp y Fenoglio (2002).

Conclusiones: Aunque la de los costos sociales es una metodología bien establecida en la literatura de evaluaciones económicas en salud, la presente revisión destaca la falta de acuerdo en diferentes aspectos relacionados con la estimación del coste sociales de las drogas ilegales. Así, se han diseñado dos enfoques analíticos que se proponen como guías para futuras investigaciones en este ámbito.

P-06. A TAXONOMY OF TREATING AND PREVENTING PROGRAMS FOR ALCOHOL INTAKE: A SYSTEMATIC REVIEW OF ECONOMIC EVALUATIONS

Marta Trapero-Bertran; *Dolors Gil-Doménech*

Universitat Internacional de Catalunya

Objectives: The aim of this systematic literature review is to identify which are the most efficient programs to treat and prevent alcohol intake and to establish a common taxonomy for them.

Methods and materials: The systematic literature review was conducted by searching three databases: NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), Health Technology Assessment (HTA), and MEDLINE Ovid and Pubmed. The search terms used were in English. There was no time restriction applied. Papers were excluded if they: were review articles; were not full economic evaluations providing an ICER as a result; did not use the term "alcohol" as a drink; did not focus on programmes associated to reduce or prevent alcohol consumption. A data extraction form was used to withdraw information. All evaluated programs were listed and recorded.

Results: 42 papers were included in this study. Cost-effectiveness analysis was carried out on 55% of papers, being the funder perspective the most used (36%). Programs, treating and preventing, were classified on: psychosocial; pharmacological; policy and legislation; enforcement; mass-media campaigns; school-based; community initiatives; and others. In terms of treatment, fiscal policy and mass-media campaign seem to be the most efficient population interventions whereas brief interventions seem to be the most efficient individual one. Acamprosate seems to be the most efficient pharmacological prevention intervention.

Conclusions: Previous reviews have been extended by depicting alcohol programs according to their efficiency. Taxonomy for all types of evaluated interventions have been developed helping to standardize the definition of alcohol programs and facilitating their comparison across countries.

P-07. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y HÁBITOS: NUEVA EVIDENCIA A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD

Santiago Cernadas Amoedo; *Eva Rodríguez Míguez*

Universidad de Vigo

Objetivo: Estimar el impacto de los principales factores de riesgo asociados al comportamiento individual (obesidad, consumo de tabaco y alcohol, sedentarismo e insuficiente ingesta de fruta y verdura) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Material y métodos: Los valores de la CVRS fueron obtenidos a partir de las respuestas del cuestionario EQ-5D-5L, incluido en la Encuesta Nacional de Salud (2011/2012). Se aplicó la tarifa estimada para España. Para determinar la relación entre factores de riesgo y valores del EQ-5D-5L, se llevó a cabo un análisis de regresión, controlando por las características socioeconómicas.

Resultados: Los resultados muestran que todos los factores de riesgo, excepto el consumo de alcohol, inciden significativamente, y en la dirección esperada, en la salud. Así, la obesidad y el elevado consumo de tabaco están asociados con una pérdida de CVRS, mientras que la ingesta de fruta/verdura y la realización de ejercicio físico presentan un impacto positivo en la CVRS. Los efectos de las variables socioeconómicas fueron los esperados. Las mujeres presentan peor calidad de vida y el vivir en pareja ejerce un efecto protector sobre la salud. Además, a mayor edad y menor nivel educativo menor salud. Finalmente la baja renta influye negativamente en la salud pero solo para los quintiles más bajos.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de este tipo de estudios, estos resultados sugieren la importancia de realizar campañas de prevención del tabaquismo y la obesidad, así como programas de fomento de la actividad física y del consumo alimentos saludables.

P-08. AN ANALYSIS OF THE PSYCHOTROPICS CONSUMPTION DURING THE 2008 ECONOMIC DOWNTURN

Elena Arroyo Borrell; Marc Saez; Gemma Renart; Carme Saurina; Laura Serra; Andrés Cabrera-León; Antonio Daponte

Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS), *University of Girona, Spain*; CIBER of Epidemio-

logy and Public Health (CIBERESP); Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

Background: A large number of studies analyse the effects of economic downturns on health outcomes with contradictory results. However, literature agrees on the concern of the effects on mental health problems. The aim of this article is to assess changes in the self-reported consumption of psychotropics due to the financial crisis, if any.

Methods: We use two cross-sectional datasets from the Spanish National Health Survey 2006 and 2011 carried out by the Ministry of Health in Spain. We run a multilevel model using autonomous communities and year as levels. Then, we use Bayesian methods for the inference.

Results: We find out that the risk of consuming tranquilizers has been reduced by 32,18% in 2011 compared to 2006. By autonomous communities, we can find that Aragón, Asturias, Castilla-León, Valencia, Galicia, Navarra and la Rioja have a higher chance of consuming tranquilizers than the average of Spain.

Conclusions: In general, the risk of consuming psychotropics has been reduced using self-reported data. Given that the mental problems have worsened during the financial crisis in Spain, we conclude that people do not recognise mental disorders in self-reported surveys.

P-09. ALCOHOL Y EMBARAZO: ESTIMACIÓN DE LA MORBILIDAD Y COSTES EN EDUCACIÓN ESPECIAL POR TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL EN NIÑOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Juan Antonio Ortega-García*; Juan Jiménez-Roset[^]; Jose Luis Reverte Orts[;]; Juan Luís Delgado-Marín^{**}; Manuel Sánchez-Solís*, Juan Antonio Marqués-Espí^{***}

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica*, Servicio de Pediatría; **Medicina Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, ***Director Gerente. *Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España* [^]DG Salud Pública y Adicciones. Coordinador Regional en Prevención de Drogas. Consejería de Sanidad, Región de Murcia [;]Fundación para Formación e Investigación Sanitaria Región de Murcia.

El objetivo de este estudio es estimar la contribución del alcohol prenatal a la incidencia, prevalencia y costes en educación de los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) en la Región de Murcia(RM). El TEAF es la principal causa de retraso mental prevenible 100% en Europa. Metodología: sistema de revisión pasiva, y estudio clínico prospectivo de 1500 parejas al inicio del embarazo con la hoja verde de cribado medioambiental (2009-2012). Guía de Clasificación Canadiense, 2015, y ICD-10. Estadística de las Enseñanzas no universitarias, Ministerio Educación, INE y Centro Regional de Estadística.

Estimaciones poblacionales (2013-2014): 3-4/1000 niños de TEAF con rasgos faciales típicos (Q86.0) [45-60 pacientes/año], asociados al alcohol prenatal 11,4/1000 con defectos congénitos (CIE-10) [171 niños/año] y 30,8/1000 con algún trastorno o retraso en el neurodesarrollo (TRND) al año de vida [462 niños/año]. Niños en educación especial (EP) y con necesidades especiales integrados (NEI) RM:1203 y 8103. Gasto en EP(RM): 33.867.300 €. Estimando gasto por alumno, y 100% de Q86.0 requiere EP y el 25% de TRND necesitan NEI, por nivel académico equivale:163.000-218.000€ y 385.000€, respectivamente. En el total de las etapas educativas:7,67-8,45 millones/año, 22,6-25,1% del gasto en EP(RM). Estas estimaciones son bajas porque incorpora suposiciones conservadoras, no incluye el gasto de la atención médica, ni derivado de las malformaciones, fármacos, horas de pérdida de trabajo de los padres, sufrimiento, complicaciones tardías. Conclusiones. Los costes de la exposición prenatal a alcohol en el embarazo son altos, en contraste con los limitados recursos destinados a la investigación, manejo y prevención del TEAF.

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 15 de junio de 2016. 13.30 a 14.30 h.

1.3 Cáncer (I)

P-10. TREATMENT PATTERNS OF METASTATIC MELANOMA IN SPAIN

Ignasi Campos Tapias (1); Chakkarin Burudpakdee (2); Arpamas Seetasith (3); Qiufei Ma (4)

1. AMGEN SA. Barcelona, Spain; 2. IMS Health, Health Economics and Outcomes Research, Fairfax, VA; 3 University of North Carolina at Charlotte, Charlotte, NC; 4 AMGEN INC. Thousand Oaks, USA

Objective: To describe treatment patterns by BRAF status, stage, and line of therapy among patients with metastatic melanoma (MM) in Spain

Methods: Patients with MM (stage IIIB-IV M1c) in Spain were identified from the IMS oncology Advantage Database that was collected from Q2 2014 to Q1 2015. Treatment patterns were examined by BRAF status, stage, and line of therapy.

Results: The study included 401 unresectable MM patients (44.9% BRAF; 9.2% in stage IIIB-IV M1a; 35.0% aged 55 years or younger; 57.3% are female). Common sites of metastases were lung (63.3%), lymph nodes (52.4%), and liver (39.0%). Monotherapy treatments accounted for >90% in BRAF mutated and BRAF wild-type patients. Vemurafenib was the most common first-line

treatment in BRAF mutated patients (IIIB-IV M1a: 38.1%, IV M1b-M1c: 52.8%), followed by dabrafenib (IIIB-IV M1a: 28.6%, IV M1b-M1c: 10.1%) and dacarbazine (IIIB-IV M1a: 9.5%, IV M1b-M1c: 12.6%). First-line treatments in BRAF wild-type patients varied by tumor stage (IIIB-IV M1a: dacarbazine 37.5% and temozolomide 31.3%; IV M1b-M1c: dacarbazine 44.9% and fotevistine 17.7%). In second-line, BRAF mutated patients with IIIB-IV M1a were commonly treated with vemurafenib (50.0%) and dabrafenib (50.0%), and IV M1b-M1c were treated with ipilimumab (28.6%) and vemurafenib (25.7%). In second-line, BRAF wild-type patients were commonly treated with ipilimumab regardless of stage (IIIB-IV M1a: 75.0%, IV M1b-M1c: 46.7%).

Conclusion: In Spain, standard of care for BRAF mutated patients across all stages and lines are BRAF inhibitors. For BRAF wild-type patients across all stages, dacarbazine and ipilimumab are standard of care in first-line and second-line, respectively.

P-11. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DICLORURO DE RADIO-223 EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN ESPAÑA

Meritxell Granell; *Cristina de Miguel*; Maribel Riera

Market Access, *Bayer Hispania S.L.*

Objetivo: El objetivo del análisis fue estimar el impacto presupuestario de dicloruro de radio-223 (radio-223) para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración con metástasis óseas sintomáticas y sin metástasis viscerales (CPRCm) a lo largo de 3 años.

Métodos: Se comparó un escenario de introducción de radio-223 frente a un escenario inicial de tratamiento con docetaxel, abiraterona, enzalutamida y cabazitaxel en una cohorte de pacientes determinada por parámetros epidemiológicos. Se incluyeron costes directos sanitarios: medicación, manejo de eventos óseos, visitas y hospitalizaciones. Las tasas de eventos y uso de recursos procedieron del estudio ALSYMPCA, y los costes unitarios (en euros de 2015) se tomaron del Catálogo de Medicamentos y de la literatura.

Resultados: Se estimó una población tributaria anual de 5.200 pacientes con CPRCm. En el escenario de introducción de radio-223, éste tuvo una cuota de mercado del 3% el primer año, alcanzando un 11% a los 3 años, sustituyendo a abiraterona, cabazitaxel y enzalutamida. Se generarían ahorros anuales del 2,0%, 4,2% y 6,4% (19.190.843€ en 3 años). La medicación fue la principal partida de coste, siendo la sustitución de abiraterona la variable con mayor potencial de ahorro.

Conclusiones: La introducción de radio-223 en el tratamiento del CPRCm conllevaría ahorros en costes directos sanitarios y una disminución del impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud en España.

P-12. COSTE FARMACOLÓGICO DE LOS TRATAMIENTOS PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CPRCm) EN ESPAÑA

Meritxell Granell (1); *Aleix Llorac* (1); Ferran Pérez-Alcántara (2)

1. *Bayer Hispania S.L.* Departamento de Market Access; 2. *Oblikue Consulting S.L.*

Introducción y objetivo: Según los Informes de Posicionamiento Terapéutico, los nuevos tratamientos para el cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm) han demostrado ganancias de la mediana de supervivencia similares. La heterogeneidad de las poblaciones y del diseño de los estudios pivotaes impide comparar las eficacias de los tratamientos pero no calcular los costes totales de los mismos. El objetivo de este estudio es determinar los costes por paciente de tratamientos hormonales (abiraterona y enzalutamida), quimioterapéuticos (docetaxel y cabazitaxel) y del radiofármaco radio-223 en pacientes con CPRCm.

Material y métodos: Este análisis se realizó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español incluyendo exclusivamente costes directos farmacológicos. El coste del tratamiento se calculó a partir de las duraciones medias del tratamiento observadas en los ensayos clínicos cuando estuvieran disponibles y de las pautas indicadas en las fichas técnicas de cada producto.

Resultados: Los tratamientos pre-quimioterapia con abiraterona o con enzalutamida presentaron costes respectivos de 45.009€ y 49.691€. Los costes de los tratamientos post-quimioterapia con abiraterona o con enzalutamida fueron de 31.790€ y 26.732€. Los costes de los tratamientos quimioterapéuticos con docetaxel o con cabazitaxel fueron respectivamente de 2.680€ y 23.141€. El coste del tratamiento con radio-223, independientemente de la administración previa de quimioterapia, fue de 23.116€.

Conclusiones: Existe heterogeneidad en los costes totales de los tratamientos indicados para el CPRCm. El coste del tratamiento con radio-223 es inferior al de los tratamientos hormonales administrados tanto en pre como en post-quimioterapia y similar al de cabazitaxel.

P-13. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS: BIOPSIA DE PRÓSTATA MEDIANTE FUSIÓN DE IMÁGENES

Iker Ustárroz Aguirre; M^a Teresa Acaiturri Ayesta; Elisa Gómez Inhiesto; Carmen León Araujo; M^a Inmaculada Ibarrola Gutiérrez; Iñaki Armentia Arsuaga; Jose Luis Quintas Gómez

Osi Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Objetivos: La dirección médica ha solicitado un informe de evaluación sobre la utilización de la fusión de imágenes en las biopsias para la detección del cáncer de próstata, comparándola con el procedimiento estándar, la biopsia transrectal mediante ultrasonidos. El objetivo final es evaluar el coste-efectividad de la técnica frente a su comparador.

Material y métodos:

-Formación de un equipo multidisciplinar (Facultativos, Epidemiólogos, Enfermería, Economistas)

-Búsqueda y recopilación de información contextualizada en el entorno hospitalario (bibliografía, información asistencial, costes, etc.)

-Evaluación de los datos clínicos y económicos mediante un árbol de decisión

-Revisión interna y externa del informe

-Emisión del informe

Resultados: La biopsia de próstata mediante fusión de imágenes aumenta el rendimiento diagnóstico del cáncer de próstata respecto al procedimiento estándar (biopsia transrectal guiada mediante ultrasonidos). Se estima que el porcentaje de diagnóstico se incrementa de un 18% en la segunda biopsia a un 50%. Esto tendría un coste de 501 euros más por paciente. Además, se evitaría la realización de biopsias sucesivas, hasta 6 en algunos casos.

Conclusiones: Se estima que la biopsia de próstata mediante fusión de imágenes es una tecnología coste-efectiva en comparación con el procedimiento estándar, pero es necesaria la evaluación de los resultados tras un periodo de prueba determinado.

La implantación de la metodología de evaluación de tecnologías sanitarias en el entorno hospitalario es imprescindible para ayudar en la toma de decisiones sobre la introducción de las mismas.

P-14. IMPLICACIONES DEL USO DE LA MEDIANA O LA MEDIA DEL NÚMERO DE CICLOS CUANDO SE ESTIMA EL COSTE DEL TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO

Gozalbo, I; Paz, S; Lizán, L; Granell, M

1-3 *Outcomes'10*, Castellón, *Universidad Jaime I*; 4 Bayer Hispania, Barcelona

El objetivo de este estudio es describir el impacto que puede producirse en el cálculo de los costes farmacológicos asociados al tratamiento del cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCm) como consecuencia del uso de la mediana, en lugar de la media, del número de ciclos administrados.

La media, mediana, máximo y mínimo del número de ciclos, así como las curvas de supervivencia libre de progresión (SLP) de los compuestos comercializados en España para el tratamiento del CPRCm (docetaxel,

cabazitaxel, abiraterona acetato, enzalutamida y dicloruro de radio-233) fueron extraídos de ensayos clínicos e informes EPAR. Se evaluó la precisión de la aproximación de la media mediante varias fórmulas y usando el área bajo la curva de SLP. Se estimó el coste de cada tratamiento multiplicando un valor hipotético de 100€/ciclo por la media y la mediana del número de ciclos, calculando la diferencia porcentual entre el coste del tratamiento obtenido utilizando la mediana y la media respectivamente.

El método de aproximación de la media más adecuado fue la fórmula de Hoza. La media de ciclos de docetaxel, no reportada, se estimó usando esta fórmula. Los costes estimados utilizando la media fueron un 15,00% y 18,42% inferiores a los obtenidos utilizando la mediana para radio-233 y docetaxel, y un 2,00%, 2,41%, 3,62% y 26,25% superiores para cabazitaxel, enzalutamida y abiraterona pre/post-docetaxel respectivamente.

El uso de la mediana en lugar de la media del número de ciclos puede afectar sensiblemente a la estimación del coste farmacológico del tratamiento para el CPRCm.

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 15 de junio de 2016. 13.30 a 14.30 h.

1.4 Costes y prevención

P-15. COSTE DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO (DNP) CON PREGABALINA O GABAPENTINA EN SITUACIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Antoni Sicras-Mainar (1); Javier Rejas-Gutiérrez (2); Maria Perez-Paramo (3); Ruth Navarro-Artieda (4)

(1) *CAP Vicenç Papaciet. La Roca del Vallès. Barcelona*; (2) Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud, Pfizer SLU, Alcobendas, Madrid; (3) Departamento Médico, Pfizer GEP SLU, Alcobendas, Madrid; (4) Documentación Médica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Objetivo: Analizar el coste del tratamiento del DNP con pregabalina o gabapentina en situación de práctica clínica habitual en el año 2015.

Material y métodos: Estudio observacional-retrospectivo, utilizando registros médicos electrónicos (RME) de pacientes incluidos en centros de atención primaria gestionados por Badalona Serveis Assistencials que iniciaron tratamiento con pregabalina o gabapentina por DNP entre 2006-2008. Se midieron comorbilidades, tipo de DNP, medicación concomitante, uso de recursos y los

costes sanitarios y no-sanitarios (pérdidas de productividad-laboral) con precios del año 2015.

Resultados: El análisis incluyó 1.163 RMEs [pregabalina; N=764 (65,7%) y gabapentina; N=399 (34,3%)] de pacientes con edad media (DE) de 59,2 (14,7) años (62,2% mujeres). El coste-promedio por paciente de medicación principal para el DNP fue significativamente superior para pregabalina que para gabapentina; 214,6 (206,3) vs. 157,4 (181,9), $p < 0,001$, aunque se compensó con un menor coste de medicación analgésica-concomitante; 176,5 (271,8) vs. 306,7 (529,2), respectivamente ($p < 0,001$). El coste total promedio/paciente corregido fue inferior en los tratados con pregabalina que con gabapentina; 2.413€ (2.119-2.708) vs. 3.201€ (2.806-3.597); $p = 0,002$, debido a costes sanitarios significativamente inferiores; 1.307€ (1.247-1.367) vs. 1.538€ (1.458-1.618), $p < 0,001$, y no-sanitarios; 1.106€ (819-1.393) vs. 1.663€ (1.279-2.048), $p = 0,023$, que se justifican por una significativa menor utilización de medicación concomitante analgésica, menor número de visitas médicas a atención primaria y menos días de baja-laboral.

Conclusiones: En este estudio retrospectivo, pregabalina, en comparación con gabapentina, mostró menores costes sanitarios y no-sanitarios del tratamiento del DNP en condiciones de práctica clínica habitual para el SNS y la Sociedad a precios del año 2015.

P-16. COSTO DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON EN EL PERÚ

Gustavo Silva Paredes; Mario Cornejo Olivas; Miguel Inca Martinez; Keren Espinoza Huertas; Anastasia Vishnevsky; Pilar Mazzetti; Rosa Urbanos Garrido

Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Escuela de Medicina Perelman de la Universidad de Pennsylvania, Filadelfia, PA, Estados Unidos; Centro de Investigación Básica de Neurogenética - Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas Perú; Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid España

Objetivo: Estimar los costes directos e indirectos de la Enfermedad de Huntington en el Perú, 2015.

Fundamentos: La enfermedad de Huntington (EH) es un trastorno neurodegenerativo, devastador y fatal que conduce a una discapacidad progresiva y con el tiempo a una dependencia total. El impacto económico que representa la EH en los pacientes de los países en desarrollo como el Perú, se desconoce.

Métodos: Es un estudio de costo de enfermedad desde la perspectiva del paciente, observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de 97 pacientes. Los pacientes fueron clasificados por el grado de discapacidad que permite el índice de Barthel.

Resultados: El costo medio anual de la EH es 9538,72 US\$ por paciente, los costos directos no sanitarios representan el 71.3% del costo total, los costos indirectos el 22.6% y los costos directos sanitarios el 6.1%. Los pacientes con EH realizan el pago del 100% de los costos sanitarios de su enfermedad por lo que sólo acceden a los servicios médicos y a los medicamentos que se pueden permitir. El costo medio anual de la EH se incrementa con el grado de discapacidad del paciente: Barthel-5 4,150.12 US\$, Barthel-4 9,775.36 US\$, Barthel-3 18,285.11 US\$, Barthel-2 24,192.21 US\$, y 24,961.37 US\$ para Barthel-1.

Conclusiones: El impacto del costo de la EH en los pacientes y sus familias es catastrófico al superar los ingresos anuales del paciente y de su hogar, siendo imprescindible priorizar su cobertura socio sanitaria por parte del estado.

P-17. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LOS COSTES DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Carmen Selva Sevilla (1); Patricia Romero Rodenas (2); Marta Lucas Pérez-Romero (3); María Teresa Tolosa Pérez (4); Mar Domato Lluch (5); María Luisa González del Moral (6); Manuel Gerónimo-Pardo (7).

(1) Área de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha. (2,4,5) Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (3) Servicio de Salud Mental. Gerencia de Área Integrada de Almansa. (6) Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. (7) Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Objetivo: evaluar los costes directos que ha supuesto la implementación del programa de terapia electroconvulsiva (TEC) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: se ha realizado un estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes sometidos al menos a una sesión de TEC, así como un análisis descriptivo de los costes directos sanitarios asociados a la TEC desagregados en las siguientes partidas: estancia hospitalaria, personal, material fungible, equipo y fármacos. La perspectiva ha sido la del sistema sanitario público y el horizonte temporal, 2008-2014. Todos los costes se presentan en euros de 2011 y han sido descontados a una tasa de interés del 3%. Se han practicado análisis de sensibilidad a la variación, respecto al caso base, de aquellas variables que pueden presentar mayor incertidumbre.

Resultados: 76 pacientes han recibido un total de 853 sesiones de TEC, lo que ha supuesto un coste de 1.409.528,63€; el coste medio de una sesión estándar de TEC ha sido de 1.667,35€. La distribución por partidas de ese coste muestra que en torno al 92% corresponde a gastos de estancia hospitalaria, casi un 5% a gastos de personal y el resto a material fungible, equipo y fármacos. El análisis de sensibilidad de los datos económicos muestra resultados estables a variaciones de las variables de incertidumbre.

Conclusiones: la asignación más eficiente de los recursos económicos destinados a la TEC se podría mejorar reduciendo los días de estancia hospitalaria, lo que podría conseguirse fomentando la TEC ambulatoria y/o los permisos hospitalarios.

P-18. EVALUACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR: EL CASO DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA (OSPLYC)

Santiago Torales; Natalia Jorgensen; Daniel Ferrante; Hernán Pérez; Martín Langsam

ISALUD

El objetivo de trabajo es evaluar la efectividad de la implementación de un Programa de detección y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular en una Obra Social argentina. Este programa incluye las acciones de detección de factores de riesgo cardiovascular, control y seguimiento de diabetes, hipertensión arterial y de patologías crónicas.

La metodología utilizada fue de evaluación de impacto. Se definió un grupo de tratamiento y dos grupos de control conformados por aquellos pacientes que no se encontraban dentro del programa, ya sea por estar en seguimiento con su médico de cabecera o por no estar en seguimiento. Los grupos se conformaron por la técnica de propensity score matching para reducir el sesgo de selección y aumentar la comparabilidad de los mismos. Retrospectivamente se analizaron los eventos de riesgo cardiovascular en cada uno de los grupos en un horizonte temporal de cinco años y se estimó la curva de sobrevida de eventos.

Los resultados preliminares muestran que el Programa tiene una buena performance para identificar los pacientes de alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la evolución de los eventos en los dos grupos sujetos a comparación. No obstante, la duración media de la estancia hospitalaria para cada evento es significativamente inferior como así también los reingresos hospitalarios. El corto horizonte temporal que se está analizando y el problema de selección de los grupos limitan las conclusiones que pueden obtenerse a partir de los resultados encontrados

P-19. TRASPLANTE RENAL INTERVIVOS: ANÁLISIS DE COSTES

Iñaki Armentia Arsuaga; M^a Teresa Acaiturri Ayesta; Elisa Gómez Inhiesto; M^a Inmaculada Ibarrola Gutiérrez; Miguel Ángel Gómez Rodríguez; Iker Ustárroz Aguirre

OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces

Objetivos: Dada la relevancia que tiene el procedimiento de Trasplante Renal Intervivos, nos planteamos como objetivos:

- Analizar la variabilidad entre el coste estimado del procedimiento relativo al Trasplante Renal Intervivos y el Coste Medio del Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) en el que ha sido clasificado.

- Contrastar los costes obtenidos mediante las dos metodologías anteriores con nuestro sistema de Costes por Paciente.

Material y Métodos:

- Cálculo del coste real generado en el procedimiento de Trasplante Renal Intervivos.

- Cálculo del coste medio GRD en los que han sido clasificados los pacientes al alta.

- Análisis del coste real mediante un sistema avanzado de "Coste por Paciente".

Resultados: Existe una variabilidad significativa entre el coste de los pacientes asociados a los GRD estudiados, tanto en el "302 Trasplante Renal" como en el "305 Procedimientos sobre riñón uréter mayores sobre vejiga por proceso no neoplásico sin CC".

Conclusiones: Los costes medios GRD no reflejan una imagen fiel ni suficiente para la toma de decisiones, siendo necesario obtener los costes de forma diferenciada y detallada a nivel de paciente, que nos permita conocer y analizar la variabilidad asistencial en un mismo procedimiento y/o diagnóstico.

El sistema del Coste por Paciente nos permite analizar la variabilidad de los procedimientos en función de distintas variables clínicas y sociodemográficas, así como contemplar y valorar las complicaciones posteriores asociadas a dichos procedimientos.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 15 de junio de 2016. 14.30 a 15.30 h.

2.1 Esclerosis múltiple

P-20. IMPACTO PRESUPUESTARIO DE ALEMTUZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA

David Javierre; Daniel Grau; Francisco Rivero; Jesús González; Marta Casellas

Departamento de Market Access de Sanofi Genzyme

Objetivo: Alemtuzumab es un medicamento innovador en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM) con una novedosa posología con administración de dos cursos agudos de tratamiento intravenoso, que permite que la gran mayoría de los pacientes tratados no necesite tratamientos adicionales y que no tengan que mantener un tratamiento crónico como las terapias existentes hasta su aparición. El objetivo es evaluar el impacto presupuestario (IP) de Alemtuzumab como tratamiento de 2ª línea para pacientes con EM en comparación con sus alternativas terapéuticas: fingolimod y natalizumab.

Metodología: En España aproximadamente 4000 pacientes están en tratamiento con fármacos de 2ª línea. Se realizará un análisis de IP con un horizonte temporal de 5 años desde la perspectiva del sistema sanitario español. El modelo incluirá los costes directos del tratamiento y monitoreo, efectos adversos, así como los relacionados con las recaídas. Se utilizará como caso base el precio notificado de los tratamientos, aplicando posteriormente una serie de supuestos de análisis de sensibilidad sobre posibles descuentos en los costes finales de adquisición para el sistema público de salud.

Resultados: Los resultados de los diferentes escenarios los presentaremos en el próximo congreso de la AES.

Discusión: Diferentes evaluaciones económicas de Alemtuzumab, realizadas por organismos independientes evidencian beneficios farmacoeconómicos, sin embargo el acceso de las innovaciones disruptivas de alto valor clínico chocan con limitaciones presupuestarias, planteándose la discusión acerca de priorizar decisiones basadas en eficiencia o en IP.

P-21. ESTUDIO DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SOBRE LA PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

E Ruiz-Beato, AP Sempere, J Gimenez-Martinez, J Cuervo, V Vera-López, J Maurino

Health Economics, Roche Farma SA, Madrid, Spain

Objetivos: La toma de decisiones en el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) es cada vez más compleja dado que el arsenal terapéutico es muy amplio y hay que considerar los beneficios/riesgos de cada uno de ellos. Por ello, la perspectiva del paciente permite facilitar y compartir la toma de decisiones. La técnica “Multidimensional unfolding” podría permitir evaluar las preferencias de los pacientes por diferentes atributos, utilizando pequeños tamaños muestrales.

Se realizó un estudio de preferencias con pacientes con EM sobre distintos atributos de los fármacos modificadores de la enfermedad (FME).

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional, transversal, no ligado a fármaco. Se estudió la relevancia de 5 atributos (definidos previamente en la literatura): prevenir recaídas, retrasar progresión de la enfermedad, riesgo de efectos adversos, vía y frecuencia de administración. Pacientes con EM remitente-recurrente incluidos con una EDSS entre 0 y 6 y tratados con un FME desde hace más de 3 meses.

Resultados: 37 pacientes fueron entrevistados (edad media: 38,6 años; mujer: 78,4%). Tiempo medio desde el diagnóstico 8,52 (\pm 6,65) años. Mediana puntuación EDSS: 2.0; 43% fueron tratados con un FME inyectable 1ª línea y 35,1%, con tratamientos orales (38% primer tratamiento). Atributo más elegido fue la progresión, seguido de recaídas. La frecuencia de administración fue la menos elegida por los pacientes.

Conclusión: Atributo más relevante para el paciente con EM es la progresión de la enfermedad. Para confirmar dichos resultados se está realizando un estudio multicéntrico utilizandola técnica del análisis conjunto.

P-22. PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE SON PRIORIDAD EN LA COVA DA BEIRA

Anabela Almeida; Soraia Ferreira; Pedro Inácio; Diogo Fonseca; Zélia Rosa; Pedro Rosado; Luiza Rosado; João Costa; Manuela Santos; Gabriela Vicente; Daniela Baltazar; Carlos Martins; Marciomira Silva; Adelia Vaz; Nuno Caçoete

Universidade da Beira Interior; Centro Hospitalar Cova da Beira; Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira; Novartis

“En la Cova da Beira” es un proyecto innovador que pretende garantizar el seguimiento de los pacientes con esclerosis múltiple (EM) en la región, y que es el resultado de una alianza entre lo ACES Cova da Beira, Centro Hospitalar Cova da Beira y Universidad de Beira Interior.

La iniciativa incluye la provisión de consultas de psicología clínica para personas con EM y sus cuidadores, la creación de consultas en el hospital y atención primaria de salud, la reducción de las listas de espera y tiempo de primera consulta y optimización de consultas de Neurología y medicina de familia y General de enfermería.

Todavía se proporciona para el desarrollo de campañas para crear conciencia de la enfermedad, la realización de cuestionarios para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple, la creación de un manual de comunicación para trabajadores de la salud y el desarrollo de programas de capacitación para los diferentes profesionales de la salud.

Las entidades que participan quieren crear e implementar un continuo programa de medicina física y rehabilitación adaptada a personas con esclerosis múltiple, promover la igualdad de acceso de los pacientes a programas de trabajo y empleo y establecer alianzas con asociaciones de pacientes. El proyecto "en la Cova da Beira es un proyecto innovador que promueve una mayor articulación entre atención primaria y hospitalaria, que traerá una mejora eficaz para el paciente.

P-23. TRATAMIENTOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA (2004-2015): GASTO Y EVOLUCIÓN

Renata Villoro; Álvaro Hidalgo

Instituto Max Weber, Madrid, España; Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España

Objetivo: Analizar la evolución del gasto en terapias modificadoras de la enfermedad (TME) para los pacientes con Esclerosis Múltiple en España.

Metodología: Análisis de la evolución anual de pacientes y gasto en TME en 2004-2015, así como del coste farmacológico por paciente y año de tratamiento según TME y línea (Primera línea: interferón (IFN) γ -1a intramuscular y subcutáneo, IFN γ -1b subcutáneo, acetato de glatirámico, dimetil fumarato, teriflunomida; Segunda línea: natalizumab, fingolimod y natalizumab). Análisis desde 2007 (inicio de comercialización de TME de segunda línea).

Resultados: Durante 2004-2015 el gasto en TME aumentó de 115,5M€ a 397,3M€ por un mayor número de pacientes tratados (192% 10.28% anual) y por un mayor crecimiento del coste anual por paciente (17,79%; 1,50% anual). En diciembre de 2015 las segundas líneas representan el 38,39% de gasto en TME en España. El coste anual por paciente en segunda línea es un 56% superior al coste por paciente tratado y un 90% mayor que el coste por año de terapia en primera línea. Omitiendo del análisis el año 2007 (68 tratamientos de segunda línea y 1,44M€ de gasto asociado) las terapias de segunda línea suponen el 47% de los nuevos tratamientos y el 65% del aumento del gasto en TME entre 2008-2014. La participación de éstas alcanza en 2014 el 38% de los nuevos tratamientos causando el 60.88% del aumento del gasto en TME.

Conclusiones: La creciente incorporación de nuevas terapias y el considerable aumento del número de pacientes tratados (10.28% anual) son factores a considerar en la gestión presupuestaria farmacéutica.

P-24. NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO CON EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): BETACONNECT TM NAVIGATOR

Granell, M; Sanabria, M; de Miguel, C

Bayer Hispania S.L.

Introducción: En el manejo de los pacientes con EM que sean candidatos a un fármaco de primera línea es muy importante el cumplimiento con el tratamiento indicado, ya que de ello depende su efectividad en práctica clínica real. El presente estudio describe una aplicación para ordenador y teléfonos móviles que puede ayudar a garantizar que dicho cumplimiento sea el máximo posible.

Metodología: BETACONNECTTM Navigator fue desarrollada para los profesionales de la salud, como interfaz de ordenador para el sistema de autoinyección BETACONNECTTM, de la misma forma que myBETAappTM fue diseñada para los teléfonos móviles de los pacientes.

Resultados: La información recogida en el autoinyector BETACONNECTTM incluye la fecha y hora de cada inyección, velocidad y profundidad de cada inyección y si la inyección se ha realizado correctamente. Esta información, enviada a la myBETAappTM del paciente, se conecta con BETACONNECTTM Navigator, que incluye además la localización de la inyección (si el paciente lo refleja de forma manual en myBETAappTM) y el número de serie del autoinyector individual.

Conclusiones: En el tratamiento de primera línea de la EM, BETACONNECTTM Navigator, junto con myBETAappTM, es una aplicación de gran utilidad para el profesional sanitario (tanto el especialista como el de enfermería), ya que permite, entre otras: (1) revisar la información de todos los pacientes de la consulta, incluidas las historias clínicas individuales, y (2) monitorizar el correcto cumplimiento del tratamiento con interferón 1b.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 15 de junio de 2016. 14.30 a 15.30 h.

2.2 Desigualdades socioeconómicas

P-25. DESIGUALDAD Y CONVERGENCIA REGIONAL EN ITALIA Y ESPAÑA: UN ANÁLISIS ANTROPOMÉTRICO EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Emanuele Felice; José Miguel Martínez Carrión; Ramón María-Dolores

Università "D'Anunzio" di Chieti-Pescara, Universidad de Murcia

Este trabajo analiza la desigualdad y la convergencia regional de las estaturas masculinas en Italia y España entre 1850 y 2000. Con datos de tallas del reclutamiento militar analiza el crecimiento de la estatura y su variabilidad regional en ambos países durante la era contemporánea. Desea comprobar las relaciones entre la desigualdad regional del bienestar biológico medida por la altura y la desigualdad económica medida por la renta por habitante. Con ello, explora la relación entre desigualdad regional, crecimiento económico y bienestar humano. La desigualdad y la convergencia regional son analizadas empleando sigma y beta convergencia, una metodología basada en datos de panel para obtener la velocidad de convergencia. Resultados preliminares del estudio muestran que la desigualdad regional fue más significativa en el caso italiano. Ambos países muestran procesos de convergencia regional en el curso de la segunda mitad del siglo XX, pero la desigualdad fue menor al final del periodo en España que en Italia.

P-26. REGIONAL HEALTH EXPENDITURE: DOES CRISIS AFFECT CONVERGENCE?

Jesús Clemente; Angelina Lázaro; Antonio Montañés

Universidad de Zaragoza

En el siguiente trabajo analizamos la evolución del gasto sanitario total de los estados que componen lo Estados Unidos de América. Tomando como punto de partida la metodología de Phillips-Sul, anteriormente empleada en Panopoulou y Pantelidis (2013) también para el caso de Estados Unidos, se demuestra que el patrón de comportamiento del gasto sanitario no es el mismo para el total de los estados, cuando la muestra abarca el periodo 1980-2009. Además, los resultados son significativamente distintos a los que se obtienen si eliminamos los dos datos posteriores al comienzo de la crisis. Si comparamos ambos casos, se observa que el gasto *per capita* de los estados tiende a igualarse como consecuencia de los ajustes que han realizado los agentes a causa de la crisis, si bien existen

todavía diferencias notables entre el gasto de los estados del sudoeste con respecto a del resto de estados.

P-27. GRADIENTE SOCIOECONÓMICO DE LA OBESIDAD, ¿COINCIDEN LOS RESULTADOS SI SE UTILIZAN DIFERENTES MEDIDAS DE OBESIDAD?: EVIDENCIA EMPÍRICA EN CANARIAS

Aránzazu Hernández Yumar; Ignacio Abásolo Alessón; Beatriz González López-Valcárcel; Itahisa Marcelino-Rodríguez

Universidad de La Laguna; Universidad de La Laguna; Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

Objetivos: Estimación del gradiente socioeconómico en obesidad en Canarias con cuatro medidas objetivas alternativas de la obesidad.

Metodología: Estudio transversal con microdatos extraídos del cuestionario de la cohorte CDC de Canarias, que estudia enfermedades relacionadas con la obesidad. Muestra de 7140 adultos, elegidos aleatoriamente en la población general de las siete islas, recogida durante los años 2000-2005. Se extrajo cuatro medidas de obesidad, calculadas con datos no autorreportados: Índice de Masa Corporal (IMC), Circunferencia Abdominal (CA), Índice Cintura/Cadera (ICC) e Índice Cintura/Altura (ICA). Se calculan las Odds Ratio de renta y educación mediante modelos de regresión logística multivariantes que ajustan por variables individuales. También se calculan para un Índice de Alimentación Saludable (IAS).

Resultados: Respecto al gradiente por niveles de renta, para los hombres no se observa si utilizamos el IMC, CA e ICC, pero sí cuando usamos el ICA. Para las mujeres, existe gradiente atendiendo al IMC, CA e ICA, pero no con el ICC. El gradiente por niveles educativos es significativo para ambos sexos, siendo menos pronunciado al medirlo con el ICA (hombres) y la CA (mujeres). La elaboración del IAS está en proceso y se presentarán sus resultados en las jornadas.

Conclusiones: El gradiente socioeconómico en la obesidad varía según la medida de obesidad utilizada. El conocimiento de estas diferencias (especialmente en regiones como Canarias con índices de obesidad muy próximos a los límites superiores) puede ayudar a reducir el problema de la obesidad y enfermedades crónicas que de ella se derivan, de forma más eficiente.

P-28. POBREZA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA

Juan Rafael Vargas; Yanira Xirinachs-Salazar; Natalia Carvajal-Sancho

CCP- Universidad de Costa Rica

Wagstaff (2002) señaló que existe un círculo vicioso en el cuál los países pobres tienen una peor salud que los países ricos, y dicho comportamiento se interpola a las personas, este trabajo se centra en los determinantes inmediatos de las desigualdades en el sector salud para el caso de Costa Rica.

El objetivo principal es analizar la relación entre el acceso a los servicios de salud y la pobreza controlando por variables sociodemográficas con el fin de estimar la probabilidad de utilización del sistema.

Se emplea la Encuesta Nacional en Salud de Costa Rica para el año 2006. Se realiza un análisis descriptivo de las variables involucradas y se estima un modelo probit utilizando como variable dependiente la asistencia a consulta en los últimos seis meses y como variables independientes pobreza, educación, tamaño del hogar, sexo del jefe de hogar, región de residencia, entre otras.

Los resultados preliminares indican que en el caso de Costa Rica, el uso de los servicios de salud tienen una relación inversa con la pobreza, puesto que a mayor nivel de pobreza y menor ocupación (más desempleo u horas libres) mayor es la probabilidad de utilización.

Una de las principales conclusiones es que por las características del sistema de atención se difiere de la teoría sobre el círculo vicioso de la pobreza, dado que la probabilidad de utilizar los servicios de salud es mayor a menor de ingreso, así como también disminuye la probabilidad de uso si las personas cuentan con un empleo.

P-29. INEQUALITIES IN DIABETES MELLITUS PREVALENCE IN THE ELDERLY ACROSS EUROPE

Beatriz Rodriguez Sanchez

Department of Economics, Econometrics and Finance; University of Groningen

Objectives: The aim of this analysis was to determine whether any inequalities existed across Europe regarding diabetes mellitus prevalence and some socioeconomic determinants in people aged 50 and older from 2004 to 2010.

Methods and data: Firstly, we modeled the probability of having diabetes using logistic regression models for the whole set of explanatory variables. Then, we estimated "horizontal inequity" of diabetes mellitus prevalence, a measure based on the concept of the concentration curve and, consequently, obtained the concentration index. For this analysis, we used data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) from waves 1, 2 and 4 to estimate levels of income-related disparity in diabetes prevalence among adults 50 or older in 12 countries.

Results: We found socioeconomic differences in diabetes prevalence in more than half of the countries which were part of our study. Income, education, lifestyles and health status showed up as some of the main determi-

nants of diabetes prevalence inequalities, although some differences could be observed across countries. Such results showed that diabetes prevention and management policies should be different across countries, taking into account the most prone groups to have diabetes.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 15 de junio de 2016. 14.30 a 15.30 h.

2.3 Cáncer (II)

P-30. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE AFATINIB EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO CON MUTACIÓN POSITIVA DEL EGFR DEL EXÓN 19

Alba Ramon; Núria Paladio; Noemí López-Martínez; Carlos Crespo

Boehringer Ingelheim; Boehringer Ingelheim; Oblisque Consulting, Barcelona; Boehringer Ingelheim

Objetivo: Evaluar la efectividad de Afatinib en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado o metastásico, TKI-naïve y EGFR positivo con delección del exón 19 (Del19) frente a Erlotinib, Gefitinib y Cisplatino/Pemetrexed (Cis/Pem) en España.

Material y métodos: Análisis de la efectividad considerando ensayos clínicos de afatinib (LUX-Lung 1, LUX-Lung 3 y LUX-Lung 6) y un metaanálisis en red. Se elaboró un modelo de Markov para simular el curso evolutivo de la patología desde que el paciente inicia la primera línea de tratamiento hasta su muerte, con 3 estados de salud excluyentes (Libre de Progresión, Progresión y Muerte). Los resultados de salud evaluados fueron años de vida, años de vida ajustados por calidad (AVAC) y años de vida libre de progresión. Se aplicó un descuento temporal del 3 %.

Resultados: Afatinib aportó más años libre de progresión que los comparadores (0,911 vs. Cis/Pem, 0,665 vs. Gefitinib y 0,238 vs. Erlotinib). Los pacientes tratados con Afatinib sobrevivieron de media 3,1 años, mientras que con Erlotinib, Cis/Pem y Gefitinib sobrevivieron 2,4, 2,1 y 2,1, respectivamente. Las mejoras en años de vida y en calidad de vida de Afatinib se tradujeron en más AVACs frente al resto de opciones comparadas (0,782 AVAC adicionales frente a Cis/Pem, 0,674 AVACs adicionales frente a Gefitinib, y 0,359 AVACs adicionales frente a Erlotinib). El análisis de sensibilidad probabilístico confirmó los resultados.

Conclusiones: Afatinib es el tratamiento en 1ª línea más efectivo a largo plazo en pacientes con CPNM EGFR positivo para Del19.

P-31. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TEST MULTIGÉNICO ONCOTYPE DX® EN EL SISTEMA VASCO DE SALUD

Oliver Ibarondo; Arantzazu Arrospide; Isabel Álvarez; Severina Domínguez; Purificación Martínez del Prado; Arrate Plazaola; Javier Mar

Unidad de Investigación AP-OSIs, Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España; Unidad de Investigación AP-OSIs, Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Araba, Vitoria-Gasteiz, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Donostialdea, Donostia, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, OSI Bilbao-Basurto, Donostia, País Vasco, España; Departamento de Oncología Médica, Instituto Oncológico de Guipúzcoa, Donostia, País Vasco, España; Unidad de Investigación AP-OSIs, Hospital Alto Deba, Mondragón, País Vasco, España

Objetivos: Los beneficios obtenidos de la quimioterapia son diversos en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama en estadios tempranos con receptores hormonales positivos y HER2 negativo. El test multigénico Oncotype DX® fue desarrollado para discriminar mejor el riesgo de recurrencia y responder a la necesidad de mejorar los criterios de decisión sobre el tratamiento de los pacientes. Diversas guías diagnósticas actualmente han agregado el test a sus protocolos diagnósticos, el servicio Vasco de Salud lo incluyó en su cartera asistencial en 2012. El objetivo del estudio fue la evaluación coste-efectiva del test frente al uso de criterios clásicos.

Pacientes y métodos: La evaluación se desarrollo mediante un modelo de simulación de eventos discretos. Las características de la cohorte se estimaron respecto a una población de 400 pacientes pertenecientes a cuatro hospitales del País Vasco que fueron analizados con el test. Se determinó que los pacientes con riesgo alto o intermedio se trataron con quimioterapia más hormonoterapia adyuvante, mientras que los de bajo riesgo solo recibieron hormonoterapia. Los costes y beneficios se ajustaron con un descuento anual del 3%. Los resultados recogen años de vida ganados con calidad, costes de los diferentes períodos y el ratio coste-efectividad incremental.

Resultados: El estudio esta en desarrollo en la actualidad y se esperan los resultados definitivos a final del mes de febrero.

Conclusiones: Se prevé que las conclusiones determinen que el test multigénico Oncotype DX® sea coste efectivo frente a los criterios clásicos de decisión desde la perspectiva del Sistema Vasco de Salud.

P-32. COSTE SANITARIO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO AL FINAL DE LA VIDA

Elisa Hernandez Torres; Jose Luis Navarro Espigares; Jose Exposito Hernandez; Jaime Espin Balbino; Francisco Miguel Perez Carrascosa; Francisco Javier Ruiz Centeno; Alberto Jimenez Morales; Belen Corbacho Martin; Pilar Gutierrez Cuadra

Complejo Hospitalario Universitario de Granada; Escuela Andaluza de Salud Pública; Universidad de York

Objetivos: La literatura sobre costes sanitarios al final de la vida señala elevados costes en estas fases de la enfermedad. La mayoría de estos estudios se basan en datos agregados con escasa información sobre costes individuales de la asistencia. El objetivo de este trabajo es calcular el coste hospitalario de la asistencia sanitaria a pacientes oncológicos al final de la vida.

Metodología: Estudio descriptivo a partir de registros administrativos de actividad y costes. La población de estudio son pacientes oncológicos fallecidos en la provincia de Granada durante los años 2009-2012. No se realiza muestreo. Las fuentes de datos son el Registro de Cáncer de Granada, los registros de actividad sanitaria de los hospitales públicos de la provincia y el Sistema de Contabilidad Analítica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Combinando la información recogida en los sistemas mencionados se procederá a la creación de una base de datos informativa de la Historia Económica del Paciente.

Resultados: Se está realizando un pilotaje con 3000 pacientes. De estos pacientes se está reconstruyendo la información correspondiente a consultas externas, urgencias, intervenciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico por imagen, estancias hospitalarias y fármacos dispensados.

Conclusiones: El conocimiento del coste hospitalario unitario del tratamiento de un paciente oncológico al final de la vida y su composición facilitará una mejora en la eficiencia clínico-económica en pacientes oncológicos y la identificación de patrones de tratamiento más eficientes según situación clínica. Igualmente aporta información para la toma de decisiones sobre (re-) asignación de recursos en los centros sanitarios.

P-33. IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE DENOSUMAB FRENTE A ÁCIDO ZOLEDRÓNICO PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUELETO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS ÓSEAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Miriam Fernández Delgado (1); Ignasi Campos Tapias (1); Montserrat Pérez Encinas (2)

(1) Departamento de Farmacoeconomía y Resultados en Salud, Amgen, SA, Barcelona, España; (2) Área de Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

Objetivo: El objetivo es analizar el impacto clínico y económico del uso de denosumab en sustitución a ácido zoledrónico (AZ) en pacientes con cáncer de mama y metástasis óseas en España en base a determinados subgrupos de pacientes.

Material y métodos: Se realizó un análisis del coste de denosumab frente a AZ para el tratamiento de los eventos relacionados con el esqueleto (EREs) en pacientes con cáncer de mama y metástasis óseas y para determinados subgrupos. Se tuvieron en cuenta los costes farmacológicos, de administración, monitorización y asociados al manejo de EREs. Se realizaron análisis de sensibilidad para validar la robustez de los resultados.

Resultados: El coste incremental por ERE evitado de denosumab en comparación a AZ fue de 1.874,90 € en el caso base, y dominante en los subgrupos de pacientes con ERE previo y de pacientes que no reciben quimioterapia intravenosa.

Conclusiones: En el caso base, gran parte de los costes de tratamiento farmacológico se vieron compensados por ahorros en las otras partidas de costes. En los subgrupos de pacientes con ERE previo y de pacientes que no reciben quimioterapia intravenosa el tratamiento con denosumab respecto a AZ puede representar ahorros para el Sistema Nacional de Salud español.

P-34. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES DE PANITUMUMAB FRENTE A CETUXIMAB EN COMBINACIÓN CON QUIMIOTERAPIA EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO CON RAS NO MUTADO EN ESPAÑA

Miriam Fernández Delgado; Ignasi Campos Tapias

(1) *Departamento de Farmacoeconomía y Resultados en Salud, Amgen, SA, Barcelona.*

Objetivos: El objetivo de este estudio fue la evaluación del coste de tratamiento de panitumumab y cetuximab, ambos en combinación con quimioterapia (QT), en 1ª línea de tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRm) con RAS no mutado en España.

Material y métodos: Se realizó un análisis de minimización de costes para evaluar el coste de tratamiento con panitumumab frente a cetuximab del CCRm en 1ª línea en combinación con FOLFOX o FOLFIRI. El análisis se llevó a cabo desde la perspectiva del hospital considerando costes sanitarios directos (euros 2016): el coste farmacológico del anti-EGFR y la QT, y el coste de manejo de los pacientes (visitas al servicio de oncología, análisis sanguíneos, determinación del gen RAS y visitas al hospital de día para la administración de los fármacos). El horizonte temporal del análisis fue de 22 semanas. Las características antropométricas medias consideradas fueron 70 kg de peso, 166 cm de altura y 1,80 m² de superficie corporal.

Resultados: El tratamiento en primera línea con panitumumab resultó ser menos costoso que cetuximab, ambos en combinación con QT: 18,2% inferior en combinación con FOLFOX, y 21,0% inferior en combinación con FOLFIRI. El coste farmacológico de panitumumab fue un 9,3% inferior respecto a cetuximab.

Conclusiones: La combinación de panitumumab con QT en comparación con cetuximab en combinación con QT podría representar un ahorro para el Sistema Nacional de Salud en 1ª línea de tratamiento de pacientes con CCRm con RAS no mutado.

P-35. ESTUDIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

Anna de Prado (1); Ignasi Campos Tapias (2); Miriam Fernández Delgado (2)

(1) IMS Health Spain. Health Economics & Outcomes Research, Real-World Evidence Solution (2) *Departamento de Farmacoeconomía y Resultad, Amgen, SA, Barcelona* en Salud

Objetivos: Describir el perfil antropométrico de los pacientes con Cáncer Colorrectal (CCR) en estadios temprano y metastásico en España en los últimos 5 años.

Material y métodos: Información retrospectiva del IMS Oncology Analyzer® de pacientes con CCR en estadio temprano y metastásico (periodo 2011 a 2015), con información sobre edad, peso, altura, ECOG, comorbilidades y localización metastásica.

Resultados: Mayor porcentaje de hombres en estadios temprano (66% -62%) y metastásico (53%- 62%), con rango de edad más frecuente en la población general de 66-70 años. Media(DE) de peso de 73,75 (2,21) kg en temprano y 70,0 (1,41) kg en metastásicos. No hay cambios significativos en la altura de los pacientes ni por género ni por estadio en los 5 años de análisis. Un 90% tienen ECOG 0/1. En temprano, el ECOG 1 aumenta en el tiempo del 46% al 60% y el ECOG0 disminuye del 46% al 33%. En metastásico el porcentaje con ECOG 1 se mantiene en el tiempo (59% y 63%). Las enfermedades concomitantes más frecuentes (ambos estadios) fueron diabetes (24%-27%) y disfunción cardíaca (8%-22%). Localización metastásica más frecuente fue en hígado.

Conclusión: Mayor porcentaje de hombres con CCR. En pacientes metastásicos se observa un empeoramiento de su estado general en comparación con estadios tempranos. Estos resultados describen un perfil de paciente similar a países de nuestro entorno.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 15 de junio de 2016. 14.30 a 15.30 h.

2.4 Eficiencia y evaluación

P-36. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UN INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA

Juan José Muñoz González; Soledad Ochandorena Juarena; Emilio Ucar Corral

Hospital Universitario Santa Cristina; Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria

Objetivo: Analizar la eficiencia de los grupos de investigación de un instituto de investigación sanitaria (IIS).

Material y métodos: Se analizan los datos de actividad de un IIS, correspondientes al periodo 2011-2013. La eficiencia se analiza mediante envoltante de datos con orientación output y como variables de input se incluyen: número de investigadores, proyectos y ensayos clínicos y como output, el número total de publicaciones o el factor de impacto (FI), las tesis, guías clínicas y patentes.

Resultados: La eficiencia media global (EG) observada según el número de publicación ha sido del 69%, la eficiencia técnica (ET) de 77% y la eficiencia a escala (EE) de 89%. Un 30% (15/44) de las unidades fueron eficientes con rendimientos constantes a escala (CRS) y el 50% (22/44) con rendimientos variables (VRS). Sin embargo, se aprecia una amplia variabilidad ya que los valores mínimos de eficiencia son muy bajos (CRS: 12% y VRS: 17%).

No se observó diferencia en la EG según la pertenecía a una de las tres áreas de investigación del IIS ($F=0,80$; $P=0,456$) ni según se contase con financiación a través de ensayos clínicos ($t=0,66$; $p=0,514$). La EE es menor en los grupos mayores, aunque sólo alcanza significación estadística cuando la producción se mide a través de FI ($F=3,82$; $p=0,030$).

Conclusiones: La eficiencia dentro del IIS es muy variable. Ni la pertenecía a un área de investigación concreta ni la financiación mediante ensayos clínicos muestra diferencias significativas. La eficiencia a escala es ligeramente inferior en los grupos mayores.

P-37. LOS EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA: ¿CONTROVERSIA METODOLÓGICA O IDEOLÓGICA?

Joan Rovira; Juan del Llano; Andrea Vivar

Universidad de Barcelona, Fundación Gaspar Casal

Introducción: La consideración de los efectos positivos y negativos de las intervenciones en salud sobre la productividad es una cuestión controvertida. El tema es relevante por cuanto puede hacer variar sustancialmente los resultados del análisis, y en la medida que dichos resultados se utilicen para tomar decisiones de asignación de recursos, tales como financiación y regulaciones de precios, puede tener efectos sobre la salud y, en último término, sobre el bienestar de la sociedad.

Objetivos del estudio: Determinar cómo, y de qué forma, los efectos sobre la productividad y, en general, el tiempo de las distintas personas implicadas en una intervención sanitaria debería contabilizarse como efectos en una EE de la intervención.

Metodología: El estudio se abordó en tres fases. En la primera fase del estudio se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre el tema. En la segunda fase se llevó a cabo una encuesta dirigida a académicos e investigadores con experiencia en el ámbito de la EE. En la tercera fase se realizó un grupo focal, buscando las opiniones de los que ejercen la gestión de la prestación farmacéutica.

Conclusión: Incluir o no costes de productividad en EE depende de un conjunto de valores y supuestos sobre los que no es posible decidir con un criterio objetivo basado en la evidencia empírica. Todo lo que puede hacer el análisis económico es poner de relieve los juicios que fundamentan las distintas posiciones metodológicas y la coherencia o contradicciones lógicas que tienen los distintos enfoques.

P-38. ANÁLISIS DEL TIPO DE EVALUACIONES ECONÓMICAS INCLUIDAS EN LOS INFORMES DE EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS DE 7 AGENCIAS A NIVEL INTERNACIONAL

Ruth Puig-Peiró; Montse Roset; Marta Bosch Garriga; Elisabet Viayna; Antoni Gilabert Perramon; Vanessa Gómez-Navarro

Servei Català de la Salut (CatSalut); IMS Health

Objetivo: En el contexto de implementación de la evaluación económica (EE) de medicamentos, el CatSalut pretende revisar el tipo de evaluaciones económicas (EE) realizadas por 7 agencias de evaluación de tecnologías sanitarias para 49 indicaciones oncológicas.

Metodología: Se revisó los informes disponibles hasta 30/10/2015 en las webs de NICE, SMC, IQWiG, HAS, TLV, pCODR y PBAC. Se extrajo información sobre la decisión y los criterios considerados. Se analizó el tipo de EE utilizada, la perspectiva empleada, la autoría de la EE, y la inclusión de análisis de impacto presupuestario (AIP).

Resultados: de los 294 informes identificados, un 74% contenía EE y un 33% AIP. Entre las agencias que consideran la EE (todas menos IQWiG), el análisis coste-utilidad (ACU) es el más utilizado (73,5%): 63% de los

informes de TLV, 92% de SMC, 72% de PBAC, 97% de NICE, 54% de pCODR y el único informe identificado de HAS. Un 11% de informes contenía análisis coste-efectividad, y un 10,5% minimización de costes. Las agencias utilizan sólo costes directos en la mayoría de EE; los costes indirectos sólo se identificaron en un 16% de informes de TLV y 3% del NICE. El laboratorio participa en la elaboración de todas las EE: solo, con la agencia o con un evaluador externo. Solamente 3 agencias incluyen AIP en sus informes (76% en SMC, 83% en PBAC y 68% en NICE).

Conclusiones: En las indicaciones analizadas, el modelo más utilizado por las agencias es el ACU y se incluyen sólo los costes sanitarios directos.

P-39. ¿COMO ES DE EFICIENTE LA INVESTIGACION EN ATENCION PRIMARIA?

Juan Jose Muñoz Gonzalez; M^a Soledad Ochandorena Juarena; Rosario Azcutia; Carlos López Gómez

Hospital Universitario Santa Cristina; Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria; Dirección Asistencial Centro Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud

Objetivo: Analizar la eficiencia de los centros de salud (CS) respecto la actividad investigadora

Material y métodos: Se analizan los datos relacionados con la investigación de los centros de dos direcciones asistenciales (DA), correspondientes a 2014. La eficiencia se analiza mediante envoltorio de datos con orientación output y como variables de input se incluyen: número de investigadores en proyectos financiados y sin financiar, y como output, el número total de publicaciones y de comunicaciones a congresos.

Resultados: El 11% (10/89) de los CS no cuentan con actividad investigadora alguna. La eficiencia media global (EG) observada ha sido del 40%, la eficiencia técnica (ET) de 56% y la eficiencia a escala (EE) de 56%. Un 29% (23/79) de las unidades fueron eficientes con rendimientos constantes a escala (CRS) y el 33% (26/79) con rendimientos variables (VRS). Los valores mínimos de eficiencia son muy bajos (CRS: 1% y VRS: 3%).

Los CS más pequeños muestran eficiencias mayores, que alcanzan diferencias significativas respecto a la escala ($F=4,98$; $p=0,009$). El carácter docente se acompaña también de menores EE ($t=2,53$; $p=0,013$), que no parece atribuido a la diferencia de dimensiones de los centros docentes ($t=-1,42$; $p=0,166$). No se aprecian diferencias significativas según la DA del CS.

Conclusiones: La eficiencia media de la actividad investigadora de los CS es baja y muy variable. Se aprecian problemas de escala en los centros mayores y con carácter docente.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 16 de junio de 2016. 13.00 a 14.00 h.

3.1 Psoriasis

P-40. USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA-GRAVE. EFICACIA MÁXIMA Y EFICIENCIA NO SON INCOMPATIBLES

Carles Blanch; Monste Figueras; Miriam Prades

Novartis Pharmaceuticals; Outcome 10

Introducción: Los fármacos biológicos (FB) son una alternativa terapéutica eficaz para el tratamiento de la psoriasis moderada-grave. Secukinumab ha demostrado superioridad en comparación directa frente a etanercept y a ustekinumab. Es necesario conseguir de forma eficiente los máximos niveles de eficacia en el control de la enfermedad.

Objetivo: Comparar el coste-eficacia de los FB para el control de la psoriasis moderada-grave

Métodos: Modelo de coste-eficacia basado en un árbol de decisiones. La eficacia se midió como la proporción de pacientes que alcanzaban el PASI 90 según los datos publicados en un metaanálisis. Se evaluó la eficacia primaria según la ficha técnica de cada fármaco. Los pacientes que no consiguieron el objetivo primario (PASI75) fueron rescatados con un segundo FB. La eficacia máxima se estableció a las 24 semanas y se consideró estable durante todo el horizonte temporal (2 años). Sólo se evaluaron los costes farmacológicos. Se calculó el NNT de cada estrategia de tratamiento, el coste global y el coste por cada paciente controlado.

Resultados: La monoterapia con secukinumab obtuvo el menor NNT (1.39), seguido de ustekinumab (2.44), infliximab (2.95), adalimumab (3.47) y etanercept (12.7). El coste bianual de las veinte estrategias fue muy similar (7.000€ entra la más cara y la más barata). Las estrategias con FB más eficaces de inicio son las que obtuvieron significativamente un menor coste por cada paciente controlado.

Conclusiones: El uso inicial de los FB más eficaces es la mejor estrategia para realizar un uso eficiente de los FB.

P-41. CALIDAD DE VIDA Y EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

Almudena Mateu Puchades; Juan Jose Vialta Corell; María M. Morales Suárez-Varela; Belén García Cárceles

Servicio de Dermatología Hospital Doctor Peset; Universitat de València; Universitat de València; Universitat de València

El presente estudio nace de la preocupación de incorporar parámetros en relación a dimensiones del paciente que exceden el ámbito habitualmente observado por los especialistas y que, sin embargo, afectan tanto a la calidad de vida de las personas como a la efectividad de los tratamientos. Así es, la psoriasis es una enfermedad crónica que cursa a brotes asociada a comorbilidades físicas y psíquicas, siendo estas últimas muy prevalentes. La búsqueda de factores de riesgo relacionados con la presencia de esta morbilidad, dibujaría perfiles de pacientes que podrían ser identificados en la práctica clínica diaria favoreciendo su identificación precoz ayudando a proponer estrategias terapéuticas más adecuadas.

El presente estudio ha permitido aislar el riesgo en la merma de calidad de vida de los pacientes con psoriasis a través de un diseño casos-controles y el uso de técnicas psicométricas no utilizadas en el ámbito de la calidad de vida dermatológica con anterioridad.

El resultado es la obtención del riesgo de merma de la calidad ajustado tanto por aspectos de la propia enfermedad (gravedad, visibilidad, etc.) como por sus comorbilidades físicas y psicológicas que he permitido dibujar un patrón de paciente de alto riesgo con el que ajustar "a priori" la tipología y urgencia de los tratamientos.

Esto permite mejorando la eficiencia y eficacia de las decisiones por dos motivos: demuestra la idoneidad de combinar el tratamiento físico con la atención emocional del paciente e identifica patrones de características de los pacientes según mejora (física y emocional) dado el tratamiento recibido.

P-42. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES CON PSORIASIS EN ESPAÑA

Almudena González Domínguez; María Merino; Margarita Jiménez; Santiago Alfonso; Gregorio Carretero; Albert Ledesma; Carles Blanch; Álvaro Hidalgo; grupo SROI-Psoriasis

Instituto Max Weber, Madrid, España; Instituto Max Weber, Madrid, España; Instituto Max Weber, Madrid, España; Instituto Max Weber, Madrid, España; Acción Psoriasis; Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología; Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, España; Novartis, Barcelona, España; Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; grupo SROI-Psoriasis

Objetivos: Conocer el estilo de vida y grado de salud de los pacientes diagnosticados de psoriasis según el nivel de gravedad residentes en España en la actualidad.

Material y métodos: En España se estima una prevalencia de psoriasis del 2,3% de la población (aproximadamente 1.071.822 personas). Para conocer la afectación psicosocial, durante los meses de julio y agosto de 2015, se realizaron 1.053 encuestas diseñadas

en formato electrónico, cerradas y estructuradas, a través de Internet. Los encuestados fueron pacientes o madre/padre/tutor de un menor de edad enfermo de psoriasis relacionados, directa o indirectamente, con Acción Psoriasis.

Resultados: El 50% de las personas que respondieron la encuesta eran residentes de Cataluña, Comunidad de Madrid y Andalucía. La edad media fue de 46,5 años. El 28% de los que no tiene pareja y el 6% de los que no tienen hijos culparon a la psoriasis de tales circunstancias. El 12,5% consideró que la elección de su profesión estuvo influenciada por su enfermedad. Los pacientes con psoriasis realizan menos actividades de ocio y están más irritables, ansiosos y deprimidos. Aquellos con psoriasis moderada-grave refieren mayor afectación psicológica y social que los leves.

Conclusiones: La psoriasis tiene un alto impacto en la calidad de vida de las personas que la presentan, llegando a afectar seriamente a su entorno social. Deben diseñarse nuevas intervenciones sanitarias que mejoren sustancialmente la calidad de vida de estos pacientes.

P-43. LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DESDE LA PERSPECTIVA SOCIAL "SOCIAL RETURN ON INVESTMENT": UNA APLICACIÓN EN PSORIASIS

Álvaro Hidalgo; Almudena González Domínguez; Margarita Jiménez; Yoana Ivanova; María Merino; Santiago Alfonso; Gregorio Carretero; Albert Ledesma; Carles Blanch; grupo SROI-Psoriasis

Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, España; Instituto Max Weber, Madrid, España;; Acción Psoriasis; Grupo de Trabajo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología; Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, España; Novartis, Barcelona, España; grupo SROI-Psoriasis

Objetivo: El retorno social de la inversión (SROI) permite evaluar una tecnología sanitaria incluyendo al paciente y su entorno social. Su aplicación en psoriasis ha posibilitado predecir cuánto valor social será creado a partir de un abordaje ideal.

Material y métodos: Se ha aplicado la metodología SROI de tipo prospectivo, con un horizonte temporal de un año, midiendo el cambio que supone la introducción de actuaciones en el abordaje actual de la psoriasis. Esto ha permitido maximizar el valor social generado por dichas actividades. Calculando un ratio costo-beneficio útil que representa en términos monetarios los cambios sociales y económicos generados. Para ello se han tenido en cuenta los distintos niveles de la enfermedad, es decir, el diagnóstico, seguimiento y tratamiento para psoriasis leve, moderada y grave. La información necesaria para realizar esta metodología se ha validado mediante un

panel de expertos multidisciplinar y encuestas vía online a pacientes.

Resultados: Los resultados de las encuestas han mostrado la realidad de los pacientes con psoriasis. Éstos presentan una elevada afectación en todos los ámbitos de su vida, tanto a nivel social, familiar, laboral como emocional. Según lo estimado hasta el momento hace presuponer que la inversión de cada euro en el abordaje ideal de la psoriasis reportará un retorno de la inversión positivo.

Conclusiones: La carga social actual de la psoriasis puede verse reducida con las intervenciones adecuadas. El SROI muestra que priorizando la inversión en los criterios más apropiados, se maximiza el impacto social y económico.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 16 de junio de 2016. 13.00 a 14.00 h.

3.2 Hipertensión, ictus y diabetes

P-44. COMPARACIÓN DEL COSTE-UTILIDAD DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EN LA PREVENCIÓN DE ICTUS EN FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA

Stéphane Soulard; Carlos Crespo; Manuel Monreal; Anuraag Kensal

Departamento de Economía de la Salud y Resultados en Salud, *Boehringer Ingelheim España*; Unidad de Medicina Vascular, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol University Hospital, Badalona, España; Evidera, Bethesda, EEUU

Introducción: El objetivo de este análisis es comparar el coste-utilidad relativo de los tres anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) (apixaban, dabigatrán y rivaroxaban) con el de los antagonistas de la vitamina K (AVK) para la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) en España.

Métodos: Se utilizó un modelo de Markov con ciclos de 3 meses para simular la historia natural de la enfermedad en una cohorte hipotética de 10.000 pacientes con FANV desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. El modelo incorporó 36 estados de salud e incluyó combinaciones de tratamientos, discapacidad y antecedentes de episodios. La eficacia relativa se calculó a partir de una comparación formal indirecta de los resultados de los ensayos pivotaes de los tres ACOD.

Resultados: Dabigatrán se asoció al valor máximo total de años de vida ajustados por calidad (AVAC) (8,40

AVAC), seguido de apixaban (8,33 AVAC), rivaroxaban (8,15 AVAC) y acenocumarol (8,03 AVAC). El tratamiento con acenocumarol se asoció con los costes totales menores (22.230 €), seguidos dabigatrán (24.564 €), apixaban (24.655 €) y rivaroxaban (25.900 €). La razón coste-utilidad incremental frente a AVK fue de 8.039 €/QALY para apixaban, 6.397 €/QALY para dabigatrán y 29.957 €/QALY para rivaroxaban. Comparados entre ellos, dabigatrán fue dominante frente a apixaban y rivaroxaban. La robustez del modelo se confirmó mediante análisis de sensibilidad.

Conclusiones: Los tres ACOD son coste-útiles frente a acenocumarol. Dabigatrán domina económicamente a rivaroxaban y apixaban en España.

P-45. OBSERVANCIA TERAPÉUTICA Y RESULTADOS EN SALUD DEL USO DE FÁRMACOS EN COMBINACIONES A DOSIS FIJAS O LIBRES PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Celia Muñoz; Reyes Maroto; Félix Lobo

Universidad Carlos III de Madrid

Objetivos: Estimar y comparar el impacto de la observancia sobre el control de la presión arterial en pacientes tratados con fármacos en combinaciones a dosis fijas (CDF) y combinaciones a dosis libres (CDL).

Métodos: Se analizó la observancia terapéutica, el control de la hipertensión y los posibles efectos en salud determinados por la utilización de CDF o CDL, con datos para 2012 y 2013 del conjunto de pacientes hipertensos de la Comunidad Valenciana. La observancia se valoró como el grado en que el paciente cumple con el tratamiento prescrito a partir de dos criterios: a) si el fármaco había sido dispensado en al menos un 80% de las veces prescrito; b) la regularidad de dispensaciones (por tratamiento, no excediendo el número medio de días más su desviación típica). Se realizaron contrastes de igualdad de proporciones para determinar diferencias entre pacientes cumplidores y no cumplidores. Como resultados en salud, se analizó el control de la hipertensión y riesgo de comorbilidades asociadas.

Resultados: Para 190.282 pacientes, se registraron 423.626 tratamientos en total, de los cuales un 29,2% eran de FCF. Entre todos los tratamientos incumplidos la proporción de CDF fue significativamente menor. El 54,5% incumplieron al menos uno de sus tratamientos; en este grupo se observó menor probabilidad de alcanzar los objetivos clínicos de control de la hipertensión.

Discusión: Este estudio pone de manifiesto que los CDF pueden asociarse a una mejor observancia del tratamiento, contribuyendo a alcanzar niveles de presión arterial recomendables y, por tanto, a la prevención de riesgo cardiovascular.

P-46. MORTALIDAD Y USO DE FÁRMACOS EN COMBINACIÓN FIJA O LIBRE PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN

Enrique Rodilla; Reyes Maroto; José Luis Trillo; Rut Usó; Jose Maria Pascual; Felix Lobo

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Hospital Universitario de Sagunto; Universidad Carlos III de Madrid; Universidad CEU Cardenal Herrera; Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana; Universidad de Valencia

Objetivos: A pesar del uso simultáneo de varios antihipertensivos, el control de la presión arterial (PA) sigue siendo insuficiente. En los últimos años se han desarrollado fármacos en combinaciones a dosis fijas (CDF). El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de CDF frente a combinaciones a dosis libres (CDL) y su repercusión sobre la mortalidad global de pacientes hipertensos en el marco de práctica clínica diaria.

Pacientes y métodos: Estudio post-observacional, retrospectivo, descriptivo y sin intervención en el ámbito de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, incluyendo 181.805 pacientes tratados con un antihipertensivo antagonista de los receptores de la angiotensina 2 (ARA2) y al menos un diurético (D) y/o un calcioantagonista (CA), bien CDF o CDL, durante 2012 y 2013.

Resultados: La edad media fue de 66,3 años, el porcentaje de mujeres fue 53,2%. La proporción de pacientes tratados con CDF fue del 29,9%; un 13,2% de los pacientes experimentó cambio de medicación durante el estudio. Tanto las CDF como las CDL redujeron de forma significativa la PA sistólica y diastólica (4,3 vs. 3,5mmHg y 2,2 vs. 1,8mmHg, respectivamente), la proporción de pacientes controlados fue significativamente mayor en el grupo de CDF. El tratamiento con CDF se asoció a una mortalidad global significativamente menor, tanto en pacientes que mantuvieron el tratamiento, como en aquellos que pasaron de CDL a CDF.

Conclusiones: El tratamiento antihipertensivo CDF se asocia a una reducción mayor de la PA, a un mayor control de la PA y a una mortalidad global significativamente inferior.

P-47. EFICIENCIA DE LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA DESPUÉS DE UN ICTUS: PERFIL DE PACIENTES, MEJORA FUNCIONAL Y EFICIENCIA

Marco Inzitari; Carles Loran; Laura Mónica Pérez; Miquel Gallofré; Anna Barrios; Jordi Casino; M^a José Merino

Parc Sanitari Pere Virgili

Objetivos: El Ictus representa la primera causa de discapacidad en adultos y una importante carga para paciente, recursos sanitarios y sociedad. La Rehabilitación geriátrica es clave. Sin embargo, existen pocos datos de

coste-eficacia del proceso rehabilitador. Nuestro objetivo es relacionar mejora funcional y costes de la rehabilitación geriátrica después de un ictus.

Método: Valoramos los pacientes >65 años ingresados por recuperación post-ictus en 9 Unidades de Convalecencia de Cataluña durante 2010. Identificamos distintos perfiles mediante un análisis de conglomerados introduciendo edad, situación funcional previa y después del ictus, comorbilidad, gravedad del ictus, estado cognitivo y presencia de cuidador. Después, comparamos los perfiles en mejora funcional (Índice de Barthel alta-ingreso) y eficiencia rehabilitadora (estancias hospitalarias y costes).

Resultados: De nuestro 384 pacientes (edad 79,1±7,9 años, 51% mujeres) se identificaban 3 perfiles: a) Bajo impacto con Cuidador (BIC), b) Impacto Moderado sin cuidador (MIN), y c) Impacto Grave con Cuidador (GIC). Los GIC, respecto a los BIC, tenían menor mejoría funcional (diferencia promedio (IC95%)=12.4(5,0-19,7), p<0,001) y menor eficiencia rehabilitadora (promedio(IC95%)=0,4(0,1-0,7), p=0,004). Respecto a los MIN, los GIC tenían menor mejora funcional (diferencia=8.7 significa, (IC del 95%: 0,3 a 17,0, p=0,039)). No hubo dif. significativa de estancia media entre grupos, pero sí hubo diferencia entre los recursos utilizados en los 3 perfiles, y por tanto el impacto económico es diferente.

Conclusiones: En nuestra muestra, existen distintos perfiles de pacientes post-ictus en rehabilitación geriátrica. La utilización de recursos no es necesariamente paralela a la mejora, resultando gran variabilidad en eficiencia. Estos datos, si confirmados, sugieren la necesidad de diseñar intervenciones adecuadas para cada perfil.

P-48. COSTE POR PACIENTE RESPONDEDOR A LIXISENATIDA E INSULINA GLULISINA BASAL PLUS Y BASAL BOLO EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Mireia Delgado; Marta Rubio; Marion Afonso

HEOR Sanofi España; HEOR Sanofi España; HEOR Sanofi Global

Objetivo: Lixisenatida, agonista del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1), está indicado para el tratamiento de la diabetes mellitus (DM) tipo 2 en pacientes adultos. Insulina glulisina (IG), análogo de insulina humana recombinante, está indicado para el tratamiento de la DM. Este análisis compara el coste por paciente respondedor a Lixisenatida frente a IG una vez al día (basal plus, B+) e IG tres veces al día (basal bolo, BB) a partir del estudio clínico Get Goal duo 2 (GGD2).

Material y métodos: Se ha estimado el coste por respondedor a las 26 semanas de tratamiento asumiendo resultados de tres parámetros de eficacia combinados

del estudio GGD2 (NCT01768559); no aumento de peso, control glucémico (<7%) y sin hipoglucemias sintomáticas no documentadas. La utilización de recursos farmacológicos se obtiene del estudio GGD2 y los costes unitarios asociados de bases de datos españolas. Los costes se expresan por paciente y se asume el PVL. La perspectiva del análisis fue la del Sistema Nacional de Salud español.

Resultados: La tasa de respuesta en pacientes que no aumentaron de peso, alcanzaron el control glucémico (<7%) y no sufrieron hipoglucemias, para Lixisenatida, IG B+ e IG BB fue 22.2%, 9.2% y 10.8% respectivamente. El coste por respondedor para Lixisenatida, IG B+ y IG BB fue 5.839 €, 10.118€ y 10.963€, respectivamente.

Conclusiones: Lixisenatida representaría una opción terapéutica más eficiente en comparación con la estrategia basal plus y basal bolo para el tratamiento de la DM tipo 2 en pacientes adultos.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 16 de junio de 2016. 13.00 a 14.00 h.

3.3 Acceso y utilización

P-49. THE IMPACT OF RESTRICTED ACCESS TO THE HEALTH CARE SYSTEM

Judit Vall Castelló; Guillem Lopez Casasnovas; Arnau Juanmartí

Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra

The reform of the Spanish Health National System that took place in April of 2012 restricted the access rules to the HNS, and resulted in the exclusion of some groups from the system. This exclusion was focused mainly on the immigrant population. Specifically, after the reform, immigrants without a legal residence permit in Spain lost their access to the HNS.

In this paper we exploit the different application of this reform across Spanish regions to quantify the impact of restricted access to the health care system on health outcomes of the immigrant population.

P-50. EL ACCESO AL MERCADO PARA TEST DE DIAGNÓSTICO IN VITRO EN ESPAÑA

Natàlia Arrabal; Itziar Escudero

Insights in Life Sciences

Objetivo: Analizar el proceso actual de acceso al mercado para los test de diagnóstico in vitro en España en comparación a Francia e Inglaterra y estudiar posibles opciones de mejora.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda de literatura gris para cada una de las geografías: España, Inglaterra y Francia. Para España la búsqueda se realizó por Comunidades Autónomas (CCAA): Andalucía, Baleares, Cataluña, Madrid, Valencia y País Vasco. En el caso de España se observaron numerosos gaps de información que fueron completados mediante entrevistas telefónicas con decisores (2 por CCAA, 12 en total). También se entrevistaron a 5 representantes de la industria.

Resultados: Se observó que el acceso al mercado se realiza de manera centralizada en Francia e Inglaterra mientras que en España existen diferencias relevantes entre las CCAAs. Mientras que el proceso de acceso al mercado en el caso de Francia e Inglaterra es transparente y con criterios bien definidos, no es así en el caso de España. A través de las entrevistas telefónicas se observó que la mayoría de los participantes (74%) consideraba necesaria la creación de una ley paralela a la Ley 29/2006 (de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios) o bien una modificación de la misma con el afán de contar con unos criterios de precio y financiación claros.

Conclusiones: Es necesaria una normalización del acceso al mercado para los test de diagnóstico in vitro en España, para que las empresas cuenten con unos criterios claros y transparentes.

P-51. IMPACTO DE LA REFORMA DEL COPAGO FARMACÉUTICO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIDIABÉTICOS, ANTITROMBÓTICOS Y PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Vanessa Gómez-Navarro; Jaume Puig-Junoy; Beatriz González López-Valcárcel; Santiago Rodríguez-Feijóo

Universidad de las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión; Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Departamento de Economía y Empresa. Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF); IMS Health

Estimar el impacto agregado de la reforma del copago (RDL16/2012) en España sobre el gasto público y privado en tres subgrupos terapéuticos para enfermedades crónicas prevalentes: agentes antidiabéticos (A10), antitrombóticos (B01A) y contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias (R03).

Se realizó un estudio observacional longitudinal retrospectivo de las dispensaciones ambulatorias de los tres subgrupos, analizándose 22 meses previos y 38 meses posteriores a la reforma (con análisis a los 6, 12, 24 y 38 meses). Se utilizaron modelos de regresión lineal segmentada para series de tiempo interrumpido, anali-

zándose las dosis diarias definidas (DDDs) y el importe de facturación (precio laboratorio) con y sin financiación pública. Se utilizó la base de datos de IMS Health.

Resultados: Se observa una reducción del consumo público en DDDs pero con tendencia decreciente: A10 de -3,1% a -0,04%, R03 de -6,7% a -1,6% y B01A de -6,9% a -5% a los 6 y a los 38 meses, respectivamente. Esta reducción es estadísticamente significativa sólo en B01A hasta 6 y 12 meses, coincidiendo con un aumento del consumo privado. En el gasto público sólo se estima una reducción mantenida y estadísticamente significativa del gasto público en R03, de -9,5% a -6,7% a los 6 y 38 meses.

Conclusiones: La reforma produjo un efecto “stock-pilling” inicial, seguido de una reducción del consumo que se minimiza en el tiempo. La reducción de DDDs para los tratamientos analizados no es permanente en el tiempo y sólo representan una reducción significativa en el gasto público en el grupo R03.

P-52. ACCESO A LOS MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO COMO SERVICIO PÚBLICO EN ARGENTINA

Lautaro Renati; Javier Guiridlian

Universidad FASTA; Universidad Católica Argentina

Objetivo: Demostrar que la cobertura, provisión y reembolso de medicamentos para tratamientos de enfermedades de alto costo son un servicio público.

Material y método: Revisión normativa sobre regulación, acceso, cobertura y reembolso de medicamentos de alto costo.

Resultados: El Servicio Público - SP - comprende actividades prestacionales de contenido económico como social para satisfacer necesidades básicas, que conlleva a calificar normativamente la actividad como tal (titularidad estadual) y la consecuente obligatoriedad de cobertura. El alto costo (preservación de la vida humana) actividad que encuadra en la citada técnica de intervención.

Dicha calificación puede extraerse en Argentina de: Ley 16.463/64; Resolución 201/12 - condiciones básicas de cobertura y acceso; Ley 26.688/11 - promueve la producción pública de medicamentos, el resto son producidos y/o importados por capitales privados; Resolución 1561/12, fija reglas de reembolso y precios en patologías de alto costo.

Conclusiones: Un SP faculta al Estado a generar una intrusión regulatoria exacerbada y a adoptar 4 medidas, implican beneficios/cargas al conjunto de actores (Estado, beneficiarios, pagadores y prestadores). Son: necesidad de un medicamento autorizado; control de precios (el mismo debe permitir cubrir los costos y una utilidad razonable); imposición de estándares de calidad y cantidad del SP a prestar; y obligación de prestarlo a todos quienes lo requieran bajo condiciones de razona-

bilidad, denominado Servicio Universal y que implica el acceso poblacional al servicio conforme los estándares de calidad y cantidad dispuestos por el regulador y a precio razonable, circunstancia que se vincula con la obligación de cobertura y mecanismos de reembolso.

P-53. EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN EL NIVEL DE GASTO EN SEGURO MÉDICO PRIVADO EN ESPAÑA

Waleska Sigüenza; Alaitz Artabe

Universidad del País Vasco (Upv/Ehu)

El objetivo principal de este trabajo es analizar la evolución del gasto en seguro médico privado tras la crisis económica iniciada en España en el año 2007 aproximadamente. Se estudian los factores que determinan la demanda y nivel de gasto realizado en seguro médico privado antes y después de la crisis. Los datos se obtienen de la Encuesta de Presupuestos Familiares para los años 2006 y 2012. El análisis planteado se realiza con modelos econométricos de elección discreta. En el trabajo se profundiza sobre los efectos de la calidad del sistema sanitario público, utilizando una variable de calidad subjetiva extraída del Barómetro Sanitario.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 16 de junio de 2016. 13.00 a 14.00 h.

3.4 Hepatitis y sida

P-54. EVIDENCIA CLÍNICA DEL SISTEMA GUIADO POR IMAGEN PARA CIRUGÍA HEPÁTICA (CAScination). ANÁLISIS DE COSTES

Asun Gutiérrez; Juan Carlos Bayón; Eva Reviriego; Lorea Galnares; José Asua

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Os-teba). *Dpto. Salud. Gobierno Vasco*

Introducción: El uso de sistemas de cirugía guiada por imagen (CAS-One), para la intervención de lesiones hepáticas, puede mejorar en pacientes cuidadosamente seleccionados su supervivencia a largo plazo.

Objetivo: Valorar la eficacia, efectividad, seguridad, y eficiencia del sistema CAS-One en la cirugía hepática abierta y en la intervención percutánea en pacientes con tumores localizados en el hígado.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica sobre el sistema CAS-One mediante una búsqueda estructurada en bases de datos de

literatura científica prefijadas, lectura crítica de la literatura localizada, síntesis de los resultados y valoración de los mismos en relación al contexto del SNS.

Asimismo, se efectuó un análisis de costes del sistema CAS-One. Se observaron dos escenarios: la compra del sistema o el pago por servicio prestado.

Resultados: De los 24 artículos recuperados, se seleccionaron 5 estudios observacionales de baja calidad, en los que se analizó un total de 30 pacientes. No se recuperaron estudios económicos.

Del análisis de costes se desprende que la compra (para un número de 20 pacientes año) es un 13,4% más cara que el pago por servicio prestado (7.575 € vs 6.679 €). Si se utilizase en 26 pacientes, la compra supondría un ahorro del 2,3%, siendo del 10,1% si se emplease en 30 pacientes.

Conclusiones: La evidencia científica revisada sugiere que el sistema CAS-One puede mejorar la precisión de la resección hepática y en la ablación. No obstante, se necesitaría la realización de más estudios prospectivos para su recomendación en la práctica clínica.

P-55. EL TRATAMIENTO CON LEDIPASVIR/SOFOSBUVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA NAÏVE GENOTIPO 1 Y FIBROSIS LEVE ES MÁS COSTE-EFECTIVO QUE EN PACIENTES CON FIBROSIS SIGNIFICATIVA

María Buti; *Raquel Domínguez-Hernández*; Miguel A Casado

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona; *Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia, Madrid*

Objetivo: Evaluar el coste y la efectividad del inicio de tratamiento con Ledipasvir/Sofosbuvir (LDV/SOF) en pacientes naïve con hepatitis C crónica (HCC) genotipo 1 (GT1), con fibrosis mínima (F0-F1) vs aquellos con fibrosis significativa (F2-F3-F4), desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Metodología: Mediante un modelo de Markov se simuló la progresión de la enfermedad estimando costes y resultados en salud (años de vida ganados-AVG y años de vida ajustados por calidad-AVAC) del inicio de tratamiento con LDV/SOF (duración 8-12 semanas) en F0-F1 frente a F2-F3-F4. Los datos respuesta virológica sostenida se obtuvieron de estudios en práctica clínica real. Probabilidades de transición, utilidades y costes directos sanitarios (€,2015) se obtuvieron de la literatura. Se aplicó una tasa de descuento del 3% anual a costes y resultados en salud. Se realizaron análisis de sensibilidad para confirmar la robustez del modelo.

Resultados: Como resultados preliminares, LDV/SOF en F0-F1 fue una estrategia dominante con mayor efectividad (19,85 AVG y 19,80 AVAC) que en F2-F3-F4 (18,63 AVG y 16,25 AVAC), generando un ahorro de 9.228,49€ por paciente (3.661€ en coste manejo y

monitorización). En una cohorte de 1.000 pacientes, LDV/SOF en F0-F1 disminuyó los casos de cirrosis descompensada (93%), hepatocarcinoma (97%), muertes por causa hepática (95%) y evitó 6 trasplantes hepáticos, comparado con F2-F3-F4.

Conclusiones: En pacientes con HCC-GT1, iniciar tratamiento con LDV/SOF en estados F0-F1 frente al inicio en F2-F3-F4, incrementa la efectividad medida como AVG y AVAC, reduce la incidencia de complicaciones hepáticas y se asocia con un ahorro de costes.

P-56. COSTES NO SANITARIOS DE LA HEPATITIS C: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Natàlia Pascual-Argenté; Jaume Puig-Junoy; Anna Llagostera-Punzano

UPF Barcelona School of Management; Center for Research in Health and Economics (CRES-UPF); Departamento de Economía y Empresa.

Revisión sistemática de los estudios publicados entre enero de 2000 y agosto de 2015 que estiman costes indirectos o no sanitarios de la enfermedad por virus de la hepatitis C (HC). Se han seleccionado 13 estudios del coste no sanitario de la HC, de los cuales 12 emplean la perspectiva social y uno se limita a la perspectiva del empleador. La mayoría de los estudios (8) corresponden a Estados Unidos, 1 a Australia, 1 a España, 1 a Reino Unido, 1 a Suiza y 1 a cinco países de la Unión Europea. Todos los estudios seleccionados corresponden a tratamientos con monoterapia o terapia dual previos a la introducción reciente de tratamientos innovadores de alta eficacia y alto coste. Únicamente 2 se pueden considerar de alta calidad al estimar el coste no sanitario incremental de la HC con una cohorte de pares y modelo de regresión. El coste no sanitario incremental anual de la HC en pacientes no tratados comparados con pacientes sin HC supera los 4 mil € en Estados Unidos y se sitúa alrededor de los 3 mil € para la estimación de diversos países europeos. El coste no sanitario global o poblacional estimado tiende a ser superior al coste sanitario de la HC, siendo el coste atribuible a la mortalidad prematura el principal coste no sanitario. El coste estimado del presentismo debido a la HC supera al del absentismo laboral en empleados con HC.

P-57. IMPACTO ECONÓMICO DE LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL TRIPLE EN PACIENTES CON CARGA VIRAL SUPRIMIDA

José Manuel Martínez Sesmero; Javier Sánchez Rubio; José Luis Poveda; Esteve Ribera; Rafael Rubio; Juan Pasquau; Alejandro Pérez Mitru; Beatriz Hernández Novoa; Celia Roldán

Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, Spain; Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Getafe, Madrid, Spain; Servicio de Farmacia, Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, Valencia, Spain; Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain; Unidad de Infección VIH, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Spain; Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, Spain; Oblikue Consulting S.L., Barcelona, Spain; Bristol-Myers Squibb., Madrid, Spain; Bristol-Myers Squibb., Madrid, Spain

Objetivo: Estimar el impacto económico en España de la optimización del TAR triple en pacientes con CV suprimida según las recomendaciones GeSIDA/PNS (2015) y su aplicabilidad en la práctica clínica.

Material y métodos: Mediante los datos de prescripción del TAR en la encuesta hospitalaria 2014, y siguiendo las recomendaciones de optimización con grado de evidencia A-I, se desarrolló un modelo farmacoeconómico. Las pautas de optimización, el perfil del paciente candidato a optimización y la voluntad de optimización así como demás asunciones y resultados del modelo fueron validados por expertos en VIH (infectólogos y farmacéuticos hospitalarios). El análisis se realizó desde la perspectiva del SNS, considerando el coste farmacológico anual: precio de venta del laboratorio notificado; deducción RD-Ley 8/2010 e IVA.

Resultados: El panel seleccionó siete estrategias de optimización y estimó que en España de los 80.859 pacientes actualmente en TAR triple, 11.086 (13,7%) serían candidatos a optimizar su tratamiento según estas estrategias generando un ahorro de 15,4 M €/año (2,3% del coste farmacológico del TAR triple). Las estrategias más factibles (>40% del total de pacientes candidatos a optimizar, n=4.556) y asociadas a mayor reducción del gasto (ahorro entre 653 y 4.797€/paciente-año según el TAR de partida) serían las optimizaciones a ATV/r+3TC.

Conclusión: La aplicación a la práctica clínica española de las principales estrategias de optimización recomendadas en el documento GeSIDA/PNS (2015) generaría ahorros sustanciales, especialmente aquellas basadas en biterapia con ATV/r+3TC, contribuyendo así al control del gasto farmacéutico y a la sostenibilidad del SNS.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 16 de junio de 2016. 14.00 a 15.00 h.

4.1 Fracturas, heridas y hemorragias

P-58. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA DE CUELLO DE FÉMUR Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Cristina Colls; Saúl Barreales; Anna Garcia Altés

Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS); Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic

Introducción y objetivos: La fractura proximal de fémur es uno de los problemas más graves asociados al envejecimiento, con una alta mortalidad, discapacidad y coste. Los objetivos del estudio son analizar sus factores de riesgo y evaluar la calidad de la atención hospitalaria en Cataluña.

Métodos: El estudio incluyó los pacientes de 65 años o más hospitalizados en 2013 con diagnóstico de fractura de cuello de fémur. Los datos provinieron del CMBD-HA, CMBD-AP, CMBD-SS, dispensación farmacéutica y RCA. Se diseñó un estudio de casos y controles, con controles de la misma edad y sexo. Se evaluó el consumo de fármacos y condiciones susceptibles de ser factor de riesgo en los meses anteriores a la fractura. Para cada hospital, se calcularon indicadores brutos y ajustados.

Resultados: El grupo de estudio ha estado más expuesto a hipnóticos, antidepresivos y antipsicóticos (1,25, 1,35 y 1,69 veces más, respectivamente) y presenta menos visitas a la atención primaria (0,71). No hay diferencias en fármacos para la osteoporosis. El 68% de los hospitales presentan >2 días entre ingreso e intervención. La mortalidad a 30 días presenta una variabilidad moderada entre hospitales; la variabilidad en reingresos es superior.

Conclusiones: La mayor exposición a fármacos para la salud mental podría indicar una relación con el riesgo de fractura. El menor número de visitas a la atención primaria podría deberse a un mayor uso (o desigualdades de acceso) de residencias sociales. El hospital es un factor explicativo de mortalidad a corto plazo y de reingresos.

P-59. EVALUACIÓN DEL ALCANCE EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HERIDAS Y COSTE ASOCIADO A SU TRATAMIENTO

Sonia Almansa; Encarnación Hernández; Susana Aceituno; Ana Belén Rodríguez; Gregorio Castellanos; Pablo Fernández

Enfermera, Unidad de Curas, Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); Enfermera, Unidad de Curas, Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); Departamento de Economía de la Salud de Smith & Nephew (Barcelona); Departamento de Economía de la Salud de Smith & Nephew (Barcelona); Jefe de Sección, Cirugía General, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); Director de enfermería, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Área I Murcia Oeste (Murcia)

Introducción: La optimización del diagnóstico y tratamiento de las heridas supondría beneficios para los pacientes y sistema sanitario, sin embargo, existe falta de concienciación sobre su alcance.

Objetivos: Estimar la prevalencia y coste asociado a las heridas en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) en Murcia.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se incluyeron pacientes ingresados en el HCUVA entre 7-14 de Mayo de 2015. Se recogieron variables socio-demográficas, clínicas y uso de recursos sanitarios asociado al tratamiento de heridas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se calculó el coste asociado a cura tradicional, cura en ambiente húmedo (CAH), terapia de presión negativa (TPN), y tiempo de enfermería por cura (€, 2015). Los costes unitarios provenían del HCUVA y eSalud.

Resultados: Participaron 744 pacientes [50% mujeres, edad media (DE): 52 (26) años]. 333 presentaban heridas (44%), en su mayoría: herida quirúrgica de curso normal (52%), úlceras de pie diabético (8%), herida quirúrgica cronicada (8%), úlceras por presión (6%). El 56% recibían cura tradicional, el 20% CAH y el 4% TPN. El número medio de curas por semana era de 5 (3), y el tiempo medio por cura, 14 (10) minutos. El coste asociado al tiempo de enfermería dedicado a las curas fue de 9.149€/ semana, mientras que el coste asociado a los tratamientos fue de 3.119€/ semana.

Conclusiones: Estimar la magnitud de la problemática de las heridas ha permitido detectar áreas de mejora en su tratamiento y en el uso de recursos sanitarios.

P-60. MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS EN PACIENTES TRATADOS CON DABIGATRÁN: ¿QUÉ OPINAN LOS EXPERTOS Y CUÁL ES EL COSTE? RESULTADOS DEL ESTUDIO DECOVER (DELPHI EN ANTICOAGULACIÓN ORAL Y REVERSIÓN DE SU ACCIÓN) E IMPACTO ECONÓMICO

Soulard, S; Vicente, V; Martín, A; Roldán, V; Mateo, J; González-Porras, JR; Lecumberri, R; Coll-Vinent, B; Marco, P; Suero, C; Crespo, C; Portabella, E; Camats, M; Pérez, M

Boehringer Ingelheim

Introducción: Aunque los anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) como dabigatrán representan un avance en el tratamiento anticoagulante, las guías clínicas no detallan el manejo de las complicaciones hemorrágicas en este contexto, cuyas implicaciones económicas son importantes.

Métodos: En 2015 se realizó un estudio Delphi multicéntrico nacional con 15 hematólogos y 17 médicos de urgencias para consensuar opiniones respecto a las mejores prácticas en el manejo de las hemorragias en pacientes anticoagulados. El consenso se alcanzaba cuando 75% de los panelistas puntuaban en el mismo tercil. El impacto económico se calculó desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, en base a datos de uso de recursos publicados en la literatura, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o de varias fuentes autónomas cuando no se encontraron disponibles.

Resultados: Ningún producto fue considerado eficaz o seguro en el tratamiento de las hemorragias asociadas a dabigatrán. No obstante, la transfusión de concentrados de hemáties, de concentrados de complejo protrombótico activado (CCPa) o no-activado (CCP) se consideraron prioritarios por el 84,4%, 84,4% y un 78,1% de los miembros del panel. No se obtuvo consenso para las otras medidas. El coste medio de un episodio hemorrágico se estimó en 8.964,49 €. Una vez disponibles, los agentes de reversión específicos de los ACOD se posicionarían como tratamiento de elección, antes que la transfusión, el CCP y el CCPa.

Conclusiones: Los agentes de reversión como idarucizumab se posicionarían como tratamiento de primera elección, y podrían optimizar el uso asociado de recursos.

P-61. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE ELOCTA® (Efmoroctocog alfa) EN ESPAÑA

Iván Silva Romero; Karl-Johan Myren; Véronique Lauzon

Swedish Orphan Biovitrum S.L.; Swedish Orphan Biovitrum AB; International Market Access Consulting GmbH

Objetivos: Estimar el impacto económico que provocará el reembolso y la introducción de efmoroctocog alfa (Elocta®), factor VIII de la coagulación de vida media extendida, en el mercado actual, entre las alternativas actualmente disponibles para el tratamiento a demanda o profiláctico de la hemofilia A en niños y adultos.

Material y método: Se ha desarrollado un modelo de impacto presupuestario para estimar el impacto de la inclusión del nuevo factor en un horizonte temporal de 3 años. Se comparan los escenarios actual y futuro y se calcula el impacto restando el coste de ambos. Hemos confirmado la robustez del análisis a través de análisis de sensibilidad univariantes.

Resultados: Los resultados sugieren que la introducción de efmoroctocog alfa no incrementaría el coste glo-

bal del tratamiento con FVIII en España. A un precio de 0,72€/UI para efmoctocog alfa (estimado aplicando un 30% al precio actual en Holanda y Dinamarca), el resultado del impacto presupuestario es neutral para los tratamientos a demanda y profiláctico, en niños y adultos. En el análisis de sensibilidad, la variación del precio en un $\pm 30\%$ resulta en un impacto o un ahorro, respectivamente, que va del 1% en el primer año, al 3% el tercer año, comparado con el escenario actual.

Conclusiones: La inclusión de Elocta en el Sistema Nacional de Salud como una nueva alternativa para el tratamiento y profilaxis de pacientes con hemofilia A no provoca un gran impacto en el presupuesto global de los FVIII.

P-62. BUDGET IMPACT MODEL RELATED TO THE INTRODUCTION OF THE NEW ACL TOP 50 SERIES INSTRUMENT

Laura Guarga Solé; Itziar Escudero Roldán; Karan Verma

Insights in Life Sciences; Insights in Life Sciences; Instrumentation Laboratory

Objectives: The objective of this study was to assess the monetary impact related to the introduction of the new ACL TOP50 Series instrument in the Medical Laboratory at the Civil Hospital of Legnano (600 beds) based on changes in sample rejection rate during the pre-analytical phase of sample testing.

Methods: An economic model (Budget Impact Model, BIM) was developed based on data related to activities performed outside and inside the laboratory and collected through primary research (in depth-phone interviews with Hospital of Legnano's Lab Manager). The BIM was populated with data collected before and after the introduction of the new ACL TOP50 Series instrument.

Results: The introduction of the new ACL TOP50 Series Instrument in the Legnano Hospital decreased total sample rejection rate during the pre-analytical phase from 2,45% to 1,17%. As a result, the number of samples that were "falsely rejected" by visual inspection was reduced by 52% (equivalent to 1.850 less annual sample redraws). False rejections cause patient sample redraws, impacting laboratory and hospital workflows and delaying the availability of critical test results and negatively impacting patient care and experience. Additionally, 8,5% of samples with pre-analytical issues that were not detected by visual inspection, were detected by the ACL TOP50 instrument.

Conclusions: The introduction of the ACL TOP50 Series instruments will prevent false rejections and, as a result, reduce the number of unnecessary redraws while improving laboratory efficiency: savings in personnel time (?300 h/year) and in material and labour costs (?10.000 €/year).

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 16 de junio de 2016. 14.00 a 15.00 h.

4.2 Gobernanza e innovación

P-63. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO MÉDICO EN URUGUAY. LAS CLAVES DE UNA REFORMA EN CURSO

Luis Lazarov; Federico Penino

Sindicato Médico del Uruguay

Desde hace una década, se procesan en Uruguay cambios en la cobertura, financiamiento y gasto del sistema sanitario. A su vez, desde 2010 se ha iniciado una profunda reforma del mercado de trabajo médico.

En el desempeño profesional del médico, predomina la relación de dependencia laboral, la segmentación en espacios de similar cobertura poblacional - público y privado - con diferentes condiciones laborales y salariales, y la fragmentación en empleos de baja carga horaria que conducen al multi-empleo perjudicial para el paciente y el profesional.

Cantidad y calidad de futuros profesionales que egresan del principal formador de los médicos del país no se ajusta necesariamente a la demanda de empleo actual, y menos aún a la que surgiría de proyectar los cambios que introduce la reforma en curso.

Se expondrá sobre:

a) Objetivos: Abordaje de los aspectos que se pretende modificar (multi-empleo médico) en contraste con los ejes de las transformaciones sistémicas en curso.

b) Resultados esperados: Diseño de la imagen objetivo impulsada por el gremio médico y el poder político, con énfasis en cuestiones tales como la potencial mejora de la calidad de la atención al paciente, la calidad de vida de los profesionales, y la eficiencia en la cobertura, aseguramiento y provisión sanitaria con incentivos que apuntan el abatimiento de costos y la utilización innecesaria.

c) Conclusiones: Análisis y evaluación de los mecanismos diseñados, negociados y en proceso de ejecución para las transformaciones planteadas.

P-64. MODELOS DE OPTIMIZACIÓN PARA LA GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA EN HOSPITALES CUBANOS

Manuel Alejandro Betancourt Odio; Sandra Despaigne, Antonio Javier Ramos Llanos, Angelina Lázaro Alquézar

Universidad Pontifica Comillas; Universidad Pontifica Comillas; Centro de Investigación Biofísica Médica en Santiago de Cuba, Cuba ; Universidad de Zaragoza

La gestión del servicio oftalmológico en los hospitales de Cuba resulta sumamente compleja ya que aglutina un número significativo de actividades relacionadas con un amplio conjunto de patologías. La presente investigación se centra en el Hospital Clínico Quirúrgico de la Provincia Santiago de Cuba, específicamente en la patología de Catarata.

Como promedio, 200 pacientes diarios son atendidos en el área de oftalmología; y es el personal especializado quién decide si la atención debe ser de manera inmediata o no. Esta decisión, motivada por el deseo de atender al mayor número de pacientes diario, y no basada en métodos científicos, contribuye a elevados tiempo de espera y, por ende, a ineficiencias en el sistema.

La realización de un cuestionario a los pacientes ha evidenciado, que en la totalidad de los casos no existe una hora asignada a cada paciente el día citado, alcanzando el tiempo medio de atención las cuatro horas.

En este contexto, el objetivo de la investigación ha sido contribuir a minimizar el tiempo de espera de los pacientes con sospecha de Catarata, a través de la aplicación de modelos matemáticos de optimización y de herramientas computacionales.

El análisis de los resultados permite constatar una reducción del tiempo de espera en un 75% respecto a las prácticas tradicionales; es decir el tiempo de atención se sitúa en alrededor de 90 min.

Los resultados obtenidos abren la vía para la extensión del modelo al resto de patologías oftalmológicas.

P-65. IMPROVING BOARDS'S PERFORMANCE FOR BETTER HOSPITAL GOVERNANCE

Vítor Raposo; Vanessa Santos

CEISUC/FEUC

Aim: Boards have a significant impact on the hospital's success or failure. Due to increasing size and complexity of hospitals and greater demands for accountability and transparency hospital governance is becoming more difficult. Governance can improve hospital performance and boards have an important role to improve governance quality. To have effective effects board governance must be built on principles that promote best practices. The aim is to assess board's governance using a set of good governance principles related with their obligations, functioning, structure, composition and infrastructure.

Methods: Application of a web-based survey applied to a sample of hospitals (public, private profit/non-profit, public-private partnerships). Survey main areas: (a) hospital characteristics; (b) board's composition, structure, selection and education/skills; (c) checklist with seventy-two item's related with governing principles rated in qualitative scale (No, Not Entirely, Yes).

Results: Data collection is ongoing and ends in late April. Expected main results: (1) board's governance

profiles; (2) clusters of governance practices from different sectors (public, private profit/non-profit, public-private partnerships); (3) identify areas for improvement of governance in order to enhance the organization's performance.

Conclusions: Study in progress.

P-66. ¿ES POSIBLE IMPLEMENTAR LOS GRD EN COLOMBIA?

Ariel Cortés; Yuri Gorbaneff; Sandra Agudelo; Francisco Yepes

Pontifica Universidad Javeriana

Introducción: En el proceso de atención Servicio de las Instituciones de Salud se concentra la mayor parte de los recursos gastados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conocer adecuadamente el producto hospitalario es esencial para el manejo clínico-administrativo y los mecanismos de pago. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) son uno de los sistemas de clasificación de pacientes más universalmente utilizado para medir el producto hospital.

Objetivos: Evaluar la calidad de la información existente durante un periodo de dos años (2011 y 2012) por el tres instituciones de salud de alta complejidad en Colombia para observar la posibilidad de implementar GRD en Colombia.

Material y métodos: Primera etapa, aplicación de una encuesta aplicada enfocada a la percepción de la cultura organizacional y la herramienta. Segunda etapa, grupos focales y entrevistas a directivos hospitalarios desde la teoría de Rogers. Finalmente, se analiza la información de las altas hospitalarias de los registros en tres hospitales colombianos con la versión de MS-DRG 28,0.

Resultados: Encuesta: Existe una percepción positiva sobre los GRD pero un desconocimiento sobre el funcionamiento de estos, hay una cultura organizacional muy positiva para el logro de su implementación. Entrevistas y grupos focales: La inversión es muy alta en tecnología, los incentivos están colocados en la facturación. Análisis de la información: Existencia de solo un diagnóstico, mayor importancia a los procedimientos, se pierden datos por falta de mayor número de diagnósticos.

Conclusiones: En el momento no es posible implementar los GRD.

P-67. ANÁLISIS DEL MODELO CRGS (CLINICAL RISK GROUPS) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

M^a Magdalena Millá Perseguer; M^a Natividad Guadalajara Olmedo; Luís Lizán Tudela; David Vivas Consuelo; Paula Moreno Ruiz

Consellería de Sanidad, Generalitat Valenciana; Ciegs. Universidad Politécnica de Valencia; Universidad Jaime I de Castellón

Objetivos: Conocer si existe relación entre el modelo de clasificación de pacientes CRGs y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, en una zona básica de salud (32.890 ciudadanos), clasificada según el sistema CRGs en nueve grupos de estado de salud, del 1 (sano) al 9 (necesidades sanitarias elevadas). Se extrae de forma aleatoria una muestra representativa de 307 personas mayores de 18 años, 30 por cada estado de salud y se aplica el cuestionario EuroQol-5D-5L y la Escala de Valoración Analógica (EVA). Se realiza un análisis descriptivo de la muestra y de correlación de Spearman entre los estados de salud del CRG y la CVRS. Aprobado por los Comités Éticos de Investigación Clínica de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana y el del Hospital Universitario de Castellón.

Resultados: De la muestra de 307 personas, 166 (54,1%) son mujeres, y 141 (45,9%) son hombres. Es mayor el porcentaje de hombres en los estados de salud 3, 5, 7, 8, y 9. Hay una correlación inversa moderada entre la EVA y los CRG con un $\rho = -0,451$ ($p < 0,001$), siendo mayor en mujeres menores de 65 años, $\rho = -0,557$ ($p < 0,001$). La media del peso del cuestionario EuroQol-5D-5L por cada grupo de salud sigue una relación inversa con los CRGs.

Conclusiones: Hay relación entre el modelo CRG y la CVRS, los estados de salud más severos se corresponden con valores más bajos de la CVRS, siendo mayor en mujeres menores de 65 años.

P-68. HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT TOOLBOX FOR EMERGING SETTINGS. BEST PRACTICES AND RECOMMENDATIONS

Araceli Caro Martínez (1); Jaime Espín Balbino (1); Alexandre Lemgruber (2); Fernanda Lessa (2); Leticia García Mochón (1); Antonio Olry de Labry Lima (1); Eva Martín Ruiz (1); Román Pérez Velasco (1); Francisco Caccavo (2)

(1) Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada; (2) Pan American Health Organization (PAHO)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Objetivos: Presentar el documento y espacio web elaborado a modo de "caja de instrumentos" (Toolbox) sobre la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS), con el propósito de acercar buenas prácticas, experiencias relevantes y recomendaciones para la mejora de los procesos de toma de decisiones dirigido a profesionales y países incipientes en el uso de ETS.

Material y métodos: En el marco del proyecto abierto y multidisciplinar de investigación ADVANCE-

HTA (www.advance-hta.eu), se realizaron: revisiones de literatura y webs, explotación de diferentes encuestas, así como entrevistas con agentes clave y personas expertas en ETS. Finalmente, se realizó una síntesis y recopilación de recursos/documentación relevantes.

Resultados: Este recurso facilita información clave, proporciona recursos y herramientas en cada etapa del proceso de ETS, así como recomendaciones basadas en experiencias. Consta de 5 capítulos y reúne enlaces a diferentes recursos de interés. Así, a partir de un proceso dinámico y en contacto con otros agentes de interés, cada profesional puede personalizar su búsqueda de información.

Conclusiones: Este recurso es el resultado de 3 años de investigación de diferentes equipos multidisciplinares en el que se ofrece una síntesis y recopilación de evidencia, junto con ejemplos y orientaciones prácticas para el desarrollo de ETS en diferentes contextos; en especial dirigido a decisores interesados en ETS cuyo uso sea incipiente, o existan mejoras significativas en su aplicación. Más información en:

<http://www.easp.es/hta-toolbox/>

**This work was carried out within the framework of the ADVANCE_HTA project, funded by the European Commission's 7th Framework Programme (FP7/2007-2013) under grant agreement No. 305983 (<http://www.advance-hta.eu/>).*

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 16 de junio de 2016. 14.00 a 15.00 h.

4.3 Evaluación económica

P-69. EFICIENCIA DE LA TERMOPLASTIA BRONQUIAL EN ASMA SEVERO NO CONTROLABLE

Sergio Márquez-Pelez, Juan Máximo Molina Linde, Ana María Carlos Gil, Carmen Navarro Palenzuela, María Piedad Rosario Lozano, Soledad Benot López

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)

La termoplastia bronquial (TB) consiste en la liberación de energía de radiofrecuencia en la vía aérea y se utiliza en el tratamiento del asma moderado-grave persistente y resistente al tratamiento farmacológico habitual.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar los aspectos económicos el uso de TB en dicha indicación.

El objetivo de este trabajo ha sido evaluar los aspectos económicos el uso de TB en dicha indicación.

Se realizó una revisión sistemática de literatura utilizando las bases de datos MedLine (OVID, PubMed), Embase, Science Citation Index expanded y PubMed ahead of print/inprocess hasta junio de 2015, tanto con lenguaje libre como controlado. Además se llevó a cabo un análisis de impacto presupuestario en el contexto del Sistema Nacional de Salud siguiendo las recomendaciones internacionales de la Guía de Buenas Prácticas de la ISPOR.

La evidencia sobre aspectos económicos, con cuatro estudios incluidos, mostró ratios coste-utilidad por debajo de los umbrales de decisión de coste por AVAC habituales, aproximadamente entre 5.500 y 21.500 dólares por AVAC. El análisis de impacto presupuestario mostró un coste de tratamiento con TB para los 1.834 pacientes susceptibles de recibirla (un 7,12% de los pacientes con asma grave mal controlado que requirieron hospitalización) de 40,90 millones de euros el primer año.

La técnica puede considerarse eficiente, su inclusión requiere importantes costes el primer año de tratamiento si bien parece ofrecer ahorros importantes a medio y largo plazo. La selección de los pacientes que más se benefician es clave para su utilización.

P-70. IMPLANON NXT® VERSUS ORAL CONTRACEPTION USE: BUDGET IMPACT ANALYSIS FROM THE NATIONAL HEALTH SYSTEM PERSPECTIVE IN SPAIN

Iñaki Lete; Gonzalo Nocea; Virginia Lozano

Departamento de Ginecología, Hospital Universitario de Araba, Vitoria; Departamento de Outcomes Research, Merck Sharp and Dohme Ltd, Madrid

Background: Despite a widespread access to financed contraception in Spain, there are nearly 95.000 abortions per year, and the proportion of repeated abortions has increased.

Objective: To estimate the impact on abortions and costs of increasing long-acting reversible contraception (LARC) use versus oral contraception (OC) on the Spanish Health System.

Methods: An interactive tool based on a budget impact model was developed. Difference in abortions and costs between the current and alternative scenario with a higher use of LARC was estimated.

The population analysed was the Spanish childbearing aged women (15-44 years). The current scenario includes the market share for hormonal contraceptives: 17.9% for OC, 0.5% for Implanon NXT® and 2.4% for hormonal IUD. For the alternative scenario, an increase on Implanon NXT® market share up to 2.4% at the expense of OC was considered.

For the current scenario, annual abortions were obtained from national reports. For the alternative scenario, the number of abortions was estimated according to

the effectiveness of LARC methods and the abortion probability after unintended pregnancy (50%).

Results: Increasing Implanon NXT® use by 2.4% at the expense of OC use over one year was associated with 1,307 fewer abortions, with total annual savings of 434.982€ in contraception costs and 1,836,731€ in healthcare costs for Spain.

Conclusion: This interactive tool allows making customized analysis and demonstrates that LARC methods as Implanon NXT®, may represent a helpful solution to reduce the number of abortions in Spain with savings in both, pharmacological and healthcare cost.

P-71. TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA (QOLIE-89) PARA LA POBLACIÓN PORTUGUESA

Claudia Santos; Anabela Almeida; Luiza Rosado

CHCB, UBI

Introducción: Se estima que en Portugal hay cerca de 50.000 personas con epilepsia (Lopes Lima, 1998), y la mayoría de los pacientes están en edad de trabajar, es evidente la necesidad de control de las convulsiones. La evaluación del impacto de la enfermedad en la calidad de vida del individuo, así como las consecuencias de su tratamiento, es esencial para mejorar su bienestar (Kilian, Matschinger, y Angermeyer 2001).

Objetivos: La traducción, adaptación cultural y validación del Cuestionario de Calidad de Vida en la epilepsia (QOLIE-89) para la población portuguesa.

Metodología: Una vez autorizada por los autores del cuestionario, la adaptación de la versión original de la lengua portuguesa se hizo de acuerdo a los procedimientos metodológicos recomendados por Beaton (2000). Segundo Pestana y Gageiro (2005) o mínimo de cuestionarios validos sera de 445.

Resultados esperados y conclusiones: Se espera que la herramienta de validación permitirá una mejor comprensión de las necesidades de los pacientes con epilepsia (Devinsky et al., 1995). De este modo, será posible articular los servicios de salud para una mejor gestión de los recursos que mejoran las ganancias en salud ("Plano Nacional de Saúde" 2012). Costos epilepsia indirectos son mucho más bajos, mejor es el paciente con epilepsia a mantener sus habilidades. Por lo tanto, los costes totales asociados a la epilepsia un paciente, disminuirán a medida que los aspectos médicos y psicosociales asociados se gestionan con éxito (Schachter, 2000).

P-72. ASSESSING THE SOCIETAL VALUE IN RARE DISEASES: A STATED PREFERENCE DISCRETE CHOICE EXPERIMENT IN PATIENTS WITH RARE DISEASES IN ITALY

Julio Lopez Bastida (1); Juan Manuel Ramos Goñi (2); Isaac Aranda Reneo (1); Marta Traperó Beltrán (1); Armando Magrelli (3); Domenica Taruscio (3); Beatriz Rodríguez Martín (1)

1. *Universidad Castilla-La Mancha. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. Toledo. Spain*; 2. *Executive office. EuroQol Research Foundation. Rotterdam. The Netherlands*; 3. *Istituto Superiore di Sanita – National Centre for Rare Diseases. Rome. Italy*

Introduction: The discrete choice experiment (DCE) is a technique for investigating individual preferences. A specific DCE questionnaire online was elaborated to collect information from patients with cystic fibrosis and haemophilia in Italy about the societal values for orphan drugs with a view to further elicit preferences across a number of rare conditions.

Methods: A patients DCE survey was conducted, using online questionnaire, in order to explore the preferences of patients with cystic fibrosis and haemophilia from Registries in Italy. An extensive review of the empirical literature on distributive preferences informed the attribute selection.

Results: A total of 54 questionnaires (80% of all questionnaires sent out) were completed by and collected from patients with cystic fibrosis and haemophilia. The models (each probit and logit), show preferences for some attributes over others. "Improvements in health", "the cost of treatment" and "value for money" are the attributes receiving greatest attention from patients with rare diseases, while less important for patients with rare diseases are "importance of the diseases" and "available of other treatment".

Discussion: The findings presented in this document provide evidence about how patients with cystic fibrosis and haemophilia think that decision should be made in Italy when considering which health technology scenarios are more appropriate to receive funding. The DCE approach is an instrument that allows to measure the preferences of patients about all kinds of health care interventions. DCE data can be used to consider the strength of preference over alternative scenarios in a priority-setting context.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 16 de junio de 2016. 14.00 a 15.00 h.

4.4 Evaluación de servicios

P-73. TELEDERMATOLOGÍA COMO SISTEMA DE TRIAJE PARA PRIORIZAR LA ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

Sofía de Asís Cuestas; Almudena Mateu Puchades; Belén García Cárcelos

Hospital Universitario Doctor Peset; Hospital Universitario Doctor Peset; Universitat de València

El presente análisis nace de la necesidad de incorporar las nuevas tecnologías en telecomunicación al ámbito sanitario con la intención de mejorar la eficiencia y eficacia del sistema. En concreto, se evalúa la mejora en términos de tiempo de respuesta y priorización adecuada de los pacientes remitidos a Dermatología desde Atención Primaria, a través del filtrado mediante un sistema de Tele dermatología.

Si bien el triaje no es una técnica novedosa en sí misma, sí lo son los medios actuales tanto, refiriéndonos a lo "natural" que en la actualidad resulta manejar medios multimedia de captura y envío de imágenes (sobre todo gracias al avance de la tecnología móvil). Este hecho ha reducido las reticencias al uso de la Tele dermatología por parte de pacientes, médicos y personal sanitario, en general.

Las variables recogidas se relacionan con tiempo de respuesta, calidad de las imágenes y detección de causas y puntos del sistema en los que se producen lapsos excesivos. Permite evaluar la eficacia diagnóstica y la priorización al comparar el diagnóstico de teleasistencia con el finalmente asignado en la visita presencial, detectando el porcentaje de casos que pudieran ser efectivamente diagnosticados y tratados sólo con técnicas Tele dermatológicas.

Si bien el estudio se encuentra todavía en fase de recogida de datos, la muestra permite arrojar evidencia válida en relación a la consecución, siendo el momento de recibir los comentarios de la comunidad científica que pudieran mejorar su robustez así como la cantidad y calidad de la evidencia que se persigue aportar.

P-74. COSTE/EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE RIESGOS SANITARIOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS ESPECIALIZADO EN GERIATRÍA

Josefina Alonso Fernández; María Dolores Menéndez Fraga; Carlota Salmerón Menéndez; Paula Salmerón Menéndez; Cristina Suárez Rodríguez; Fernando Vázquez Valdés

Hospital Universitario Central de Asturias; Hospital Monte Naranco

Objetivo: Coste/efectividad de la adquisición de 110 camas eléctricas en un Hospital de Agudos especializado en Geriátrica

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, periodo 2007-2013.

Se ha realizado un análisis coste/efectividad incremental, siendo el coste 176.544 € y la efectividad las estancias evitadas por caídas prevenidas y consecuencias menos lesivas de las producidas en camas nuevas (CamaN).

Con el Riesgo Relativo de caída en cama vieja (CamaV) en relación a una CamaN, a partir de las caídas producidas desde CamaN se han calculado las que se habrían ocasionado en caso de utilizar una CamaV, estimando las caídas evitadas.

La prolongación de estancia ocasionada por una caída, se ha obtenido de la diferencia entre la estancia del paciente con caída y la estancia media de los pacientes que no han caído, ajustada tanto por Diagnóstico Principal (D.P.) como por GRD.

Resultados: 26.602 pacientes ingresados en 2007-2013 y 550 caídas de cama (257 CN y 248 CV).

Con el uso de CamaN, se han evitado 171 caídas, reduciendo 1.184 estancias y 373 adicionales por la menor prolongación de estancia en las caídas producidas, según D.P. (1.202 estancias y 378, según GRD).

La prolongación de estancias por caída ha sido de 7 días en CamaV y de 5,5 en CamaN y el coste por caída evitada de 785,5 €.

Conclusiones: La adquisición de camas eléctricas articuladas de altura regulable, ha sido coste-efectiva, permitiendo un ahorro de 1.552€ por caída evitada según D.P o de 1.215€ según GRD.

P-75. RETORNO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA LACTANCIA MATERNA. IMPACTO ECONÓMICO EN LA DISMINUCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS

Ferrán Campillo López*; Juan Ant Ortega García*; Almudena Pernas-Barahona*; Concepción Martínez Romero**; Manuel Sánchez-Solis; Clara Miranda López***; Juan Ant Marqués Espí[^]

*Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Servicio de Pediatría. *Subdirección enfermería materno-infantil. Jefe de Serv. Pediatría, Directora de Gestión, Director Gerente[^], Hospital Clínico Univ. Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

El objetivo del presente trabajo es estudiar el efecto sobre los ingresos hospitalarios de la lactancia materna(LM) en lactantes y analizar el impacto económico relacionado.

Método: Estudio de cohortes multietapas desde el nacimiento hasta el año de vida durante 2006/07 - 2009/10 de 426 recién nacidos y sus familias. Estudio analítico y regresión logística. Confundidoras: taba-

quismo activo y pasivo, nivel de renta y de estudios maternos, asistencia a guardería. Fueron usadas definiciones de LM exclusiva(LMex), completa(LMC) y algo de lactancia o total(LMT) de la OMS. Obtenidos NNT con IC95%. Estudio económico en base al precio cama día.

Resultados: De 2006/07 a 2009/10 la duración media de la LMC ha crecido de 63 a 83 días. La mediana ha pasado de 45 a 70. La prevalencia a los 6 meses de la LMT ha pasado del 35% al 50%, la LMC del 8% al 13,6%. En el modelo multivariable de regresión permanece de forma significativa la OR de LMC es 0,98 (IC95% 0,96-0,99) y LMex 0,98(IC95% 0,98-0,99). La NNT de la terapia experimental LMC durante 6 meses es 12(IC95%, 6-200) y para LMex 6 meses es 10 (IC95%, 6-35) con una disminución de los ingresos anuales de 39-45 menos(IC95%13-78). Atendiendo al coste diario, estancia media del GDR implicado se ahorraron en 2009/10 250.000€ y en el acumulado de 2006/07 a 2009/10 cercano a 500.000€. Conclusiones. El efecto beneficioso de una LM prolongada en la economía de la salud de las familias y de los sistemas sanitarios es intenso y observable a corto plazo.

P-76. ECONOMIC IMPACT OF A NEW RAPID PCR ASSAY FOR DETECTING INFLUENZA VIRUS IN AN EMERGENCY DEPARTMENT AND HOSPITALIZED PATIENTS

Marcelo Soto; Anna Vilella; Efraín Pantoja; María Asenjo; Ruth Arjona; Juan Carlos Hurtado; Antoni Trilla; Míriam José Alvarez-Martínez; Aurea Mira; Jordi Vila; María Angeles Marcos

Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica; Hospital Clínic de Barcelona

Background: The main objective of this study was to compare the cost per patient for a rapid commercial PCR (Xpert® Flu) assay with an in-house real-time PCR test for detecting influenza virus.

Material/methods: Cohort study including a control group consisting of patients tested for influenza over January-March 2013 and a treatment group prospectively recruited from January-March 2014. In 2013, samples were exclusively tested by our in-house real-time PCR. In 2014, all the samples were analyzed in parallel by the in-house real-time PCR and the Xpert® Flu assay. Adult patients attending the Emergency Department (ED) of the Hospital Clinic with influenza-like-illness (ILI) and considered at high risk for influenza complications were included in the study. Hospitalized adult patients with ILI were also included. Management of patients from the treatment group was based on the results of Xpert® Flu. Costs were evaluated from the perspective of the Hospital Clinic of Barcelona.

Results: The Xpert® Flu test reduced the mean time in the ED examination room by 9.1 hours and decreased the mean isolation time of hospitalized patients by 23.7 hours. This was associated with a 103€ (or about \$113) reduction in the cost per patient tested in the ED and 64€ (\$70) per hospitalized patient. Sensitivity analyses showed that results are robust.

Conclusions: Xpert® Flu significantly reduced the time to discharge of patients attending the ED and also decreased the isolation time of hospitalized patients. As a consequence, the technique had a significant impact on costs due to optimization of patient management.

Índice de autores

- Abásolo Alessón, I. 79, 113
 Abásolo, I. 68, 93
 Abellán Perpián, J. M. 69
 Abellán, J. M. 69, 97
 Acaiturri Ayesta, M. T. 107, 110
 Aceituno, S. 125
 Adroher, C. 82
 Adsuar Sala, J. C. 69
 Adsuar, J. C. 69
 Afonso, M. 121
 Agudelo, S. 128
 Aguirrebeña, J. 66
 Alberto Vella, V. 104
 Alessie, R. J. M. 71
 Alfonso, S. 119, 119
 Almansa, S. 125
 Almeida, A. 111, 130
 Alonso Fernández, J. 131
 Alvarez-Martínez, M. J. 132
 Álvarez, I. 115
 Anchía Peña, K. 87
 Andrade, A. 85
 Angelini, V. 71
 Antunes, P. 88, 89, 89
 Arana-Arri, E. 98
 Aranda Reneo, I. 131
 Arjona, R. 132
 Armentia Arsuaga, I. 107, 110
 Arrabal, N. 122
 Arrate Plazaola, A. 115
 Arrospide, A. 66, 91, 97, 98, 115
 Arroyo Borrell, E. 87, 105
 Artabe, A. 123
 Asenjo, M. 132
 Asua, J. 123
 Ayala, F. 97
 Azcutia, R. 118
 Badia, X. 65
 Baixauli, C. 78
 Balsa, A. 103
 Baltazar, D. 111
 Barba, G. 82
 Barrachina Martínez, I. 88
 Barreales, S. 125
 Barrios, A. 121
 Barrull, C. 85
 Bauer, S. 78
 Bayón, J. C. 123
 Benítez Hidalgo, V. 81, 83
 Benítez Llamazares, N. 87
 Benítez, M. 97
 Benot López, S. 129
 Berdud Garcia-Lopez, M. 95
 Betancourt Odio, M. A. 127
 Bingham, C. 103
 Blanch, C. 103, 104, 118, 119, 119
 Blázquez-Fernández C. 75
 Blázquez, C. 81
 Borges Cosic, M. 85
 Bosch Garriga, M. 85, 117
 Braem, V. 65
 Branco, J. 89
 Brealey, S. 100
 Briggs, A. H. 70
 Broseta Solaz, R. 91
 Brugada-Terradelles, J. 84
 Burdet, I. 65
 Burmester, G. 103
 Burudpakdee, C. 106
 Bustamante Rueda, C. 84
 Buti, M. 124
 Bykerk, V. P. 103
 Caamiña, I. 82
 Caballer-Tarazona, V. 86
 Cabrera-León, A. 105
 Caccavo, F. 129
 Caçoete, N. 111
 Calleja, M. A. 104
 Callejo Velasco, D. 85
 Callejo, D. 66
 Cámara, A. D. 83
 Camats, M. 126
 Campillo López, F. 132
 Campos Tapias, I. 106, 115, 116, 116
 Campos, J. 72
 Canhão, H. 89
 Cantarero Prieto, D. 75, 76
 Cantarero, D. 81
 Carles Loran, C. 121
 Carlos Gil, A. M. 129
 Caro Martínez, A. 129
 Carretero, G. 119, 119
 Carvajal-Sancho, N. 113
 Casado, M. A. 124
 Casellas, M. 111
 Casino, J. 121
 Castellanos, G. 125
 Castellanos, R. 97
 Castelló, J. 122
 Castilla-Rodríguez, I. 99
 Castilla, I. 90
 Castillo Bastos, M. 87
 Catalan, A. 65
 Cernadas Amoedo, S. 105
 Chacón Mata, F. 87
 Chiarello, P. 92
 Chuang, L. H. 100
 Clavería, A. 76
 Clemente, J. 113
 Clèries, M. 74
 Climent Sáez, J. V. 91
 Cobacho, M. B. 88
 Cole, A. 95
 Coll-Vinent, B. 126
 Collado Mateo, D. 69
 Colls, C. 82, 82, 125
 Colom Farran, J. 104
 Comellas, M. 103, 104
 Comendeiro, M. 92
 Corbacho Martin, B. 115
 Corbacho, B. 100
 Cordero Ferrera, J. M. 69
 Cordero, L. 96
 Córdoba, V. 65
 Cornejo Olivas, M. 109
 Correa Gómez, M. 78, 81
 Correa, M. 83
 Cortés, A. 128
 Costa-Font, J. 74
 Costa, J. 111
 Cots, F. 92
 Crespo, C. 114, 120, 126
 Cuervo, J. 111
 Daponte, A. 105
 de Asís Cuestas, S. 131
 de Koning, H. 98
 de Manuel, E. 91
 de Miguel, C. 107, 112
 de Prado, A. 116
 del Llano, J. 117
 del Pozo Cruz, B. 69
 del Pozo Rubio, R. 77, 77, 80
 Delgado-Marín, J. L. 106
 Delgado-Ortega, L. 96

- Delgado, M. 121
 Dellamano, R. 96
 Despaigne, S. 127
 Díaz-Hierro, J. 73
 Díaz, C. A. 65, 65
 Domato Lluch, M. 75, 109
 Domínguez-Hernández, R. 124
 Domínguez, S. 97, 115
 Duarte, A. 100
 Emery, P. 103
 Epstein, D. 70, 85
 Errasti, J. 97
 Escribano Sotos, F. 73, 77, 80
 Escudero Roldán, I. 127
 Escudero, I. 122
 Espigado Tocino, I. 67
 Espin Balbino, J. 115, 129
 Espinoza Huertas, K. 109
 Exposito Hernandez, J. L. 115
 Farias, E. 65
 Feenstra, T. L. 71
 Feldman, R. 74
 Felice, E. 113
 Fernández Delgado, M. 115, 116, 116
 Fernández-Feito, A. 76
 Fernández-Llanio-Comella, N. 86
 Fernández, P. 125
 Ferrante, D. 110
 Ferreira, L. 88, 89
 Ferreira, L. N. 89
 Ferreira, P. L. 71, 88, 89, 89
 Ferreira, S. 111
 Ferrer, J. 99
 Figueras, M. 118
 Fonseca, D. 111
 Fontanet, M. 65
 Fornell Puertas, B. 81
 Fornell, B. 83
 Fullaondo, A. 91
 Furst, D. E. 103
 Gabás, G. 103
 Gallardo Abollado, M. A. 84
 Gallofré, M. 121
 Galnares, L. 123
 Garau, M. 72
 Garcia Altés, A. 82, 125
 García Cárceles, B. 118, 131
 García Collado, C. 104
 García Gordillo, M. A. 69
 Garcia Mochon, L. 70, 85, 129
 García Pérez, L. 99
 García Pérez, S. 99
 Garcia Ruiz, A. 84
 García Vicente, S. 91
 García-Agua Soler, N. 84
 García-Albás, J. J. 97
 García-Altés, A. 74, 82, 104
 García-Garre, E. 97
 Garcia-Gomez, P. 67, 87
 García-Goñi, M. 74, 96
 García-Lorenzo, B. 90, 99
 García-Pérez, L. 90
 Garrison, L. 72
 Gasche, D. 85
 Gascó, A. 96
 Gascón Cánovas, J. J. 83, 83
 Gea Caballero, V. 91
 Gerónimo-Pardo, M. 75, 109
 Gil-Doménech, D. 105
 Gilabert-Perramon, A. 65, 85, 117
 Gimenez-Martinez, J. 111
 Goethebeur, M. M. 65
 Gómez Inhiesto, E. 107, 110
 Gómez Márquez, M. J. 84
 Gómez Rodríguez, M. A. 110
 Gómez-Navarro, V. 117, 122
 Gonçalves, S. P. 89
 González del Moral, M. L. 109
 González del Moral, M. T. 75
 González Domínguez, A. 119, 119
 Gonzalez Lopez-Valcarcel, B. 71, 78, 79, 113, 122
 González-Domínguez, A. 96
 González-Porras J. R. 126
 González, C. 92
 González, J. 111
 Gorbaneff, Y. 128
 Gorgemans, S. 93
 Gouveia, N. 89
 Gozalbo, I. 108
 Granell, M. 107, 107, 108, 108, 112
 Grau Pérez, C. 95
 Grau, D. 111
 Gray, A. 68
 Grewal, S. 72
 Guadalajara Olmedo, M. N. 128
 Guarga Solé, L. 127
 Guiridlian, J. 123
 Gutierrez Cuadra, P. 115
 Gutiérrez, A. 123
 Handoll, H. 100
 Hernández Izquierdo, C. 79
 Hernández Novoa, B. 124
 Hernández Quevedo, C. 67
 Hernandez Torres, E. 115
 Hernández-Pizarro, H. M. 67
 Hernandez-Villafuerte, K. 72
 Hernández, E. 125
 Herrero Tabanera, L. 94, 94
 Hewitt, C. 100
 Hidalgo, A. 96, 112, 119, 119
 Hurtado, J. C. 132
 Ibañez Martinez, N. 104
 Ibarrola Gutiérrez, M. I. 107, 110
 Ibarrondo, O. 115
 Idigoras, I. 98
 Inácio, P. 111
 Inca Martinez, M. 109
 Ivanova, Y. 119
 Jauregi, M. L. 66
 Javid, M. K. 68
 Javierre, D. 111
 Jefferson, L. 100
 Jimenez Morales, A. 115
 Jiménez Rubi, D. 67
 Jiménez-Martín, S. 72, 74, 93
 Jiménez-Roset, J. 106
 Jiménez, M. 96, 119, 119
 Jiménez, S. 79
 Jones, E. 70
 Jordán-Alfonso, A. 86
 Jorgesen, N. 81, 110
 Juanmarti Mestres, A. 72
 Juanmartí, A. 122
 Keding, A. 100
 Kensal, A. 120
 Kent, S. 68
 Labeaga-Azcona, J. M. 93
 Lana Pérez, A. 76
 Landeiro, F. 68
 Langsam, M. 110
 Lansdorp-Vogelaar, I. 98
 Larrañaga, I. 66, 91
 Lauzon, V. 126
 Lázaro Alquézar, A. 127
 Lázaro, A. 113
 Lazarov, L. 95, 127
 Leal, J. 68
 Lecumberri, R. 126
 Ledesma, A. 119, 119
 Lemgruber, A. 129
 León Araujo, C. 107
 Lessa, F. 129
 Lete, I. 130
 Libroero, J. 78

- Linertová, R. 90
 Lizán Tudela, L. 128
 Lizán, L. 99, 100, 103, 104, 108
 Llagostera-Punzano, A. 124
 Llorac, A. 107
 Lobo, F. 74, 120, 121
 Lopez Bastida, J. 131
 Lopez Casanovas, G. 122
 López del Amo González, M. P. 73, 85, 94
 López del Amo, M. P. 81
 López Gómez, C. 118
 López-Casanovas, G. 67
 López-Martínez, N. 114
 López, M. P. 83
 Lourenço, O. 90
 Lozano, V. 130
 Lucas Pérez-Romero, M. 75, 109
 Ma, Q. 106
 Magrelli, A. 131
 Mar-Barrutia, G. 97
 Mar, J. 66, 91, 97, 98, 115
 Marcelino-Rodríguez, I. 113
 Marco Inzitari, M. 121
 Marco, P. 126
 Marcos, M. A. 132
 Maria Pascual, J. M. 121
 María-Dolores, R. 113
 Mariette, X. 103
 Maroto, R. 120, 121
 Marqués-Espí, J. A. 106, 132
 Márquez-Pelez, S. 129
 Martel, M. 69
 Martín A. 126
 Martín Martín, J. J. 73, 81, 85, 94, 94
 Martín Mola, E. 104
 Martín Ruiz, E. 129
 Martín, J. J. 83
 Martínez Carrión, J. M. 83, 113
 Martínez del Prado, P. 115
 Martinez Perez, J. E. 69
 Martínez Romero, C. 132
 Martínez Sesmero, J. M. 124
 Martinez-Llorente, J. M. 97
 Martínez, J. E. 97
 Martinez, L. 96
 Martins, C. 111
 Mateo J. 126
 Mateu Puchades, A. 118, 131
 Maurino, J. 111
 Maynou Pujolras, L. 80
 Mayorca, J. L. 98
 Mazzetti, P. 109
 Melián, C. 95
 Menéndez Fraga, M. D. 131
 Meneses, S. 98
 Merino-Montero, S. 65
 Merino, M. 91, 119, 119
 Merino, M. J. 121
 Mestre-Ferrandiz, J. 95, 96
 Mías, M. 82
 Mieres, G. 95
 Millá Perseguer, M. M. 128
 Millas, J. 66
 Mínguez Salido, R. 77, 80
 Miñarro Jiménez, C. 85
 Mira, A. 132
 Miranda López, C. 132
 Molina Linde, J. M. 129
 Monreal, M. 120
 Montañés, A. 113
 Monteagudo Piqueras, O. 83, 83
 Montero Granados, R. 67
 Mora-Ripoll, R. 112
 Mora, J. 91
 Morales Suárez-Varela, M. M. 118
 Moreno Ruiz, P. 128
 Moreno Sanjuán, D. 84
 Mosquera Nogueira, J. 86
 Moya Martínez, P. 77, 80
 Moyano, M. A. 91
 Muñoz González, J. J. 117, 118
 Muñoz, C. 120
 Myren, K. J. 126
 Nam, J. 70
 Navarro Espigares, J. L. 115
 Navarro García, C. 78
 Navarro Palenzuela, C. 129
 Navarro-Artieda, R. 108
 Navarro, R. 75
 Negrín, M. A. 69, 70, 93
 Nocea, G. 130
 Ochandorena Juanena, M. S. 118
 Ochandorena Juanena, S. 117
 Olivera, I. 95
 Olry de Labry Lima, A. 129
 Orrego, C. 92
 Ortega Díaz, M. 94
 Ortega Díaz, M. I. 94
 Ortega García, J. A. 132
 Ortega Ortega, M. 67, 77
 Ortega-García, J. A. 106
 Pacual-Sáez, M. 75
 Paladio, N. 114
 Pantoja, E. 132
 Paolucci, F.
 Pardo García, I. 77, 80
 Parra Hidalgo, P. 83, 83
 Pascual Sáez, M. 76
 Pascual-Argenté, N. 124
 Pascual, M. 81
 Pasquau, J. 124
 Patón Arévalo, J. M. 73
 Paz-Zulueta, M. 76
 Paz, S. 108
 Peces Ramas, R. 85
 Peiró, S. 78
 Pellico López, M. A. 76
 Penino, F. 127
 Pereira, L. N. 88, 89, 89
 Perestelo-Pérez, L. 99
 Perez Carrascosa, F. M. 115
 Pérez Encinas, M. 115
 Pérez Mitru, A. 124
 Pérez Romero, C. 94, 94
 Pérez Romero, S. B. 83
 Pérez Velasco, R. 129
 Pérez-Alcántara, F. 107
 Perez-Paramo, M. 108
 Perez, H. 110
 Pérez, L. M. 121
 Pérez, M. 126
 Pernas-Barahona, A. 132
 Pinilla, J. 92, 93, 95
 Pinto Prades, J. L. 86
 Pistollato, M. 96
 Planellas, L. 66, 85
 Portabella, E. 126
 Portillo, I. 98
 Poveda, J. L. 124
 Prada, C. 104
 Prades, M. 99, 100, 118
 Prat, A. 65
 Puentes, D. 98
 Puig-Junoy, J. 122, 124
 Puig-Peiró, R. 85, 117
 Puigdengolas Rosas, S. 88
 Purcaru, O. 103
 Quesada Navaro, S. 87
 Quintal, C. 90
 Quintas Gómez, J. L. 107
 Rafael Vargas, J. 113
 Ramirez de Arellano, A. 99, 100
 Ramon-Muñoz, J. M. 80
 Ramon-Muñoz, R. 80
 Ramon, A. 114

- Ramos Goñi, J. M. 131
Ramos Llanos, A. J. 127
Ramos, J. M. 88
Rangan, A. 100
Rangel, D. 98
Raposo, V. 71, 128
Reis, A. M. 90
Rejas-Gutiérrez, J. 108
Renart, G. 105
Renati, L. 123
Restelli, E. F. 65, 65
Reverte Orts, J. L. 106
Reviriego, E. 123
Ribera, E. 124
Ridao, M. 92
Riera, M. 107
Rivera, J. M.
Rivero Santana, A. 99
Rivero, F. 111
Rodilla, E. 121
Rodrigues, A. 89
Rodríguez Caro, A. 71
Rodríguez González, A. M. 76
Rodríguez Martín, B. 131
Rodríguez Míguez, E. 76, 86, 105
Rodríguez Sanchez, B. 114
Rodríguez-Feijóo, S. 122
Rodríguez-Sanchez, B. 71
Rodríguez, A. B. 125
Roldán V. 126
Roldán, C. 124
Román Ivorra, J. A. 86
Romero Rodenas, P. 75, 109
Rosa, Z. 111
Rosado, L. 111, 130
Rosado, P. 111
Rosario Lozano, M. P. 129
Roset, M. 117
Rovira, J. 117
Rubio-Rodríguez, D. 104
Rubio-Terrés, C. 104
Rubio, M. 121
Rubio, R. 124
Ruiz Cabello, P. 85
Ruiz Centeno, F. J. 115
Ruiz-Adame Reina, M. 78
Ruiz-Beato, E. 111
Ruiz-Muñoz, D. 82
Ruiz, L. 98
Saez, M. 75, 87, 105
Sagarra, J. 84
Salmerón Menéndez, C. 131
Salmerón Menéndez, P. 131
Sampietro-Colom, L. 84
San Vicente, R. 66
San-Martín-Álvarez, A. 86
Sanabria, M. 112
Sánchez González, M. P. 73
Sánchez Martínez, F. I. 69
Sánchez Rubio, J. 124
Sánchez-Solís, M. 106, 132
Sánchez, F. I. 69, 97
Sanfélix-Gimeno, G. 78
Santos, C. 130
Santos, M. 111
Santos, V. 128
Sarría, A. 78
Saurí-Ferrer, I. 86
Saurina, C. 105
Seetasith, A. 106
Segura Garcia, L. 104
Selva Sevilla, C. 75, 109
Sempere, A. P. 111
Serra Saurina, L. 80
Serra, L. 105
Serrano-Aguilar, P. 90
Sicras-Mainar, A. 108
Sicras, A. 75
Sigüenza, W. 123
Silva Paredes, G. 109
Silva Romero, I. 126
Silva, C. 111
Silva, M. F. 98
Slon, P. 72
Solozabal Coll, M. 66
Solozabal, M. 85
Soto-Gordoa, M. 66, 91, 97, 98
Soto, M. 84, 132
Soulard, S. 120, 126
Špacírová, Z. 85
Suárez Rodríguez, C. 131
Suárez, R. 95
Suero, C. 126
Taruscio, D. 131
Tejada Ponce, A. 73
Tolosa Pérez, M. T. 75, 109
Torales, S. 110
Torgerson, D. 100
Torrent-Farnell, J. 65
Towse, A. 72, 95, 96
Trapero-Bertran, M. 105, 131
Trilla, A. 132
Trillo, J. L. 121
Tsuchiya, A. 68
Ucar Corral, E. 117
Urbanos Garrido, R. 109
Urbina Pérez, O. 93
Usó, R. 121
Ustárroz Aguirre, I. 107, 110
Valcárcel-Nazco, C. 90
Vall Castelló, J. 72
Vallejo Torres, L. 71, 90, 99
Vallés Martínez, M. T. 91
VanLunen, B. 103
Vargas, J. R. 72, 87
Varo González, C.
Vaz, A. 111
Vázquez Valdés, F. 131
Vázquez-Polo, F. J. 69
Vela Casasempere, P. 86
Vela, E. 74
Vella, V. 74
Vera-López, V. 111
Verma, K. 127
Vialta Corell, J. J. 118
Viayna, E. 117
Vicente V. 126
Vicente, G. 111
Vila, J. 132
Vilaplana-Prieto, C. 74, 93
Vilches Arenas, A. 73
Vilella, A. 132
Villoro, R. 96, 112
Viola, A. 79
Vishnevetsky, A. 109
Vivar, A. 117
Vivas-Consuelo, D. 86, 88, 128
Weinblatt, M. 103
Xirinachs-Salazar, Y. 87, 113
Yepes, F. 128
Yumar, A. 113
Zozaya, N. 96

AES



Asociación de Economía de la Salud