



I CONGRESO ECONSALUDSUR

EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

MÁLAGA, 9 Y 10 DE JUNIO DE 2017
RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE
MÁLAGA

**Eficiencia, Calidad e Innovación Sanitaria: la Evaluación
Económica como Herramienta de Gestión**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Asociación de Antiguos Alumnos
Máster de Economía de la Salud
Universidad de Málaga

Editor Volumen: Araceli Caro Martínez, María González Piña, Francisco Pérez Carrascosa, Soledad Jiménez Fernández, Manuel Correa Gómez, Nuria García-Agua Soler y Eloísa Fernández Fernández.

Editor Adjunto: Antonio José García Ruiz, Francisca Leiva Fernández, Manuel Correa Gómez, Jaime Martín Martín, Leticia García Mochón, Antonio Olry de Labry Lima y Clara Bermúdez Tamayo.

Editor General: Manuel Ruiz-Adame Reina y Joan Carles March Cerdá.

Editores Invitados: Concha Martínez-Berrocal Ogáyar, Emilio Ignacio García, José María González Conejo, María Luz González Álvarez, Jaime Espín Balbino, Emilio Jesús Alegre del Rey, Sandra Flores Moreno, Manuel Bayona García, Jesús Burgos Perraut y José Manuel Martín Vázquez.

Autores: Ángel Manuel Algarra García, Francisco Javier Aranda Lara, Nuria Aresté Fosalba, Mar Arranz Esteban, Vicente Baixauli Fernández, Sara Bellver Beltrán, Alfonso Bermúdez Virgós, Manuel Alejandro Betancourt Odio, Ana María Blanca Pedregosa, Joaquín Carmona Díaz-Velarde, Fernando Carrillo-Mendoza Pérez de Guzmán, Jose Antonio Castilla Alcalá, Antonio Castilla Melero, Pablo Castro de la Nuez, Antonio Castro Torres, Alberto Colino Fernández, Manuela Colunga, Manuel Correa Gómez, Juan José Cubillas Mercado, Francisco Javier Estebanz García, Eva Frías Palma, Antonio José García Ruiz, Blas García Vargas-Machuca, Nuria García-Agua Soler, Pedro García-Fortea, Leticia García-Mochón, Eugenia Gómez Bermúdez, Enrique Gómez Gómez, María Dolores Heredia Civantos, Elisa Hernández Torres, Pilar Jiménez Moreno, Francisco Jódar Sánchez, Samuel Laria Blanco, Angelina Lázaro Alquezar, Sandra Leal González, Antonio Lesmes Serrano, Daniel López Campos, Emilia Martínez Martínez, Francisco Martos Crespo, Fermín Mayoral Clerides, Óscar Mendoza-García, Ana Carmen Montesinos Gálvez, Inmaculada Muñoz Gámiz, José Manuel Muñoz-Terol, José Luís Navarro Espigares, Raquel Nogueira Arjona, Antonio Olry de Labry Lima, Francisco Miguel Pérez Carrascosa, Jorge Pineada Ortiz, Manuel Quero Haro, Miguel Ramírez Baena, Antonio Ramírez de Arellano Serna, María Belén Ramos Rodríguez, César Remón Rodríguez, Manuel Rich Ruíz, Juan Rodríguez Ortega, Pablo Romero Sanchís, Manuel Ruiz-Adame Reina, Ronald Mauricio Sánchez Ávila, Álvaro Sánchez González, David José Sánchez Pardo, Manuel Vaquero Álvarez y Javier Velasco Martínez.

Editores Técnicos: Desireé Torres Ortega, Eloísa Fernández Fernández y Manuel Ruiz-Adame Reina.

Edita: Escuela Andaluza de Salud Pública.

ISBN: 978-84-697-8080-0

Índice

Presentación.....	4
Comunicaciones Orales.....	7
Evaluación económica en el ámbito hospitalario: un ejemplo de investigación traslacional.....	9
Egresados en máster en economía de la salud en España: perfil, motivaciones y valoración.....	13
Implantes de dexametasona intravítreo en edema macular diabético de pacientes refractarios a otros tratamientos intravítreos: análisis clínico y económico.....	17
Sistema de información, registro y evaluación de objetivos (SIREO).....	20
Estudio del síndrome metabólico en valores de una población de Córdoba: prevalencia y factores de riesgo....	23
Pooled analysis: an indirect comparative approach in intensification therapies for T2DM patients.....	26
Posters.....	27
Resolución telefónica sobre consultas de medicación. Contribuyendo a la sostenibilidad del sspa.....	29
Modelo de optimización multicriterio para la gestión óptima de citas médicas.....	30
Proyecto revisa. Estudio del impacto del servicio de revisión del uso de los medicamento (rum) en farmacias comunitarias españolas.....	31
¿Son efectivos nuestros centros de reconocimiento médico valorando la aptitud psicofísica para permisos de conducción y licencias de armas?.....	32
Evaluación del proceso asistencial integrado de cáncer de mama en los Hospitales Regional Universitario y Virgen de la Victoria de Málaga.....	34
Análisis de costes del servicio farmacéutico en residencias sociosanitarias de la provincia de Málaga. Comparación de modelos.....	36
Evaluación de la demanda de interconsultas hospitalaria desde los profesionales de atención primaria. Factores condicionantes.....	37
Evaluación económica de una intervención guiada o no guiada de telemedicina para la depresión mayor: resultados de un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico en atención primaria.....	39
Evaluación de la limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos de un hospital público.....	40
Hospitalización potencialmente evitable en el Hospital Infanta Margarita de Cabra.....	42
Estudio sobre la incorporación a la vida laboral en el paciente ostomizado.....	43
Licitación de medicamentos. Análisis de la gestión, impacto y opinión de los profesionales sanitarios en Málaga.....	44
Evaluación de tecnologías sanitarias y eficiencia en centros sanitarios: adaptación de una estrategia corporativa a un contexto local.....	46
Anexo 1. Comités.....	47
Anexo 2. Programa del Congreso.....	50

Presentación

Durante los días 9 y 10 de junio de 2017 nos reunimos en el Congreso EconSaludSur 2017 en la sede del Rectorado de la Universidad de Málaga, en una actividad co-organizada por la AMES - Asociación de Antiguos Alumnos del Máster en Economía de la Salud de la Universidad de Málaga, y la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), para tener un debate amplio sobre Economía de la Salud, bajo el lema: "Eficiencia, Calidad e Innovación Sanitaria: La Evaluación Económica como Herramienta de Gestión".

El programa oficial de este primer congreso giró en torno a tres temáticas que dieron la guía para las tres mesas de comunicaciones organizadas: 1.- Innovaciones organizativas y tecnológicas para la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial, 2.- La evaluación económica de medicamentos como herramienta de gestión: financiación, inclusión y toma de decisiones, y 3.- Eficiencia en las organizaciones sanitarias y búsqueda continua de la calidad. El conjunto se concluyó con la conferencia de cierre del Prof. Dr. David Cantarero, director del máster en Economía de la Salud de la universidad de Cantabria, y tesorero de la junta directiva de la Asociación Española de Economía de la Salud.

En la mesa sobre innovaciones organizativas y tecnológicas para la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial, que contó con la dirección del Dr. Francisco Jódar, técnico de la estructura central de apoyo a la investigación de la Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla, se trataron temas como el desarrollo, implantación y evaluación de sistemas de mejora de la eficiencia, que corrió a cargo de la Dra. Concha Martínez-Brocal Ogáyar, del hospital Vinthas Xanit Internacional. El Dr. Emilio Ignacio García, de la universidad de Cádiz, trató sobre la sostenibilidad y calidad del sistema sanitario español. Esta intervención fue seguida por la del director del servicio Salud Responde en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), Dr. Jose María González Conejo, que presentó cómo las TICs y las innovaciones pueden contribuir a la mejora de los servicios sanitarios de forma sostenible. La mesa se concluyó con la intervención del Dr. Jose Luís Navarro Espigares, subdirector de control de operaciones del complejo hospitalario universitario de Granada, que planteó una intervención centrada en un caso concreto, el análisis económico de una estrategia preventiva para la poliquistosis renal autosómica dominante.

En el capítulo de ponencias oficiales, se continuaron al día siguiente, sábado 10 de junio, inaugurándose el día con la mesa moderada por la Profa. Dra. María Luz González Álvarez, de la facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Málaga, y codirectora del máster en Economía de la Salud de esta universidad. En la primera mesa centrada en la evaluación económica de medicamentos como herramienta de gestión: financiación, inclusión y toma de decisiones, intervino el Dr. Jaime Espín Balbino, profesor de la EASP, quien introdujo el tema del papel de la evaluación económica en la financiación de medicamentos en la Unión Europea.

Presentación

Tras esta fue el turno del Dr. Emilio J. Alegre del Rey, especialista en farmacia hospitalaria del hospital universitario de Puerto Real (Cádiz). El Dr. Alegre presentó los informes de posicionamiento terapéuticos desde la perspectiva de un servicio sanitario público. Tras esta intervención, la mesa se concluyó con la de la Dra. Sandra Flores, de la farmacia hospitalaria del hospital Virgen del Rocío, de Sevilla, quien presentó la guía GENESIS para la evaluación económica como herramienta de apoyo en la toma de decisiones.

A esta mesa le siguió la relativa a la eficiencia en las organizaciones sanitarias y búsqueda continua de la calidad, que estuvo moderada por la Profa. Dra. Araceli Caro Martínez, profesora de la EASP, y en la que se trató en primer lugar los esfuerzos que conlleva innovar en salud, temática que estuvo a cargo del Dr. Manuel Bayona, gestor sanitario, y que fue seguida del punto de vista de la gestión sanitaria privada, que vino de la mano de los dos siguientes ponentes, D. Jesús Burgos Perraut, director del Complejo hospitalario integral privado de Málaga, y representante de la asociación de hospitales privados de Málaga, y del Dr. Jose Manuel Martín Vázquez, director médico del hospital Vintas Xanit Internacional. D. Jesús Burgos planteó la temática de la calidad y eficiencia de la colaboración público-privada en los sistemas sanitarios, y el Dr. Martín Vázquez centró su presentación en la eficiencia y la calidad.

Tras la última de las mesas, el congreso se clausuró con la conferencia del Prof. Dr. David Cantarero, de la universidad de Cantabria, quien, presentado por D. Manuel Ruiz-Adame Reina, presidente de la AMES y copresidente del congreso, hizo un esbozo amplio sobre la utilidad de la evaluación económica para la mejora de la asistencia sanitaria.

Además de estas 10 ponencias, y la conferencia final, el programa del congreso se ha visto enriquecido por una amplia variedad de comunicaciones orales y en formato póster que seguidamente se recogen en este documento, todas ellas de gran calidad, y que fueron aprobadas por un comité científico presidido por el Prof. Dr. Antonio J. García Ruiz, profesor titular de farmacología de la universidad de Málaga, y codirector del máster en Economía de la Salud de esta universidad, e integrado por doctores en diversos ámbitos, vinculados tanto a la AMES como a la EASP.

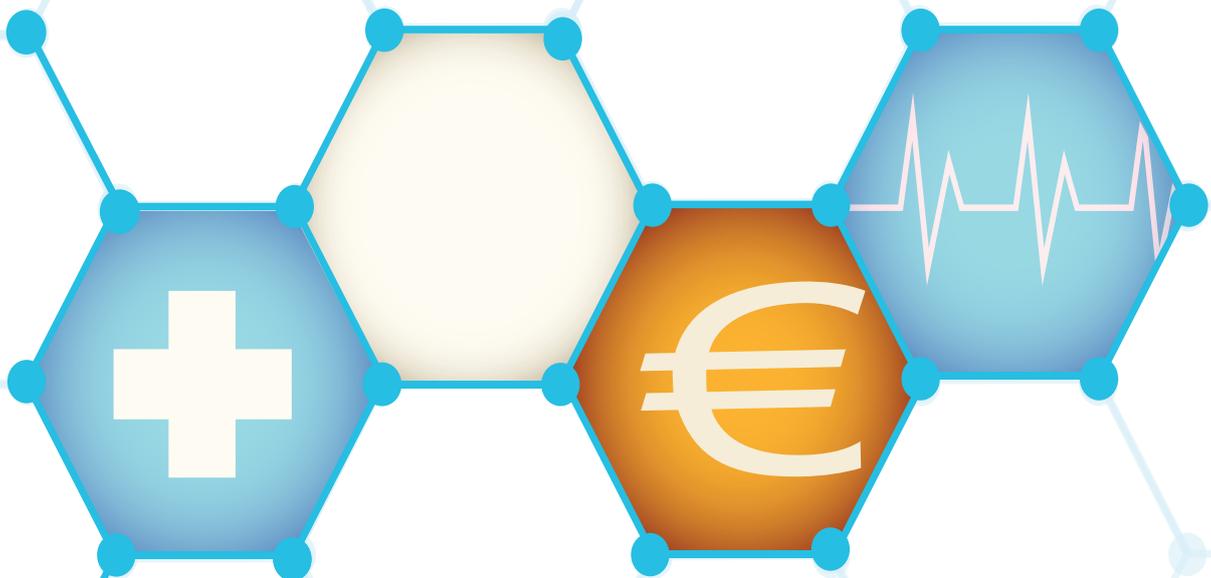
Las comunicaciones que se presentaron, y que aquí se pueden consultar tocan temas que abarcan desde cuestiones metodológicas sobre intervención en ciertas patologías, los análisis coste-efectividad en tratamientos como los relativos a la transferencia embrionaria, o en el caso de las secuencias de tratamiento sustitutivo renal, o los análisis clínicos y económicos de implantes intravítreos en el edema macular diabético. También se incluyen trabajos sobre herramientas de gestión, como en el caso del sistema de información, registro y evaluación de objetivos (SIREO), y otros de un componente más clínico. También fue presentado en EconSaludSur la comunicación en relación relativa al primer estudio específico que se realiza en España sobre egresados de másteres en economía de la salud, y que fue realizada por la propia AMES.

Presentación

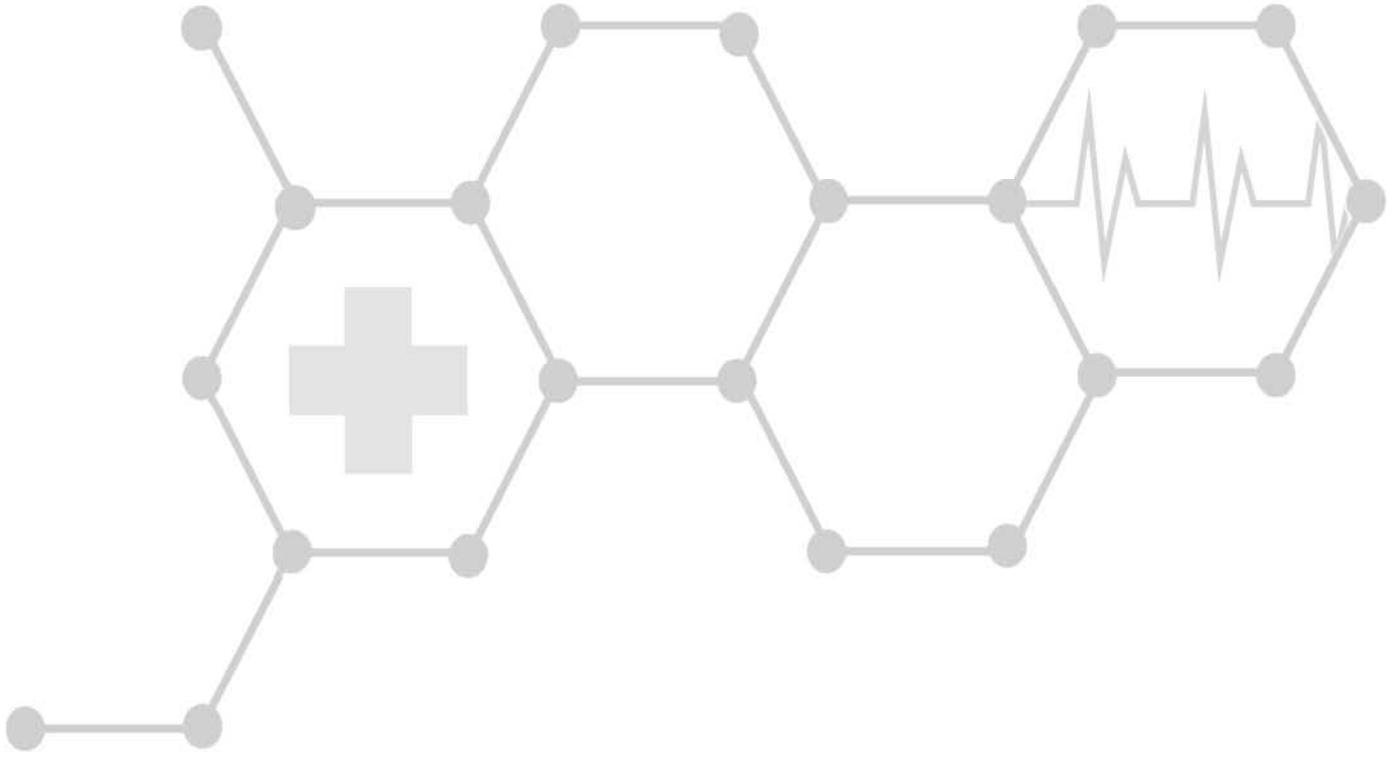
El capítulo de posters, por razones de disponibilidad, fue algo más amplio y comprendió un espectro de cuestiones que han ido desde la revisión del uso de medicamentos en farmacias, la efectividad de los reconocimientos de aptitud psicofísicas para los permisos de conducir y de armas, los análisis de costes de servicios farmacéuticos en residencias, y la evaluación económica de tecnologías relativas a la telemedicina. También han sido objeto de presentación cuestiones sobre gestión clínica, como en el caso de las hospitalizaciones potencialmente evitables, el relativo a la licitación de medicamentos, o los relativos a incidencia de cuestiones de intervención sanitaria en el mundo laboral, como el trabajo sobre la incorporación a la vida laboral en pacientes osteotomizado.

En definitiva, en EconSaludSur 2017, se han concentrado en dos jornadas intensivas una visión muy variada del trabajo que se está realizando en Economía de la Salud, con aportaciones resultado de trabajos científicos que ahora sintéticamente se presentan en este documento, que tanto por parte de la AMES como de la EASP, como entidades organizadoras, esperamos sea de interés y consulta para quienes tengan acceso al mismo.

Manuel Ruiz-Adame Reina
Presidente de la AMES
Presidente de EconSaludSur 2017



COMUNICACIONES ORALES



EVALUACIÓN ECONÓMICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: UN EJEMPLO DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL

Autor/es: E. Hernández Torres, JL. Navarro Espigares, FM. Pérez Carrascosa, JA. Castilla Alcalá.

Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Autor responsable de la exposición E. Hernández Torres.

Los hospitales son la principal vía de entrada de nuevas tecnologías al sistema sanitario, con un impacto inmediato en el gasto del sector. La evaluación económica en el ámbito hospitalario tiene vocación traslacional en el sentido de que busca una aplicación inmediata de los resultados a la práctica clínica.

La infertilidad tiene un importante impacto en la sociedad. Las probabilidades de embarazo y parto con recién nacido vivo han aumentado sostenidamente en las últimas décadas. Desde el primer bebé nacido con ésta técnica en 1978 aproximadamente un millón de niños han sido concebidos con esta técnica. Actualmente la tasa de embarazo en pacientes de menos de 35 años es superior al 50%. Con la consolidación de resultados en reproducción asistida (RA) las innovaciones se han centrado en aspectos de calidad, con especial dedicación a reducir los efectos iatrogénicos de estos tratamientos. Existe consenso de que el principal efecto iatrogénico, y el que mayores costes a corto y largo plazo genera, es el parto múltiple. Estudios realizados sobre amplios registros de actividad han destacado el desarrollo menos favorable de los niños nacidos mediante técnicas de RA, comparados con los nacidos de concepción natural, siendo en la mayoría de los casos estas diferencias atribuibles al mayor porcentaje de embarazos múltiples. La limitación en el número de embriones transferidos se postula como el medio más eficaz en la reducción de la tasa de embarazos múltiples.

Con la limitación a dos del número de embriones por transferencia se han reducido sensiblemente los embarazos de alto orden (tres o más) sin reducir la efectividad en los tratamientos, esto es, manteniendo las tasas de embarazo y de nacimientos tras FIV. Cada vez más están ganando popularidad estrategias hacia la reducción de los partos gemelares mediante transferencia de un solo embrión (eSET), aunque su consolidación es más controvertida.

Si bien efectivamente eSET reduce los partos gemelares el mantenimiento de la efectividad no está tan claro, ya que son necesarios más ciclos para obtener similares resultados.

El objetivo de este trabajo es analizar el coste-efectividad de tratamiento de reproducción asistida basado en la transferencia embrionaria electiva de un embrión frente a una transferencia electiva de dos embriones.

Comunicaciones Orales

Se realizó un análisis de coste-efectividad utilizando los resultados de un ensayo clínico prospectivo (NCT 01909570) . La información sobre el tratamiento de RA se recopiló en una base de datos específicamente diseñada para este estudio. Después de la fecha de parto estimada, se telefoneó a los pacientes para obtener información sobre el parto y cualquier complicación que hubiera ocurrido durante el embarazo, el parto y el período posnatal. La medida de efectividad utilizada es la tasa de partos con nacido vivo (LBR).

El análisis de costes se realizó desde la perspectiva del sistema de salud, incluyendo los costes médicos directos asociados con el tratamiento de RA, el embarazo, el parto y la atención neonatal. Los costes médicos directos incluyen los costes hospitalarios del tratamiento de RA (diagnóstico, controles, monitorización, punción, transferencia de embriones, laboratorio de RA y vitrificación-conservación-desvitrificación embrionaria) y la medicación requerida durante el período de estimulación ovárica. El seguimiento del embarazo se evaluó de acuerdo con el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía.

Los partos, vaginales o mediante cesárea, se valoraron por el correspondiente Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) independientemente del número de niños nacidos en cada caso: GRD 373 "Parto vaginal no complicado" y GRD 371 "Cesárea no complicada", respectivamente. El consumo de recursos del recién nacido se evaluó de acuerdo con los GRD siguientes, teniendo en cuenta el peso al nacer: GRD 604 "Neonato, peso al nacer 750-999 gr, nacidos vivos"; GRD 607 "Neonato, peso al nacer 1,0-1,5 kg, sin intervención significativa, nacimiento vivo"; GRD 614 "Neonato, peso al nacer 1,5-2,0 kg, sin intervención significativa, presentando otros problemas"; GRD 621 "Neonato, peso al nacer 2.0-2.5kg, sin intervención significativa, presentando otros problemas". Si el bebé tenía un peso al nacer superior a 2,5 Kg se asumió que no había ningún coste adicional asociado. También se tuvieron en cuenta la presencia de complicaciones en cualquier momento durante el seguimiento del tratamiento, siendo los más importantes el síndrome de hiperestimulación ovárica, las emergencias derivadas del aborto espontáneo y el riesgo de parto prematuro.

La información de costes para la evaluación económica de los recursos consumidos se obtuvo del Sistema Integrado de Gestión Logística del Servicio Andaluz de Salud, del Sistema de Contabilidad Analítica del Servicio Andaluz de Salud y de los precios de compra de la medicación adquirida por el hospital.

El análisis de coste-efectividad realizado en este estudio compara el LBDR después de la FIV y el coste unitario por paciente, para la opción eSET + eSFET versus la opción DET. El resultado del análisis se resume en la relación coste-efectividad incremental, que se obtiene aplicando la fórmula: $[(\text{Coste medio DET} - \text{Coste medio SET}) / (\% \text{ nacidos vivos DET} - \% \text{ nacidos vivos SET})]$. Los resultados del estudio clínico, el "caso basal", se sometieron a un análisis de sensibilidad, de acuerdo con las directrices para las evaluaciones económicas de las intervenciones sanitarias. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico mediante el método de muestreo con reemplazo (bootstrap) y la curva de aceptabilidad de coste-efectividad (CEAC).

El bootstrap consiste en construir una estimación empírica de una distribución de la muestra mediante remuestreo con reemplazo de los datos originales. En el caso descrito, se realizaron 1000 remuestreos. El resultado obtenido de cada remuestreo se resume como una relación coste-efectividad incremental. A partir de estos resultados, se obtienen el plano de coste-efectividad y la curva de aceptabilidad. El primero es una representación en un plano del coste incremental y la efectividad incremental de cada simulación. La CEAC se deriva de un cálculo del porcentaje de simulaciones en las que la alternativa considerada tiene una relación coste-efectividad incremental dentro de un umbral determinado para diferentes valores de esta ratio y resume la evidencia de una intervención coste-efectiva (aceptable) para diferentes valores potenciales de la regla de decisión. Debido a que el tiempo de estudio es menor de 1 año, no se aplica el descuento.

El porcentaje de embarazos con RN vivo fue del 38,60% y 42,19% en los grupos de uno y dos embriones respectivamente. El coste promedio por paciente fue de 5.538,35€ en el grupo de un embrión y de 5.528,56€ en el de dos. Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. El análisis de sensibilidad probabilístico arroja los siguientes resultados: el 32,20% de las repeticiones se localizan en el cuadrante 3 del plano coste-efectividad, donde la estrategia eSET + eSFET es menos eficaz, pero también menos costosa que la DET. El 41% de las repeticiones se localizan en el cuadrante 2, con un mayor coste y menor efectividad para eSET + eSFET, en comparación con DET. Finalmente, el 21,10% y el 5,70% de los casos se localizan en el cuadrante 1 (mayor efectividad y mayor coste de eSET + eSFET frente a DET) y el cuadrante 4 (mayor efectividad y menor coste de eSET + eSFET versus DET), respectivamente.

Este estudio, comparando una estrategia de 1 ciclo de eSET más un segundo de eSFET frente a uno de DET, confirma la ausencia de diferencias significativas en la eficacia y los costes entre los dos grupos de tratamiento. El resultado no se presenta en términos de una relación coste-efectividad incremental, ya que los resultados del estudio no indican ninguna alternativa más eficaz a un coste más alto que el otro y, por lo tanto, no tiene sentido calcular esta relación. El análisis de sensibilidad probabilístico realizado mediante bootstrap muestra unos resultados muy homogéneos en la mayoría de las réplicas. La curva de aceptabilidad de coste-efectividad resume los resultados del plano de coste-efectividad y muestra que para cualquier valor umbral de coste por LBDR adicional la probabilidad de que el eSET sea coste-efectivo no alcanza el 50% y siempre está por debajo de la probabilidad de que la DET sea coste-efectiva.

La neutralidad de los argumentos de coste-efectividad traslada los puntos críticos para la elección de una alternativa hacia criterios clínicos, del contexto sanitario y preferencias de los pacientes. En la Comunidad Autónoma de Andalucía se incrementó la opción reproductiva de dos a tres ciclos, condicionado a la transferencia de 1 embrión en el primer ciclo. La aplicabilidad de estos resultados señala hacia la recomendación de consolidar la realización de evaluación económica en el ámbito hospitalario.

Bibliografía

1. Hernández Torres, E., Navarro-Espigares, J. L., Clavero, A., López-Regalado, M., Camacho-Ballesta, J. A., Onieva-García, M., Castilla, J. A. (2015). Economic evaluation of elective single-embryo transfer with subsequent single frozen embryo transfer in an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection program. *Fertility and Sterility*, 103(3), 699–706. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2014.11.032>.
2. López-Regalado, M. L., Clavero, A., Gonzalvo, M. C., Serrano, M., Martínez, L., Mozas, J., ... Castilla, J. A. (2014). Randomised clinical trial comparing elective single-embryo transfer followed by single-embryo cryotransfer versus double embryo transfer. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*.

EGRESADOS EN MÁSTER EN ECONOMÍA DE LA SALUD EN ESPAÑA: PERFIL, MOTIVACIONES Y VALORACIÓN

Autor/es: M. Ruiz-Adame Reina^{a,b,c}, M. Correa Gómez^{a,b}, N. García-Agua Soler^{b,d,e}.

^a *Departamento de Economía Aplicada. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Granada.*

^b *Asociación de Antiguos Alumnos del Máster en Economía de la Salud (AMES) de la Universidad de Málaga.*

^c *Executive Function, S.L.*

^d *Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga.*

^e *Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA).*

Autor responsable de la exposición M. Ruiz-Adame Reina.

La teoría del capital humano (G. Becker, 1975; G. S. Becker, 1964) considera la formación y la experiencia como una inversión. Las personas con un mayor nivel formativo tienen mayores oportunidades de encontrar un empleo o de mejorar su posición en el mercado laboral.

Los individuos utilizan la educación como una señal sobre sus habilidades y capacidades. Por capital humano se entenderá: “cualquier stock de conocimientos u otras características de los trabajadores que pueden contribuir a su productividad” (Acemoglu & Autor, 2011). Pero capital humano no es un concepto exclusivamente referido a cuestiones de formación académica, también incluye aspectos relativos a actitudes personales relativas al trabajo, y a la capacidad para adaptarse a diferentes condiciones o situaciones.

En cierta forma, la cantidad de inversión en capital humano es la forma por la que los empleadores pueden diferenciar entre candidatos para un mismo puesto, además de ser la vía por la que se accede a mejores trabajos y mayores ingresos por parte de los empleados. En consecuencia, puede esperarse que incrementar la formación es un elemento interesante tanto para empleadores como para empleados. Abundando en este sentido, se ha propuesto que la inversión en capital humano puede tener un mayor retorno que incluso la realizada en capital físico (Santín et al., 2015).

Es evidente por tanto que la inversión en formación es una elección correcta, y los programas de máster son una forma de introducir diferenciación entre individuos, por lo que realizar un máster es una vía para introducirse en el mercado laboral. Recientes trabajos realizados en egresados de máster, en este caso en Gerontología (Ruiz-Adame Reina, 2016a, 2016b) han puesto en evidencia como la formación por esta vía incrementa, incluso en el marco de una situación de crisis económica, las opciones de entrar en el mercado laboral.

Comunicaciones Orales

Los primeros programas de formación especializada en economía de la salud vía máster en España comienzan en 2000, en Granada. Son los promovidos por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Y posteriormente se suma la Universidad Pompeu Fabra en 2004. A estos programas se han seguido sumando otras iniciativas, como las de la Universidad de Málaga, la de Cantabria, o la de Castilla la Mancha.

El objetivo de este trabajo ha sido el de identificar las características, motivaciones e implicaciones laborales que se dan entre los egresados en másters en economía de la salud en España.

El estudio se ha realizado sobre una muestra de 438 egresados de los principales másters que se imparten en España. Hasta donde hemos podido conocer, no existe ningún otro estudio similar, salvo uno realizado en 2009, y publicado posteriormente por Trapero Bertran & Oliva Moreno (2016), quienes tomaron el cuestionario diseñado por Morrissey & Cawley (2008), sobre una muestra de 285 personas que se autodefinían como economistas de la salud (sin que ello supusiera una formación específica como la exigida en este trabajo). Entre sus conclusiones estaban que el campo de la economía de la salud se define por la multidisciplinariedad, más allá de ser algo privativo de las facultades de economía, o de las escuelas de finanzas.

Los autores contactamos con las direcciones de los principales máster en economía de la salud a fin de solicitar su colaboración para poder pasar un cuestionario electrónico a egresados de sus diferentes promociones. En diferentes rondas de solicitud, un total de 1.319 emails fueron enviados por cada una de las organizaciones colaboradoras.

Los ítems se clasificaron en cinco grandes bloques : a) Cuestiones demográficas, b) Situación educativa previa, situación laboral, y motivación para hacer el máster, c) Evaluación de las consecuencias laborales de hacer el máster (solo en el caso de aquellos que encontraron un trabajo en economía de la salud tras hacer el máster), d) Valoración del máster. Además se incluyó una pregunta abierta final para que los participantes pudieran dar su opinión o hacer un comentario libre.

Los datos fueron analizados con el SPSS-22. Se realizó un análisis descriptivo sobre medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia. Adicionalmente se construyeron las tablas de contingencia, se realizó un análisis de las correlaciones usando la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas, y finalmente se aplicaron modelos logísticos binomiales a fin de determinar la probabilidad de ocurrencia de ciertos valores.

Los resultados muestran que el perfil general de egresado de un máster en economía de la salud es el de una mujer (55,5%), de unos 37,8 años cuando realizó el máster y que en el momento de responder tiene unos 44,5 años. La formación principal con la que se accede a los másters es la de Medicina (37,0%), Farmacia (19,2%), y desde el campo las ciencias sociales, Económicas (14,8%). La formación previa en economía de la salud es muy poco frecuente. Solo el 35,6% indicó tener conocimientos en esta materia antes de hacer el máster.

Comunicaciones Orales

La principal motivación para hacer el máster es la de tipo académica (44,1%), para adquirir nuevos conocimientos. Solo el 20,1% manifestó haber solicitado hacerlo por razones de empleabilidad (12,8% para mejorar su empleabilidad en este sector, y 7,3% para promocionar). Una proporción muy elevada (65,5%) manifestó que la mayor repercusión de esta formación fue que les permite hacer mejor su trabajo.

Una proporción igualmente muy alta (87,0%) se encontraba empleada en el momento de realizar el máster. La proporción en empleados en el ámbito de la economía de la salud se incrementaba al 94,7% cuando se les preguntaba por su situación actual.

Por otra parte, las personas que no estaban trabajando en economía de la salud cuando realizaron el máster, encontraron trabajo en el primer año (54,9%) o en el segundo (29,7%). Las valoraciones de la formación fueron en general muy elevadas en todos los casos. La materia que mejor valoración recibe es la formación en dirección y gestión.

En conclusión, hacer un máster en economía de la salud es una buena inversión. La mayoría de los egresados consideran que les ha ayudado a hacer mejor su trabajo, y a conseguirlo cuando no lo tenían en este campo. La valoración de esta formación fue muy alta igualmente entre quienes la han recibido, pero particularmente lo fue entre quienes provenían de campos de la salud, donde la formación en gestión es menos amplia. Los máster en economía de la salud permiten asumir funciones con mejor solvencia cuando se accede a tareas de dirección.

Bibliografía

1. Acemoglu, D., & Autor, D. (2011). The Basic Theory of human capital. In *Lectures in Labor Economics* (pp. 1–34).
2. Becker, G. (1975). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with special reference to Education. In *Columbia University Press* (Ed.) (Second Ed, pp. 1–264). Chicago: National Bureau of Economic Research. Retrieved from <http://www.nber.org/chapters/c3730.pdf>.
3. Becker, G. S. (1964). Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. Chicago: University of Chicago press.
4. Morrissey, M. A., & Cawley, J. (2008). US health economists: Who we are and what we do. *Health Economics*, 17(4), 535–543. <https://doi.org/10.1002/hec.1314>.
5. Ruiz-Adame Reina, M. (2016a). Employment outcomes and satisfaction levels in graduates of the gerontology master's programs in Spain. *Educational Gerontology*, 42(8), 533–539. <https://doi.org/10.1080/03601277.2016.1156383>.
6. Ruiz-Adame Reina, M. (2016b). La opinión de las personas egresadas sobre la utilidad de la formación en gerontología. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 161–162. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.12.006>.
7. Santín, D., Balart, P., Cabrales, A., Calero, J., De la Fuente, A., Oriol Escardibul, J., ... Sicilia, G. (2015). Reflexiones sobre el sistema educativo español. (Centro de Estudios Ramón Areces, Ed.). madrid. Retrieved from <http://www.sociedadeducacion.org/site/wp-content/uploads/Reflexiones-sobre-elsistema-%0Deducativo-espanol.pdf>.

Comunicaciones Orales

8. Trapero Bertran, M., & Oliva Moreno, J. (2016). Profesionales de la economía de la salud: quiénes somos y dónde trabajamos. *Revista de Evaluación de Programas Y Políticas Públicas*, 1(6), 9. <https://doi.org/10.5944/reppp.6.2016.13458>.

IMPLANTES DE DEXAMETASONA INTRAVÍTREO EN EDEMA MACULAR DIABÉTICO DE PACIENTES REFRACTARIOS A OTROS TRATAMIENTOS INTRAVÍTREOS: ANÁLISIS CLÍNICO Y ECONÓMICO

Autor/es: RM. Sánchez Ávila, S. Laria Blanco, M. Colunga.
Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Oftalmología.

Autor responsable de la exposición RM. Sánchez Ávila.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) es una enfermedad metabólica que está en aumento en los países occidentales, la prevalencia estimada para el año 2035 es de 592 millones de personas en el mundo¹. La DM-2 tiene complicaciones microvasculares y macrovasculares, que terminan con disminución en la expectativa de vida de los pacientes, éstas complicaciones llevan a enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, y enfermedad vascular periférica, entre otras². Una complicación microvascular muy importante es la afectación retiniana, con el desarrollo del Edema macular Diabético (EMD), se estima que hay en el mundo 21 millones de personas con ésta complicación, ello corresponde a la primera causa de ceguera en edad laboral^{3,4}; en la fisiopatología del EMD intervienen mediadores de la inflamación, interleucinas, VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor), entre otros, que contribuyen a la permeabilidad vascular y el daño del tejido retiniano^{5,6}.

Los tratamientos actuales para el EMD incluyen la terapia laser, inyecciones intravítreas (IVT) de fármacos (corticoides, anti-VEGF), con resultados satisfactorios pero variables según el grupo de pacientes evaluados^{7,8,9,10,11}. Entre los tratamientos anti-VEGF están el bevacizumab (BV, que tiene uso off-label), el ranibizumab (RB) y el aflibercept (AP)^{11,12} que sí tienen aprobación por las agencias regulatorias del medicamento; entre los corticoides IVT están la triamcinolona (TA, que tiene uso off-label), y el implante de dexametasona (DEX) que sí tiene aprobación para su uso en oftalmología^{13,14}. El EMD se comporta como una enfermedad crónica que requiere inyecciones IVT frecuentes, en cuanto a los costes de su tratamiento se ha reportado en el Reino Unido para el RB un coste anual para ranibizumab de 20.019£ y para AP de 25.859,15£; en EE.UU se ha reportado un coste anual para BV de 4.135\$, para RB 21.265\$ y para AP de 25.913,16\$. Los protocolos de tratamiento del EMD recomiendan iniciar con un anti-VEGF, y en caso de no respuesta a la terapia, hacer “switch” a otro anti-VEGF o a un corticoide IVT; sin embargo ésta conducta podría mejorarse al identificar a los pacientes susceptibles de iniciar con un corticoide o con anti-VEGF, evitando fracasos en tratamientos y costes innecesarios asociados.

Se realizó un estudio clínico de “vida real”, de diseño retrospectivo, descriptivo y longitudinal. Éste estudio se desarrolló en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), incluyó pacientes con EMD refractarios a tratamientos previos (laser, anti-VEGF, IVT de TA) y que su tratamiento se cambió al implante de DEX. Se incluyeron 37 casos (ojos) de 24 pacientes, entre noviembre de 2009 y abril de 2015.

Comunicaciones Orales

Se tomaron datos de los registros clínicos para evaluar la efectividad clínica [AV (Agudeza Visual en Snellen y transformada a LogMAR), GMC (Grosor Macular Central > 300µm, medida por OCT, Optical coherence tomography), control de inflamación ocular y PIO (Presión Intraocular)], también se realizó un análisis de costes directos (coste de fármaco, coste de procedimiento en sala de IVT, OCT, angiografías, laserterapias, revisiones médicas), también se evaluó la seguridad por el control de PIO, cirugías oftalmológicas durante el seguimiento, u otros.

Entre los resultados se encontró que 18 casos (48,6%) fueron mujeres y 19 (51,4%) hombres, edad promedio 66,5±8,7 años (rango: 52-85), duración de DM-2 fue 16,1±8,9 años (rango: 3-33), AV inicial 0,855±0,499 LogMAR, PIO inicial 14,75±3,01mmHg, GMC inicial 603,89±188,31 µm, dos casos ya tenían glaucoma, 15 casos (40,5%) tenían algún grado de catarata, y 19 casos (51,4%) eran pseudofáquicos. En el tratamiento IVT previo la distribución fue: 26 casos (70,3%) RB, 5 casos (13,5%) BV, 6 casos (16,2%) TA, ningún caso con AP; incluso se realizó un “switch” a 2da línea IVT previamente, así: 4 casos (10,8%) TA, 3 casos (8,1%) BV, 1 caso (2,7%) RB, ningún caso para AP. 31 ojos (83,8%) habían recibido previamente terapia láser, 14 ojos (37,8%) habían tenido algún tipo de cirugía ocular como complicación de su DM-2. El tiempo de seguimiento posterior al implante de DEX fue 7±6,8 meses, con el implante de DEX la AV final mejoró a 0,520±0,349 (p<0,001) y el GMC mejoró a 276,6±58,2 (p<0,001). El 75,7% de los casos requirió un solo implante de DEX para alcanzar la mejoría anatómica y funcional, el 91% requirió entre 1 y 2 implantes de DEX al año, la PIO se mantuvo controlada durante el tiempo de seguimiento (PIO final 17,1±3,3 mmHg), 5 pacientes elevaron la PIO de forma transitoria durante el tratamiento y se controló con un fármaco tópico anti-glaucomatoso, no se reportó cirugía de catarata ni para glaucoma durante el seguimiento. En cuanto los análisis de costes promedio previos para el tratamiento anual del EMD (incluyen laserterapia), se encontró que para TA fue 3.195,1€ (3 a 9 IVTs), para BV fue 10.152,7€ (4 a 8 IVTs), y para RB fue 12.400,9€ (2 a 16 IVTs); para el caso del tratamiento con implante de DEX (“switch”) el coste anual promedio de tratamiento fue 2.411,9€ (1 a 2 IVTs y no incluye laserterapia).

Los pacientes que mejor respondieron al cambio de la terapia hacia implante DEX fueron los que tenían AV inicial 0,1– 0,3 (Snellen) y con GMC inicial >500µm, dado que ganaron más de tres líneas de visión. Debido a que cerca del 20% de los pacientes con EMD no responden al tratamiento con anti-VEGF, es fundamental identificarlos clínicamente con biomarcadores por OCT e iniciar en lo posible la terapia con DEX, de esta forma se da una terapia más dirigida y hay ahorro en los costes directos de la terapia a aplicar.

Bibliografía

1. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103(2):137-149. doi:10.1016/j.diabres.2013.11.002.
2. Cebeci Z. Role of implants in the treatment of diabetic macular edema: focus on the dexamethasone intravitreal implant. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2015;8:555-566.

3. Dugel PU, Bandello F. Dexamethasone intravitreal implant in the treatment of diabetic macular edema. *Clin Ophthalmol*. 2015;9:1321-1335.
4. Escobar-Barranco, JJ; Pina-Marín, B; Fernández-Bonet M. Dexamethasone Implants in Patients with Naïve or Refractory Diffuse Diabetic Macular Edema. *Ophthalmologica*. 2015:176-185. doi:10.1159/000371770.
5. Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R, et al. Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*. 2012;35(3):556-564. doi:10.2337/dc11-1909.
6. Chhablani J, Bansal P, Veritti D, et al. Dexamethasone implant in diabetic macular edema in real-life situations. *Eye*. 2015;30(3):426-430. doi:10.1038/eye.2015.246.
7. Beck RW, Edwards AR, Aiello LP, et al. Three-year follow-up of a randomized trial comparing focal/grid photocoagulation and intravitreal triamcinolone for diabetic macular edema. *Arch Ophthalmol (Chicago, Ill 1960)*. 2009;127(3):245-251. doi:10.1001/archophthalmol.2008.610.
8. Michaelides M, Kaines A, Hamilton RD, et al. A prospective randomized trial of intravitreal bevacizumab or laser therapy in the management of diabetic macular edema (BOLT study) 12-month data: report 2. *Ophthalmology*. 2010;117(6):1078-1086.e2. doi:10.1016/j.ophtha.2010.03.045.
9. Arevalo JF, Sanchez JG, Fromow-Guerra J, et al. Comparison of two doses of primary intravitreal bevacizumab (Avastin) for diffuse diabetic macular edema: results from the Pan-American Collaborative Retina Study Group (PACORES) at 12-month follow-up. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2009;247(6):735-743. doi:10.1007/s00417-008-1034-x.
10. Elman MJ, Bressler NM, Qin H, et al. Expanded 2-year follow-up of ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema. *Ophthalmology*. 2011;118(4):609-614. doi:10.1016/j.ophtha.2010.12.033.
11. Nguyen QD, Brown DM, Marcus DM, et al. Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase III randomized trials: RISE and RIDE. *Ophthalmology*. 2012;119(4):789-801. doi:10.1016/j.ophtha.2011.12.039.
- Do DV, Schmidt-Erfurth U, Gonzalez VH, et al. The DA VINCI Study: phase 2 primary results of VEGF Trap-Eye in patients with diabetic macular edema. *Ophthalmology*. 2011;118(9):1819-1826. doi:10.1016/j.ophtha.2011.02.018.
12. Chiquet C, Dupuy C, Bron AM, Aptel F, Straub M, Isaico R. Intravitreal dexamethasone implant versus anti-VEGF injection for treatment-naïve patients with retinal vein occlusion and macular edema: a 12-month follow-up study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2015;253:2095-2102. doi:10.1007/s00417-015-2947-9.
13. European Union's Committee for Medicinal Products for Human Use: Variation assessment report Ozurdex. 2014. :http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library.
14. Régnier, SA; Malcolm, W; Haig, J; Weiguang X. Cost-effectiveness of ranibizumab versus aflibercept in the treatment of visual impairment due to diabetic macular edema: a UK healthcare perspective. *Clin Outcomes Res*. 2015;7:235-247.
15. Smiddy WE. Clinical Applications of Cost Analysis of Diabetic Macular Edema Treatments. *Ophthalmology*. 2012;119(12):2558-2562. doi:10.1016/j.ophtha.2012.09.015.

SISTEMA DE INFORMACIÓN, REGISTRO Y EVALUACIÓN DE OBJETIVOS (SIREO)

Autor/es: DJ. Sánchez-Pardo^a, J. Pineada^a, F. Carrillo-Mendoza^a, A. Castro^b.

^aHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

^bHospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Autor responsable de la exposición: DJ. Sánchez-Pardo.

El Sistema de Información, Registro y Evaluación de Objetivos (SIREO) es el programa desarrollado para el seguimiento y evaluación de los objetivos en el Hospital Universitario Virgen del Rocío y en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Los pilares del programa se basan en la Gestión Clínica, entendida esta como un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

En el Contrato Programa (CP) que el Servicio Andaluz de Salud establece con sus centros asistenciales, se recoge la razón de ser de estos como SSPA y los valores que guían la actuación organizativa, así como, se establecen los objetivos internos y la asignación de recursos de los que se dispone para cumplirlos. Los centros, a su vez, han de establecer los respectivos Acuerdos de Gestión (AGC) con las distintas Unidades de Gestión Clínica de su centro, estableciéndose estos instrumentos como piezas clave para la transmisión de la estrategia organizativa a través de la fijación de objetivos.

Durante el proceso de evaluación se conoce el grado de consecución, la eficacia y el valor que aportan a la institución los objetivos establecidos, permitiendo conocer también el grado de desempeño de los profesionales. Dichos objetivos de CP y AGC además, tienen incidencia en el sistema de incentivos. El reto a abordar era optimizar la gestión de ambos sistemas de objetivos que contenían una cantidad de objetivos (algunos repetidos o relacionados entre sí) de forma que se mejorase la gestión, consecución y evaluación de los mismos. Para ello, se planteó un proyecto cuyo objetivo fue desarrollar e implantar desde los propios centros una herramienta de seguimiento y evaluación de los objetivos de CP y AGC.

El Método que seguimos para su desarrollo fue preguntarles a los profesionales implicados en el proceso sus requisitos funcionales y de información. Considerando estos aspectos, así como criterios de fiabilidad, fomento de la participación, transparencia y la reusabilidad de la información, desarrollamos la herramienta SIREO e implantamos el programa SIREO en 2016.

Hay que destacar, que la herramienta ya ha sido validada y utilizada en la evaluación de los objetivos 2016 tanto en el Hospital Universitario Virgen del Rocío como en el Hospital Universitario Virgen Macarena, habiendo contado en esa anualidad con 200 indicadores de CP y 1.772 de AGC.

Comunicaciones Orales

El programa en sí mantiene dos apartados diferenciados, por un lado los objetivos de CP y por otro el de los objetivos de los AGC. Internamente (con el perfil de administrador), es posible enlazar aquellos objetivos que sean coincidentes entre ambos objetivos con el fin de no tener que subir dos veces la misma información, y sobre todo establecer la conexión CP-AGC.

En este sentido, se pueden desagregar o asignar los objetivos de CP y enlazarlos con el objetivo establecido en el AGC, sin la necesidad de tener que evaluar dos o más veces este objetivo en cada uno de los AGC.

Esta reusabilidad de la información entre sistemas disminuye el tiempo técnico y errores asociados y sobre todo permite la asignación y trazabilidad de objetivos entre sistemas.

La interfaz del programa está desarrollada de forma sencilla, de forma que el usuario pueda encontrar la información relacionada con los objetivos que esté buscando a través de un sistema de filtros seleccionando por año, centro, UGC, Área y/o fuente.

Como resultado de la búsqueda nos dará aquello que hayamos seleccionado indicándonos el nombre del objetivo, el código, el indicador, el estado del objetivo (si está Abierto o Evaluado), los puntos, el peso y el valor alcanzado del mismo, pudiendo identificar de solo un vistazo si el objetivo está o no evaluado y si la evaluación es positiva (se marcarían en color verde) o es negativa (se marcaría en color rojo).

Para consultar alguno de los objetivos con mayor detalle, se tiene acceso directo a través del botón “ver” a toda la información asociada: fórmula del objetivo, el tipo de objetivo (común, específico o crítico), los límites establecidos, si la función es creciente o decreciente, la fuente de información, la periodicidad,...

Por otro lado, se dispone del módulo de evaluación, el cual en función de los límites establecidos proporciona en una escala del 0 al 10 el grado de consecución del objetivo y el valor que este obtiene en función del peso del objetivo.

En función de la periodicidad, podremos establecer una tabla en la que se irán guardando los resultados del objetivo y de los que podremos explotar tres tipos de gráficos que pueden facilitar el seguimiento del objetivo.

El programa sirve también de gestor documental pudiendo subir al mismo los informes necesarios tanto de evaluación como de alegación de los objetivos. A la vez que permite interactuar a los profesionales con el evaluador pudiendo escribir comentarios sobre la evaluación del objetivo.

Comunicaciones Orales

Como conclusiones podemos decir que:

- La herramienta desarrollada e implantada facilita el seguimiento y evaluación de los objetivos: mediante el seguimiento continuo del objetivo con cortes mensuales a objetivos anuales y el acceso a la aplicación desde cualquier ordenador del Hospital (está implementada en la Intranet).
- La información está ordenada, centralizada y disponible según el rol de los profesionales. La herramienta está diseñada con el fin de poder almacenar todo lo relacionado a la evaluación de un objetivo y que esta información sea visible o no en función del rol asignado.
- La herramienta facilita la gestión clínica de las unidades y de los centros: extracción de informes personalizados (por centro hospitalario, por Área, por UGC, etc.).
- El sistema ha permitido la disminución de tiempos de trabajo gracias a la posibilidad de cargar masivamente todos los objetivos, así como la posibilidad de cargar los resultados de los objetivos a través de una tabla Excel (ejemplo comparativo con otras herramientas que no permiten esta carga y que hay que subirlo todo objetivo por objetivo).
- Mejora de la participación continua y transparencia en la evaluación de resultados.
- Ha supuesto una Innovación Tecnológica y Organizativa identificada y desarrollada por el propio hospital.

ESTUDIO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN VALORES DE UNA POBLACIÓN DE CÓRDOBA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Autor/es: A. Castilla Melero^a, E.Gómez Gómez^b, A. Sánchez González^b, A.M. Blanca Pedregosa^b, M. Rich Ruíz^a.

^aDepartamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba.

^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Servicio de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Autor responsable de la exposición: A. Castilla Melero.

La incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio, siguen siendo la primera causa de morbimortalidad en la población adulta, sustentada en la existencia de distintos factores de riesgo, tales como la obesidad, hipertensión arterial, dislipemia, y glucemias altas, que conforman el denominado Síndrome Metabólico (SM). Estos factores de riesgo, junto con otros que están actualmente en estudio y los malos hábitos de vida (sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo) aumentan el riesgo de sufrir un evento cardiovascular adverso.

El diagnóstico del SM, definido como la acumulación simultánea de varios factores de riesgo cardiovasculares en un mismo individuo, es una entidad de creciente interés epidemiológico, clínico y terapéutico y donde la Enfermería de Atención Primaria (AP) juega un papel fundamental, tanto a nivel de investigación como en la clínica diaria a través de la promoción y prevención, el control y manejo intensivo de tales factores.

Según datos de la OMS, se cifra en más de 15 millones el número de muertes en todo el Mundo por causas derivadas de patologías cardiovasculares. España y Andalucía siguen el mismo patrón, uniéndosele a éste problema el creciente envejecimiento de nuestra población, estimándose que para el año 2050, los mayores de 65 años supondrán un 34% del total de la población española.

Es sabido que cada uno de los factores de riesgo definidos en el SM aumenta, por sí solo, el riesgo Cardiovascular. Además, numerosos artículos señalan cómo estos factores de riesgo actúan de manera sinérgica, y, por tanto, cuantos más factores de riesgo se den en una persona, mayor es el riesgo que tiene de morir a causa de una Enfermedad Cardiovascular (ECV). Los datos indican que la persona que lo padece tiene el doble de posibilidades de padecer una ECV en comparación con quien no lo padece y multiplica por 3 el riesgo de muerte Cardiovascular. Respecto al riesgo de padecer Diabetes Mellitus 2 es casi 5 veces mayor.

Comunicaciones Orales

Ya se ha considerado al SM como una pandemia propiamente dicha, incluso en países en desarrollo. Pero, más allá de sus repercusiones clínicas, el SM constituye un importante problema para la sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios, debido al aumento del uso de servicios y, por tanto, al costo económico que genera, pues los pacientes que lo presentan pueden ocasionar hasta el doble de gasto, en comparación al resto de población que no presenta ninguno de los factores de riesgo.

Por ello, el estudio se basó en estimar la prevalencia del SM en varones del área geográfica de Córdoba, según los criterios establecidos por Adult Treatment Panel III (ATP-III) así como determinar su posible relación con otros posibles factores de riesgo, con el fin de conocer la situación actual real de la población objeto del estudio en relación con el SM y poder optimizar el manejo clínico de estos pacientes utilizando las pautas y recomendaciones adecuadas.

Se trató de un estudio observacional descriptivo transversal que incluyó un total de 930 varones adultos provenientes de AP y atendidos en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. El período de estudio estuvo comprendido entre enero de 2013 y noviembre de 2015. Se tomaron mediciones antropométricas de peso, talla, perímetro abdominal, así como información sobre hábitos tóxicos. La analítica aportó datos sobre los niveles de glucosa en ayunas, triglicéridos, colesterol cHDL, uricemia y niveles de Testosterona. Los criterios diagnósticos del SM se definieron como la presencia de criterios de riesgo según la ATP-III. Se realizó un análisis descriptivo de la población y la prueba “*t de student*” y “*chi-cuadrado*” fueron utilizados para determinar las correlaciones entre las diferentes variables de estudio. Además, se realizó un análisis mediante curvas ROC de los principales factores asociados al riesgo de SM (IMC, edad, urato y testosterona). Finalmente, se efectuó un análisis de regresión logística multivariable para la determinación de la asociación del SM y las variables potencialmente relevantes. En el análisis se determinaron las Odds Ratio (OR), los respectivos IC 95% y el valor p de significación estadística.

Como resultados, obtuvimos que la media de edad fue de 65 años. El 49% presentaron sobrepeso y el 27% obesidad grado I. Un elevado número de pacientes tomaban alcohol (76%) y el 20 % eran fumadores. La hipertensión arterial (51%) y la hiperlipemia alterada o en tratamiento (58,4%) fueron los componentes más frecuentes. La prevalencia global del SM fue del 42% con presencia de tres factores y descendió para 4 y 5 factores (18% y 5%, respectivamente).

La presencia de SM correlacionó estadísticamente con una mayor edad ($p=0,001$), así como con un aumento del IMC ($p>0,000$). Ni el consumo de tabaco ni el de alcohol presentó diferencias para los pacientes con SM. En cambio, el valor medio de los factores IMC, testosterona y urato sí mostró diferencias estadísticamente significativas ($p<0,000$) para este grupo de pacientes.

Comunicaciones Orales

Las áreas bajo la curva (IC 95%) de los factores de riesgo con respecto al SM obtuvieron unos resultados para el IMC=0,74 (0,71-0,77), seguidos de los niveles de testosterona 0,63 (0,59-0,66), urato 0,63 (0,59-0,66) y de 0,56 (0,52-0,59) para la edad.

El análisis multivariado seleccionó al IMC 3,971 (2,956-5,335) $p<0,001$; la testosterona 2,030 (1,515-2,720) $p<0,001$, el urato 1,794 (1,341-2,400) $p<0,001$ y la edad 1,569 (1,173-2,099) $p<0,002$, como variables independientes con asociación al SM.

La prevalencia del SM en la población de estudio es superior a la media española que indica el Estudio ENRICA (23% según Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España) e incluso que los datos que arroja el Estudio DARIOS (mucho más restrictivo en cuanto a los puntos de corte de los criterios de riesgo), lo que induce a pensar que la avanzada edad del grupo de estudio, el sobrepeso y la presencia de otras enfermedades concomitantes pueden ser responsables de esta elevación. Por tanto, la identificación del SM y el correcto manejo de los pacientes a nivel de Enfermería de AP podrían tener una especial relevancia en esta área, que se podría traducir en una reducción de la morbi-mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, con la consecuente repercusión en los costes personales y materiales que ello conlleva.

En resumen, los resultados del estudio revelan una prevalencia elevada del SM (42%). Además, se ha encontrado asociación entre el SM y edades avanzadas, IMC altos, niveles de urato elevados y niveles de testosterona bajos. Todas estas variables se presentan como factores independientes asociados al SM para la población de nuestro estudio.

POOLED ANALYSIS: AN INDIRECT COMPARATIVE APPROACH IN INTENSIFICATION THERAPIES FOR T2DM PATIENTS

Autor/es: A. Ramírez de Arellano Serna.

European HEOR, Novo Nordisk, Madrid, Spain.

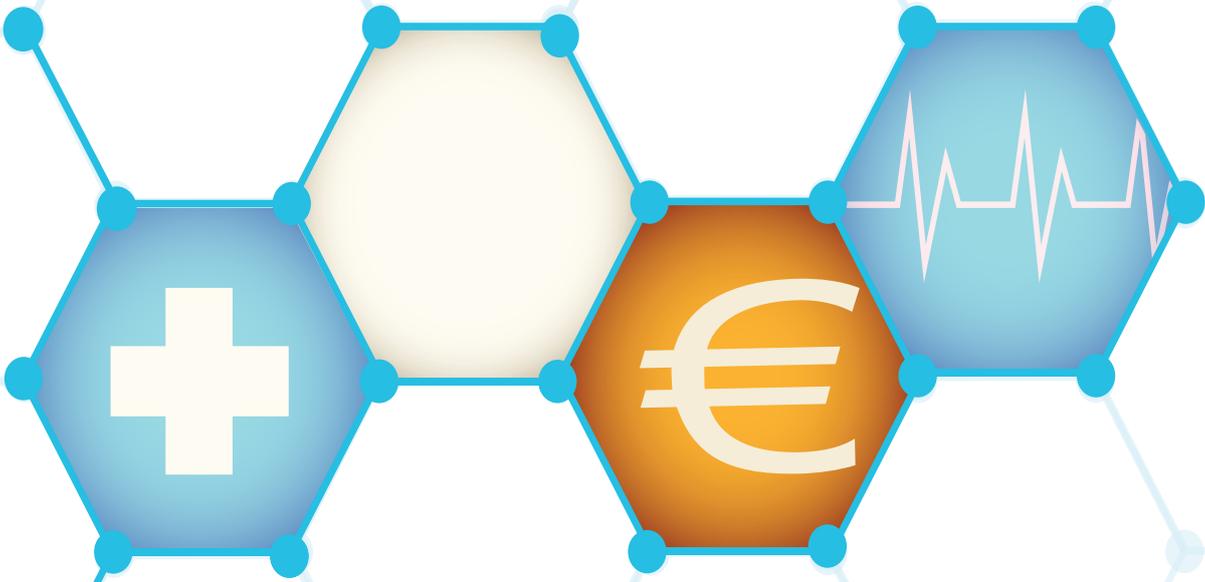
Autor responsable de la exposición: A. Ramírez de Arellano Serna.

IDegLira is a once-daily combination of insulin degludec (IDeg) and liraglutide. Trials directly comparing IDegLira with alternative strategies for intensifying basal insulin are ongoing. This analysis was performed to indirectly compare different strategies.

A pooled analysis of all available Novo Nordisk clinical trials was used to compare indirectly (1) IDegLira (N=199) with (2) addition of liraglutide to basal insulin (N=225); (3) basal/bolus (BB) insulin (insulin glargine [IGlar] + insulin aspart) (N=56); or (4) up-titration of IGlar (N=329). All trials had comparable inclusion/exclusion criteria, baseline characteristics and titration targets. Patient-level data were analyzed using multivariable statistical models.

For strategies 1–4, at end-of-study (26 or 52 weeks) change in A1C (%) was -1.7 , -1.3^* , -1.4^* and -1.0^* respectively; change in body weight (kg) was -2.9 , -3.5 , $+4.0^*$ and $+1.2^*$; mean daily basal insulin dose (U) was 37.8 , 36.6 , 62.4^* and 60.7^* ; confirmed hypoglycemia rate (events/100 patient-years) was 122.8 , 124.4 , 1060.8^* and 286.1^* ($*p<0.05$ vs. IDegLira). Responder rates were: with A1C $<7.0\%$: 64.7 , 47.1^* , 52.8 and 31.9^* ; with A1C $<7.0\%$ and no hypoglycemia: 45.6 , 35.5 , 5.0^* and 15.6^* ; with A1C $<7.0\%$ and no hypoglycemia or weight gain: 39.1 , 33.2 , 0 and 7.7^* . IDegLira was significantly better than strategies 3 and 4 for A1C reduction, weight reduction, insulin dose and hypoglycemia rate. Responder rates were greater with IDegLira versus strategy 4. Results with IDegLira were similar (most endpoints) or better than those for strategy 2.

These results suggest that IDegLira is more effective, with lower hypoglycemia rates, than up-titrated basal insulin or BB in patients uncontrolled on basal insulin.



POSTERS



RESOLUCIÓN TELEFÓNICA SOBRE CONSULTAS DE MEDICACIÓN. CONTRIBUYENDO A LA SOSTENIBILIDAD DEL SSPA

Autor/es: E. Frías Palma, MB. Ramos Rodríguez, M. Quero Haro, JJ. Cubillas Mercado.

Autor responsable de la exposición: E. Frías Palma.

Antecedentes:

Un gasto importante del SSPA, es el destinado a los tratamientos farmacológicos, en Salud Responde tenemos un servicio telefónico a través del cual se resuelven dudas sobre posología, interacciones, reacciones adversas, pauta del tratamiento...

Objetivo/s:

Al resolver las dudas de los usuarios conseguimos por un lado disminuir desplazamientos innecesarios a las consultas de Atención primaria o urgencias y aseguramos el correcto uso de la medicación, contribuyendo a la mejora de salud del paciente y ayudando a la sostenibilidad de la administración sanitaria.

Metodología:

El usuario llama a Salud Responde cuando tiene alguna duda sobre su tratamiento, el enfermero de Salud Responde entra en la historia del paciente en Diraya, estación clínica y BOT PLUS dando indicaciones claras al paciente sobre la posología, interacciones, duración y en algunos casos se puede realizar la prescripción enfermera, a través de Diraya.

Resultados:

Desde el inicio del servicio hasta la fecha se han resuelto más de 40.000 consultas sobre medicación.

Conclusiones:

Mediante la resolución de las consultas telefónicas realizadas por los usuarios, se reducen los desplazamientos a los C.S o urgencias, así mismo al conseguir adherencia al tratamiento disminuimos recaídas y nuevas consultas con su MAP, mejorando el control de la patología y la salud del paciente, todo esto es inversamente proporcional al coste para el SSPA.

Palabra/s clave: Gestión e innovación.

MODELO DE OPTIMIZACIÓN MULTICRITERIO PARA LA GESTIÓN ÓPTIMA DE CITAS MÉDICAS

Autor/es: M. A. Betancourt Odio, A. Lázaro Alquezar , A. Colino Fernández.

Autor responsable de la exposición: M. A. Betancourt Odio.

Antecedentes:

Un eslabón imprescindible para la mejora de los servicios hospitalarios lo constituye sin lugar a dudas la gestión eficiente de citas médicas.

Un eslabón imprescindible para la mejora de los servicios hospitalarios lo constituye sin lugar a dudas la gestión eficiente de citas médicas, cuyo objetivo fundamental se puede diluir en varias cuestiones:

1. Que la cita sea fijada lo antes posible.
2. Que el paciente tarde el menor tiempo en las instalaciones hospitalarias.

Es precisamente en estos dos aspectos en el que se ha centrado la presente investigación, ya que trabajos de campo realizados preliminarmente han puesto de manifiesto que, en última instancia, la gestión de citas médicas está informatizada, pero no optimiza los recursos disponibles y no garantiza un tiempo de espera conveniente para el paciente.

Objetivo/s:

Optimizar la gestión de las citas médicas.

Metodología:

La investigación realizada en el Hospital Clínico Quirúrgico de la Provincia Santiago de Cuba.

Este trabajo, conjuga el manejo de toda la información disponible en los centros hospitalarios referente a pacientes, médicos, tiempos de ejecución de pruebas médicas, y demás estadísticas, con los modelos de optimización multicriterios.

Resultados/conclusiones:

El análisis de las soluciones obtenidas ha permitido constatar que es posible en primer lugar no solo informatizar, sino automatizar el servicio de citas médicas en los hospitales y centros de salud, permitiendo una reducción del tiempo de espera de hasta un 75% respecto a las prácticas tradicionales. Con ello se logra mayor eficiencia en la gestión de citas médicas, que se traduce en un incremento de la satisfacción de la necesidades del paciente y un uso óptimo de los recursos.

Palabra/s clave: Gestión sanitaria.

PROYECTO REvisa. ESTUDIO DEL IMPACTO DEL SERVICIO DE REVISIÓN DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS (RUM) EN FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS

Autor/es: E. Gómez Bermúdez, N. García-Agua Soler, F. Jódar Sánchez, VJ. Baixauli Fernández, S. Bellver Beltrán, J. Velasco Martínez, P. Jiménez Moreno, M. Arranz Esteban.

Autor responsable de la exposición: E. Gómez Bermúdez.

Antecedentes:

La polimedición conlleva riesgos o consecuencias clínicas asociadas como la falta de adherencia terapéutica, efectos adversos, interacciones farmacológicas e incluso la muerte. El farmacéutico, a través de los servicios profesionales farmacéuticos (SPF) como el servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM), puede aumentar el conocimiento y adherencia que tienen los pacientes de sus medicamentos y así colaborar con su uso racional.

Objetivo/s:

Estudiar el impacto del servicio RUM en farmacias comunitarias españolas.

Metodología:

Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico realizado entre marzo y julio de 2016, en el que participaron 495 pacientes de 64 farmacias de todas las comunidades autónomas de España. Los farmacéuticos recibieron formación específica sobre el servicio RUM y la metodología del estudio. Las variables principales fueron conocimiento del paciente de sus medicamentos y adherencia terapéutica.

Resultados:

El 56,5% de los participantes fueron mujeres y el 43,6% hombres, siendo la media de edad de 66 años. Los pacientes tenían un bajo conocimiento de sus medicamentos: el 66% de los medicamentos no los conocen. Según el test de Morisky-Green, el 31,5% de los pacientes era incumplidor y el 68,5% cumplidores. Hubo derivaciones al médico (29%), a otros profesionales (3%) y a otros servicios farmacéuticos (65%). El coste medio de un RUM fue de 12,73 euros. El 98,5% de los participantes manifestaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio.

Conclusiones:

El estudio REvisa muestra como es necesario la implementación de un servicio RUM, debido al bajo conocimiento que tienen los pacientes sobre ellos, lo cual mejoraría no sólo la adherencia sino también la efectividad de los mismos y por tanto, el control de las enfermedades. Además, permite la derivación a otros servicios y/o profesionales lo que podría mejorar su atención sanitaria global.

Palabra/s clave: Uso racional del medicamento, determinantes de la utilización de los servicios sanitarios.

¿SON EFECTIVOS NUESTROS CENTROS DE RECONOCIMIENTO MÉDICO VALORANDO LA APTITUD PSICOFÍSICA PARA PERMISOS DE CONDUCCIÓN Y LICENCIAS DE ARMAS?

Autor/es: P. García-Forteza, FJ. Estebaranz García, MD. Heredia Civantos, A. Bermúdez Virgós, J. Rodríguez Ortega.

Autor responsable de la exposición: P. García-Forteza.

Antecedentes:

En España, la Administración delega en centros de reconocimiento (CR) de titularidad privada la función de reconocimiento de la aptitud psicofísica, si bien el seguimiento de su actividad es desigual según se trate de permiso de conducción o la licencia de armas (careciendo para estas últimas de la normativa y recursos previstos para permisos de conducción), aunque realice un control efectivo de la aptitud psicofísica informada por los CR cuando los cuerpos de seguridad del Estado detectan a titulares de permisos o licencias con una incapacidad manifiesta (trascendiendo a la prensa situaciones extremas), con especial gravedad cuando se trata de armas de fuego (en España se estima la posesión de 10,41 armas de fuego de propiedad privada en civiles -tanto lícitas como ilícitas-, cada 100 habitantes).

Nuestro Equipo realiza la valoración de la aptitud de los titulares de permisos de conducción y licencia de armas cuando es requerida por la autoridad administrativa de la provincia de Málaga a la que corresponde autorizar su empleo. Con frecuencia observamos discordancias entre la aptitud psicofísica certificada a los titulares de este tipo de permisos y licencias en los CR y la resultante de considerar la información obrante en los registros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), de manera que dispondrían de licencia o habilitación personas que no cumplirían los criterios de aptitud legalmente previstos. Dada la trascendencia social del problema, nuestro Equipo se propuso evaluar la efectividad de los CR en la valoración de la aptitud psicofísica para permisos de conducción y licencias de armas, describiendo las diferencias observadas en sendas valoraciones.

Objetivo/s:

Evaluar la efectividad de los centros de reconocimiento médico en la valoración de la aptitud psicofísica para permisos de conducción y licencias de armas, describiendo las diferencias observadas en sendas valoraciones.

Metodología:

Mediante un diseño transversal, se tomó una muestra representativa de titulares de permisos de conducción y licencia de armas calificados como aptos en la provincia de Málaga durante 2014 (363 informes para permisos de conducción y 626 para licencias de armas), evaluando la concordancia de la aptitud psicofísica informada por los centros con los registros del Servicio Andaluz de Salud. Se estimó la proporción de dichos titulares que no reunirían los requisitos legales de aptitud, analizando el origen de las discordancias en relación a la información que dispusieron los centros. Posteriormente, este diseño se extendió al resto de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Resultados:

En la provincia de Málaga, se estimó la discordancia en la valoración de aptitud psicofísica para permisos de conducción en 15,4% (IC 95%: 12,0 a 19,4), proporción 2,7 veces mayor para licencias de armas (41,4%), relacionándose el origen de la discordancia con la información que dispuso el centro más que a la calificación realizada por estos. En el Congreso se presentarán los resultados observados en toda Andalucía.

Conclusiones:

Es limitada la efectividad de los centros en la valoración de la aptitud psicofísica para permisos de conducción y, especialmente, para licencias de armas. Podría mejorar con un mayor seguimiento de su actividad, disponiendo de personal sanitario con formación adecuada y acceso a los registros asistenciales de los solicitantes.

Palabra/s clave: Gestión, efectividad.

EVALUACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DE CÁNCER DE MAMA EN LOS HOSPITALES REGIONAL UNIVERSITARIO Y VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Autor/es: P. García-Forteza.

Autor responsable de la exposición: P. García-Forteza.

Antecedentes:

Analizar la implementación del plan de mejora para el proceso asistencial integrado de cáncer de mama (PAI C.Mama) en el área hospitalaria de Málaga (HRU Málaga), en el contexto del Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios para evaluar los planes del SSPA.

Objetivo/s:

1. Evaluar el empleo de fuentes de datos administrativos para evaluar el PAI C. Mama.
2. Verificar el grado de implementación y la evaluación de los indicadores del PAI C. Mama en los hospitales de Málaga: HRU Málaga y Hospital Virgen de la Victoria (HVV).
3. Valorar el cumplimiento por la unidad de ambos hospitales de los requisitos de modelos europeos de acreditación.

Metodología:

Se analizó el registro de altas hospitalarias (CMBD) por cáncer de mama habidas entre 2008 y 2013 en los hospitales del SNS (n= 263.883) y del SSPA (n= 41.874), así como los datos del Registro de Cáncer de Andalucía correspondientes a la provincia de Málaga. Mediante entrevistas con los responsables del PAI C. Mama de los hospitales HRU Málaga y HVV, se verificó su grado de implementación y evaluación. Se verificó el grado de cumplimiento de los requisitos del modelo de acreditación de la Sociedad Europea de Mastología (EUSOMA) por la unidad de ambos hospitales de Málaga.

Resultados/conclusiones:

1. El número relativo de altas hospitalarias por cáncer de mama en los centros del SSPA entre 2008 y 2013 fue inferior a la media del SNS. La estancia media en el HVV fue claramente inferior a la observada en el HRU Málaga (con menor frecuencia de complicaciones). En éste se redujo el número de altas por cirugía de mama un 45% entre 2010 y 2013 (285 altas y las 2608 días de estancia menos en dicho periodo), resultado del plan de actuación implementado en 2010.
2. Aunque implementado en ambos centros, el seguimiento de los 12 indicadores previstos en el PAI C. Mama se realiza por la Dirección de Gerencia al evaluar el cumplimiento de los acuerdos de gestión con cada Unidad de gestión clínica, sin que dispongan los centros en la actualidad de registro específico.

Posters

3. Aunque ambos centros asisten una casuística que permitiría su acreditación por EUSOMA, precisarían reorganizar sus procesos para lograr la acreditación, así como implementar un sistema de gestión de la calidad y dotarse de un sistema de información para monitorizar los indicadores de calidad y para investigación.

Propuestas:

1. Empleo del CMBD de los hospitales para analizar la variabilidad de su práctica clínica, duración de las estancias, frecuencia de complicaciones, y para evaluar la efectividad de planes de actuación implementados.
2. Emplear Diraya AH como fuente de los indicadores previstos en el PAI C. Mama en todos los centros del SAS con Comisión de tumores (responsable de su registro). De lo contrario, se propone a la Consejería la revisión de los indicadores del PAI C. Mama (empleando fuentes viables de datos válidos para medir resultados en la salud de la población).
3. Resulta viable la acreditación por EUSOMA de la unidad de ambos hospitales de Málaga.

Palabra/s clave: Gestión, Innovación y Evaluación de los Servicios Sanitarios. Gestión sanitaria.

ANÁLISIS DE COSTES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO EN RESIDENCIAS SOCIOSANITARIAS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA. COMPARACIÓN DE MODELOS

Autor/es: AM. Algarra García.

Autor responsable de la exposición: E. Frías Palma.

Antecedentes:

La prestación farmacéutica a pacientes en residencias sociosanitarias españolas se basa en el RD16/2012, si bien cada Comunidad Autónoma ha regulado -o no- de forma independiente. Andalucía lo ha hecho a través del Decreto 512/2015. La prestación actualmente es ambulatoria (la realizan las oficinas de farmacia) y la nueva regulación la convierte en hospitalaria en residencias de más de 50 camas.

Objetivo/s:

Analizar los costes del servicio farmacéutico con Residencias Sociosanitarias de la provincia de Málaga.

Metodología:

Se ha cuantificado el coste actual de la prestación, el coste futuro, su comparación y se ha propuesto un sistema alternativo más económico. Se ha realizado un estudio bianual descriptivo de evaluación de costes del sistema actual en la provincia de Málaga. Como muestra, se han tomado 6 de las 128 residencias de la provincia (642 de las 7196 camas ofertadas) cuya facturación realiza una única oficina de farmacia. Se han obtenido los datos de facturación a residencias del total de la provincia. Y se han calculado los costes de personal futuros a soportar por la administración en el nuevo modelo. Con ello se ha obtenido el gasto actual y futuro al cambiar el modelo.

Resultados/Conclusiones:

Se determina que el modelo actual en la provincia genera un coste promedio mensual de 540.150,16 €. El modelo futuro generará un coste mensual de 443.226,03 € (ahorro de 96.924,13 €, un 17,94% menos). El coste del modelo propuesto sería de 430.498,38 € (ahorro de 109.651,78 €, un 20,30% menos). Estos resultados recomendarían adoptar el modelo propuesto en vez del modelo regulado por el decreto legislativo.

Palabra/s clave: Servicios sociosanitarios y dependencia. Gasto y financiación del sistema sanitario.

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA DE INTERCONSULTAS HOSPITALARIA DESDE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. FACTORES CONDICIONANTES

Autor/es: J. Carmona, J. Aranda, B. García, P. García Fortea.

Autor responsable de la exposición: P. García Fortea.

Antecedentes:

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial de la población, se firma cada año, Acuerdos de Gestión entre las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria y sus hospitales de referencia territorial.

Objetivo/s:

Evaluar la demanda de interconsultas hospitalarias de los profesionales de AP. Nos planteamos conocer los factores determinantes de la demanda de consultas desde los médicos de familia de la UGCs de Utrera Norte y Sur, a los profesionales del Hospital básico y sus desviaciones, caracterizar la relación entre la demanda y la oferta de las interconsultas y proponer Áreas de mejora.

Metodología:

Las dos UGCs de Atención Primaria atiende, con 32 Médicos de Familia, a una población de 58.000 habitantes. Se calculó las derivaciones, la justificación de las mismas y se analizó los factores internos de cada cupo (edad, urbano/rural, motivación, vía de formación, residentes si/no). Las desviaciones en las derivaciones y su comparación entre los cupos, se calculó, durante el año 2015, con el índice de derivaciones/TAES por mil, por cupo de médico de familia. Para la determinación de los factores externos con el hospital, se realizaron entrevistas semiestructuradas con los directores y médicos de familia de las 2 UGCs y se analizó el nivel de cumplimiento de los acuerdos. Sobre la justificación de las derivaciones desde atención primaria se analizó una muestra de Historias Clínicas. El grupo de trabajo realizó propuestas de mejoras centradas sobre las desviaciones no deseadas de los resultados.

Resultados:

Las dos unidades se desvían globalmente un 34% en las derivaciones, con un rango de 162,1 a 235,5 deriv. Por cada 1000 TAES. El 65,6% de los médicos de AP se desvían en más de 6 especialidades. Los factores internos fueron la falta de actualización y reciclaje, la falta de motivación y la falta de medios diagnósticos. En relación a los factores externos fueron: la no comunicación formal clínica y administrativa y coordinación, la posibilidad de solicitar pruebas diagnósticas, y el seguimiento de pacientes crónicos.

Conclusiones: Las UGCs de AP se desvían en las derivaciones a las consultas del hospital. Existe una gran variabilidad entre los cupos. Existen factores internos que determinan las desviaciones y deben ser trabajados por las unidades. Los factores externos que aumentan las desviaciones obligan a implantar medidas conjuntas, en relación a compartir conceptos comunes, historia clínica, recursos diagnósticos, protocolos y vías de comunicación interprofesional comunes. Se recomendó realizar sesiones formativas, análisis de la pertinencia de las derivaciones por patología más importantes y seguimiento periódico. Así como análisis de la pertinencia de las Altas del hospital, aumentar la capacidad de resolución de AP (Pruebas diagnósticas, teledermatología) y establecimiento de protocolos ausentes. Garantizar la comunicación clínica interprofesional y establecer programas informativos con la población.

Palabra/s clave: Gestión sanitaria.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UNA INTERVENCIÓN GUIADA O NO GUIADA DE TELEMEDICINA PARA LA DEPRESIÓN MAYOR: RESULTADOS DE UN ENSAJO CONTROLADO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor/es: N. García-Agua Soler, A.J. García Ruiz, F. Mayoral, P. Romero Sanchíz, R. Nogueira Arjona.

Autor responsable de la exposición: N. García-Agua Soler.

Antecedentes:

El programa 'Sonreír es divertido' guía al paciente a través de una intervención psicológica con monitorización continua y evaluación con 'feed-back' llevada a cabo por el propio paciente y por el profesional, mediante mensajes de texto que informa y valora la evolución del paciente y durante el desarrollo de la terapia.

Objetivo/s:

El objetivo es evaluar los costes y la efectividad de una intervención guiada o no guiada de telemedicina para la depresión mayor. Concretamente, es un análisis coste efectividad en la continuación de 12 meses del programa de telemedicina CBT "Smiling is fun" con (LITG) y sin el apoyo de psicoterapeuta (TSG) comparado al cuidado habitual.

Metodología:

La perspectiva utilizada es la social. Con una muestra de 296 pacientes con depresión (edad media de 43,04 años, 76% mujeres, puntuación media BDI-II = 22,37) desde atención primaria desde cuatro regiones españolas que se asignaron al azar en el ECA. Las perspectivas completas de caso e intención de tratar (ITT) se usaron para los análisis. Los resultados demostraron que ambas intervenciones de CBT-Internet mostraron un mejor ratio coste-utilidad y coste-efectividad en comparación con un grupo de control.

Resultados:

El análisis completo de casos reveló una razón costo-efectividad incremental (ICER) de € -169.50 y una relación costo-utilidad incremental (ICUR) de € -11389.66 para el grupo TSG y un ICER de € -104.63 y un ICUR de € -6380.86 para el grupo LITG. Los análisis de ITT encontraron un ICER de € -98.37 y un ICUR de € -5160.40 para el grupo TSG y un ICER de € -9.91 y un ICUR de € 496.72 para el grupo LITG.

Conclusiones:

En resumen, los resultados de este estudio indican que las dos intervenciones CBT basadas en Internet son apropiadas desde perspectivas tanto económicas como clínicas para pacientes deprimidos en el sistema español. Estas intervenciones no solo ayudan a los pacientes a mejorar clínicamente sino que también generan ahorros sociales.

Palabra/s clave: Coste efectividad.

EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Autor/es: J. Carmona Díaz-Velarde, A. Lesmes, B. García Vargas-Machuca, P. García Fortea.

Autor responsable de la exposición: P. García Fortea.

Antecedentes:

El 20% de las muertes ocurren ahora en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Frente al riesgo de futilidad en el empleo de recursos o de vulneración de la dignidad del paciente, la práctica de Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) garantizaría una muerte digna e indolora para los enfermos terminales.

La LET constituye una práctica de calidad tanto desde el punto de vista clínico, como ético y jurídico. La SEMICYUC define la LET como la omisión o y/o retirada de uno o varios tratamientos de soporte vital cuando se prevén inútiles o se han mostrado inútiles para conseguir los objetivos de salud del paciente. La Ley 2/2010 de Andalucía regula el ejercicio de los derechos de la persona durante el proceso de su muerte, los deberes del personal sanitario que atiende a estos pacientes, así como las garantías que las instituciones sanitarias estarán obligadas a proporcionar con respecto a ese proceso. La Consejería de Salud publicó, en el marco de la estrategia de Bioética del SSPA, un conjunto de recomendaciones sobre el proceso de LET en Cuidados Intensivos.

Objetivo/s:

Nuestro objetivo principal fue evaluar la práctica de la LET en la UCI del Hospital, y como secundarios: evaluar el protocolo local de LET y como se ajusta el protocolo de LET a las recomendaciones de la Consejería, así como estimar la incidencia de esta práctica en los pacientes fallecidos en un periodo y planteamos también el establecer medidas de mejoras que garanticen la LET.

Metodología:

El marco del estudio fue un hospital de 500 camas (14 en UCI) que atiende a 400.000 habitantes (en UCI ingresan entre 900 y 1.000 pacientes/año), entre 1/5/2014 y 30/04/2015.

Se recogió información, a través de un protocolo consensuado, mediante entrevista con los responsables de la UCI del hospital. Se auditaron 50 historias clínicas, procedentes de un muestreo sistemático de los pacientes fallecidos en este hospital durante el periodo de estudio, que tuvieron un episodio hospitalario y estancia en UCI. En las historias clínicas de pacientes en que se practicó LET, se evaluó el cumplimiento de las recomendaciones establecidas.

Se recomendaron medidas de mejora.

Resultados:

En este Hospital, se disponía de un protocolo de LET para los pacientes ingresados en UCI (que en un 65% se ajustaba a las recomendaciones de la Consejería de Salud sobre LET en Cuidados Intensivos), pero no para el resto de los pacientes atendidos.

La incidencia de LET en la UCI fue del 54%. En tales casos, la práctica seguida de LET cumplió con los estándares de la Consejería de Salud en un 77%. La comunicación al familiar apareció en la HC en el 88% de los casos. No obstante, ninguna de las propuestas de LET fue presentada en sesión clínica de la UCI, ni constaba el registro en la historia de los profesionales implicados.

Conclusiones:

Aunque el marco legal vigente en Andalucía diseñó un escenario propicio y adecuado para la correcta indicación y realización de la LET como práctica clínica de excelencia, existe aún un largo camino a recorrer hasta normalizar la indicación y realización de LET (especialmente en lo que se refiere a su registro y al seguimiento sistemático de todos los pasos que el protocolo diseñado).

Para asegurar el seguimiento del protocolo de LET en este Hospital, se recomendó la participación de los profesionales de la UCI (incluida Enfermería), manteniendo una evaluación periódica tanto de la incidencia de su empleo como del registro del protocolo.

Palabra/s clave: Gestión sanitaria. Práctica clínica.

HOSPITALIZACIÓN POTENCIALMENTE EVITABLE EN EL HOSPITAL INFANTA MARGARITA DE CABRA

Autor/es: M. Ramírez Baena, N. García-Agua Soler, F. Martos Crespo, I. Muñoz Gamiz, M. Vaquero Álvarez.

Autor responsable de la exposición: M. Ramírez Baena.

Antecedentes:

La coordinación entre niveles asistenciales, atención primaria y especializada, tiene como misión mejorar y evitar el deterioro o descompensación de patologías así como mejorar la calidad de vida. Si existe un término que a día de hoy englobe las tendencias en salud y en gestión sanitaria, es evitable. En este sentido, el término hospitalización potencialmente evitable (HPE), obedece al conjunto de diagnósticos en los que una AP efectiva y adecuada hubiera evitado un ingreso hospitalario (en inglés ambulatory care sensitive conditions, ACSC).

Objetivo/s:

Conocer la tasa de hospitalización potencialmente evitable (HPE), sus características sociodemográficas y procedencia, además de calcular la estancia media hospitalaria.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal, sobre el porcentaje de hospitalizaciones evitables según el listado validado para España.

Resultados:

En el período estudiado, 2011-2015, hubo un 11% de HPE. La media de edad es de 70,5 (± 20) años, representando un 56,6% el género hombre y un 43,4% la mujer. El diagnóstico que mayor número de HPE es insuficiencia cardíaca - no especificada (1.502), seguido de neumonía - organismo no especificado (788). La estancia media ha sido de 7,2 ($\pm 7,9$) días. Más del 90% (91,9%) acceden por área de urgencias.

Conclusiones:

A pesar del bajo porcentaje de admisiones de HPE, intervenciones orientadas a una prevención primaria, diagnóstico precoz y cumplimiento terapéutico podrían reducir este tipo de ingresos y una distribución de recursos más adecuada.

Palabra/s clave: Hospitalización, Atención Primaria, Enfermedades crónicas, Estancia hospitalaria, Gestión sanitaria.

ESTUDIO SOBRE LA INCORPORACIÓN A LA VIDA LABORAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO

Autor/es: AC. Montesinos Gálvez, AJ. García Ruiz, F. Jódar Sánchez, F. Martos Crespo, N. García-Agua Soler.

Autor responsable de la exposición: AC. Montesinos Gálvez.

Antecedentes:

La vuelta al mundo laboral representa el último escalón del proceso adaptativo que la persona ostomizada necesita realizar para reorganizar su vida. Ello mejora la autoestima, normaliza sus vidas, contribuye a la economía familiar y les hace sentir útiles, ayudando a mejorar su calidad de vida. Pese a esto, se contempla escasamente en los programas de cuidado de estas personas y hay pocas investigaciones centradas en este aspecto.

Objetivo/s:

Realizar una descripción completa de la situación laboral de personas con ostomías digestivas de eliminación. Conocer en qué medida y condiciones retornan a la actividad laboral previa, las dificultades encontradas o como afecta su calidad de vida, además, conocer las principales circunstancias de aquellos que no lo logran.

Metodología:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal retrospectivo. La población de estudio serán pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía General y Digestiva del Hospital Regional de Málaga durante el año 2014, a los que se le ha realizado una ostomía digestiva de eliminación, con seguimiento en la consulta de estomaterapia de dicha UCG y que cumplan los criterios de inclusión establecidos. Las variables estudiadas son: variables sociodemográficas, clínicas, laborales y calidad de vida (calidad de vida relacionada con la salud y la específica del ostomizado). Este trabajo contempla también la actividad laboral no remunerada como el trabajo doméstico realizado por miembros de la familia y la formación reglada, estudiantes. La recogida de datos se realizará mediante cuestionario de elaboración propia además de cuestionarios de calidad de vida SF-12 v2 y Montreaux. Para el análisis de variables cuantitativas utilizaremos: media, desviación estándar e intervalo de confianza. Para las variables cualitativas: frecuencia y proporción.

Resultados/Conclusiones:

Los resultados generarán conocimiento y sensibilizarán sobre la importancia de la inclusión laboral en el proceso de rehabilitación del ostomizado, influyendo positivamente en la práctica profesional

Palabra/s clave: Ostomía.

LICITACIÓN DE MEDICAMENTOS. ANÁLISIS DE LA GESTIÓN, IMPACTO Y OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN MÁLAGA

Autor/es: D. López Campos, N. García-Agua Soler.

Autor responsable de la exposición: D. López Campos.

Antecedentes:

En el marco de una prestación farmacéutica centralizada para el Sistema Nacional de Salud, se pone en marcha en Andalucía en el año 2011 un sistema de licitaciones públicas para seleccionar los medicamentos a financiar y disminuir el gasto farmacéutico, por primera vez en España. Este trabajo, mediante el análisis pormenorizado del sistema y su actualidad y apoyado por la opinión de los profesionales sanitarios de la provincia de Málaga, pretende poner de manifiesto, en última instancia, la potencial necesidad de futuros estudios que analicen más en profundidad el impacto sanitario sobre los pacientes.

Objetivo/s:

Analizar la gestión, impacto y opinión de los profesionales sanitarios sobre la licitación de medicamentos.

Metodología:

Análisis de la legislación vigente y seguimiento de la actualidad del tema. Dos cuestionarios cerrados, de creencias, sin validación estadística y con preguntas de respuesta cerrada a Farmacéuticos Comunitarios y Médicos de Atención Primaria, respectivamente.

Resultados:

Registradas las respuestas de 135 farmacéuticos comunitarios y 56 médicos de atención primaria.

El 51,8% de los médicos encuestados conoce el sistema sólo porque ha “oído hablar” de él. De media, el 95% de los farmacéuticos y aprox. el 60% de los médicos encuestados ve el sistema no beneficioso ni equitativo, no cree que ayude a mejorar la calidad de dispensación ni que se hayan disminuido los cambios en la presentación dispensada, no ve excepcionales los problemas de abastecimiento y no cree que existan medidas ágiles para solucionarlos.

En torno al 90% de los farmacéuticos y al 80% de los médicos encuestados afirman haber observado errores en la medicación, falta o pérdida de adherencia al tratamiento y casos de no control de las patologías de los pacientes; todo ello debido a los cambios sucesivos en la presentación dispensada.

El 91,1% de los farmacéuticos afirma que el sistema ha supuesto repercusiones negativas en sus farmacias.

El 82,1% de los médicos preferiría prescribir por marca para evitar problemas a sus pacientes.

El 67,4% de los farmacéuticos y el 44,6% de los médicos encuestados no cree que los productos de estos “nuevos” laboratorios cumplan los estándares de calidad, seguridad y eficacia.

Conclusiones:

La opinión, generalmente negativa en médicos y especialmente en farmacéuticos, sobre el sistema de licitación; y la aparente desconfianza que generan los “nuevos” laboratorios y sus productos en médicos y farmacéuticos. El impacto en los pacientes, debido a los cambios en la presentación dispensada secundarios a los problemas de abastecimiento y al funcionamiento del sistema, y de acuerdo con los profesionales, podría estar siendo mucho mayor del esperado por la Junta.

Se evidencia la necesidad de estudios que analicen más a fondo el impacto producido por el sistema en los pacientes.

Palabra/s clave: Evaluación de Políticas de Salud. Gasto y Financiación del Sistema Sanitario.

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y EFICIENCIA EN CENTROS SANITARIOS: ADAPTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA CORPORATIVA A UN CONTEXTO LOCAL

Autor/es: E. Hernández Torres, J.L. Navarro Espigares, E. Martínez Martínez, F.J.M. Pérez Carrascosa.

Autor responsable de la exposición: E. Hernández Torres.

Antecedentes:

En el marco presupuestario de la actividad sanitaria pública el mantenimiento de las actuales carteras de servicios sin presiones al alza sobre los costes ha dado lugar a diferentes formas organizativas en distintos ámbitos. En el Servicio Andaluz de Salud (Andalucía, España) se han creado Plataformas Logísticas Sanitarias (PLS), que asumen para todos los centros sanitarios públicos de cada provincia las funciones propias del proceso logístico. La PLS de Granada incorpora la “Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías”, con el objetivo de ofrecer una metodología estructurada que permita la homogeneización de tecnologías en los diferentes centros adscritos a la PLS Granada. El objetivo de este trabajo es presentar la “Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías” y mostrar los principales resultados desde su constitución.

Objetivo/s:

Presentar la “Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías” y mostrar los principales resultados desde su constitución.

Metodología:

Se describe la organización de la “Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías” y se presenta un análisis descriptivo de los principales resultados desde su constitución.

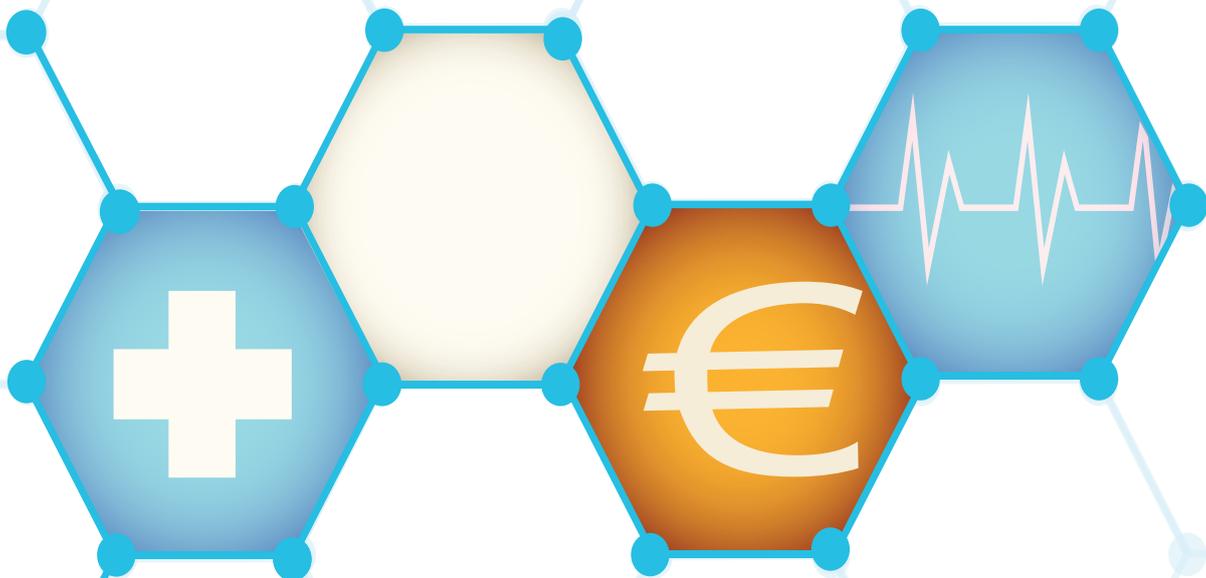
Resultados:

La Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías de la PLS Granada se constituye en el año 2013, y unifica las comisiones existentes en los diferentes centros de la provincia. Con un modelo organizativo de comité interno esta Comisión dirige sus recomendaciones tanto a la práctica clínica como la toma de decisiones en gestión.

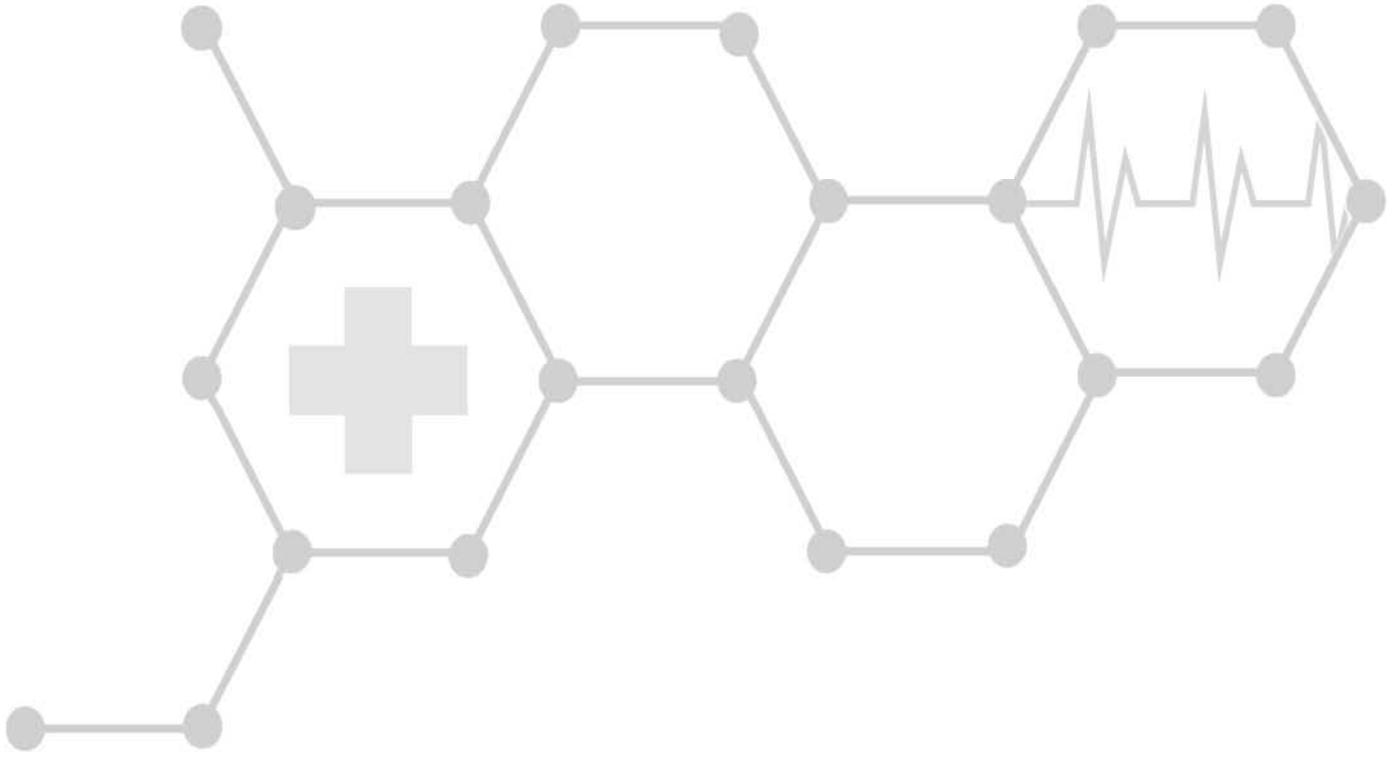
Conclusiones:

La Comisión Provincial de Nuevas Tecnologías de la PLS Granada ofrece una metodología estructurada y homogénea para el análisis de tecnologías sanitarias en centros de toda la provincia para su inclusión en el catálogo hospitalario.

Palabra/s clave: Evaluación económica, Nuevas tecnologías sanitarias.



**ANEXO 1
COMITÉS**



Anexo 1

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE:

Prof. Dr. Antonio J. García Ruiz . Profesor titular de Farmacología Clínica de la Universidad de Málaga, Facultad de Medicina. Codirector del Master de Economía de la Salud, Uso Racional del Medicamento y Gestión sanitaria de la Universidad de Málaga.

MIEMBROS:

Prof. Dra. Francisca Leiva Fernández. Profesora del Master de Economía de la Salud, Uso Racional del Medicamento y Gestión sanitaria de la Universidad de Málaga.

Prof. Dr. Manuel Correa Gómez . Prof. Economía, Universidad de Granada.

Prof. Dr. Jaime Martín Martín. Prof. Terapia Ocupacional, UCAM.

Prof. Dra. Leticia García Mochón. Prof. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Prof. Dr. Antonio Olry de Labry Lima. Prof. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Prof. Dra. Clara Bermúdez Tamayo. Prof. Escuela Andaluza de Salud Pública.

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTES:

Manuel Ruiz-Adame Reina. Presidente Asociación Antiguos Alumnos del Máster de Economía de la Salud (AMES).

Joan Carles March Cerdá. Director Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

MIEMBROS:

Araceli Caro Martínez. Coordinadora. Área de Servicios y Profesionales de la Salud EASP.

María González Piña. Vicepresidenta. Formación AMES.

Francisco Pérez Carrascosa. Vicepresidente. Relaciones con los asociados AMES.

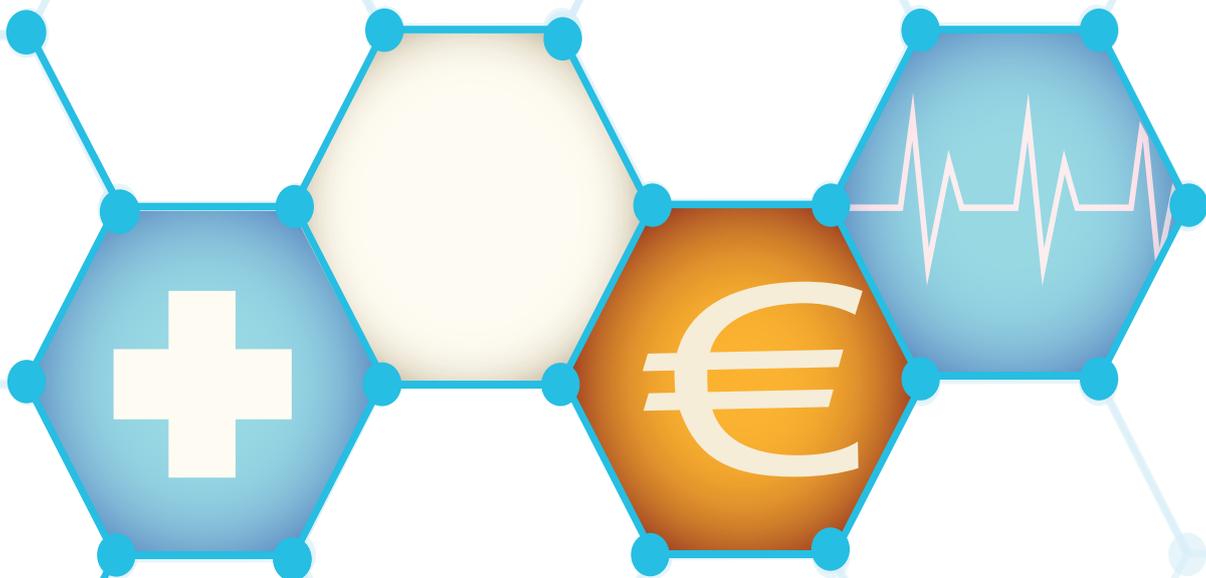
Soledad Jiménez Fernández. Secretaria AMES.

Manuel Correa Gómez. Tesorero AMES.

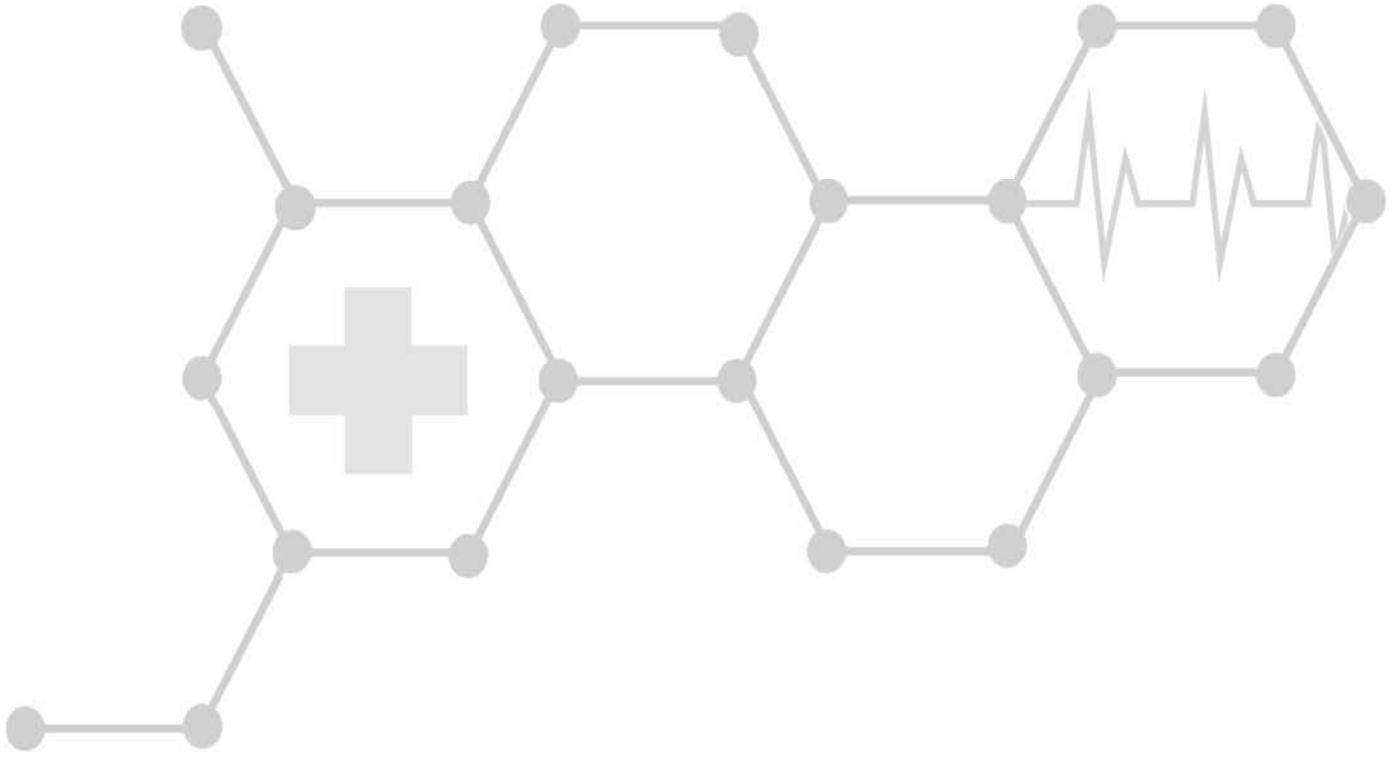
Nuria García-Agua Soler. Vocal AMES.

Eloísa Fernández Fernández. Vocal AMES.

Desireé Torres Ortega. Asociada AMES.



ANEXO 2
PROGRAMA DEL CONGRESO



I CONGRESO ECONSALUDSUR

EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

MÁLAGA, 9 Y 10 DE JUNIO DE 2017
RECTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE
MÁLAGA



Solicitada la Acreditación a la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) y el Reconocimiento de Interés Científico de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Organizan



JUNTA DE ANDALUCÍA

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



A³ MES

PROGRAMA

VIERNES 9 DE JUNIO

16:00 horas. La posición de la Economía de la Salud y la Formación en este ámbito en España. Innovaciones organizativas y tecnológicas para la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial.

Manuel Ruiz-Adame Reina. Presidente AMES.

Joan Carles March Cerdá. Director EASP.

De 16:30 a 17:45 horas. Mesa 1. Innovaciones organizativas y tecnológicas para la mejora de la eficiencia y la calidad asistencial. Modera: Francisco Jódar Sánchez. Técnico Estructura Central de Apoyo a la investigación. Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla

* Desarrollo, implantación y evaluación de un sistema de mejora en la eficiencia en una unidad de cuidados críticos.

Concha Martínez-Brocal Ogáyar. Jefa de Servicio de Farmacia y Compras del Hospital Vithas Xanit Internacional.

* Sostenibilidad y calidad del sistema sanitario español.

Emilio Ignacio García. Profesor titular de la Universidad de Cádiz.

* Salud Responde: Las TIC y la innovación al servicio de una sanidad sostenible.

José María González Conejo. Director Salud-Responde en EPES.

* Análisis económico de una estrategia preventiva para la poliquistosis renal autosómica dominante.

José Luís Navarro Espigares. Subdirector de control de operaciones del Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

De 17:45 a 18:15 horas. Coffee-Break

De 18:15 a 19:15 horas. Comunicaciones tipo Póster: Análisis y evaluación de protocolos y actuaciones en Sanidad y sus resultados en Salud.

De 19:15 a 20:30 horas. Comunicaciones Orales: La economía de la Salud desde su perspectiva más actual.

21:00 horas. Aperitivo nocturno

SÁBADO 10 DE JUNIO

De 10:00 a 11:30 horas. Mesa 2. La evaluación económica de medicamentos como herramienta de gestión: financiación, inclusión y toma de decisiones. Modera: M^o Luz González Álvarez. Profesora doctora del departamento de Economía Aplicada y Co-directora de la Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga.

* El papel de la evaluación económica en la financiación de medicamentos en la UE: ¿Podemos aprender algo de nuestros vecinos?

Jaime Espín Balbino. Profesor en la Escuela Andaluza de Salud Pública.

* Informes de Posicionamiento Terapéutico: perspectiva desde un servicio sanitario público.

Emilio Jesús Alegre del Rey. Especialista en Farmacia Hospitalaria en el Hospital Universitario de Puerto Real y representante de Andalucía en Informes de Posicionamiento Terapéutico.

* Guía GÉNESIS para la evaluación económica como herramienta de apoyo a la toma de decisiones.

Sandra Flores Moreno. Farmacia Hospitalaria en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

De 11:30 a 12:00 horas. Coffee-Break

De 12:00 a 13:15 horas. Mesa 3. Eficiencia en las organizaciones sanitarias y búsqueda continua de la calidad. Modera: Araceli Caro Martínez. Coordinadora del Área de Gestión de Servicios y Profesionales de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.

* Cómo innovar en salud sin morir en el intento.

Manuel Bayona García. Gestor Sanitario.

* Calidad y eficiencia de la colaboración público-privada en los sistemas sanitarios.

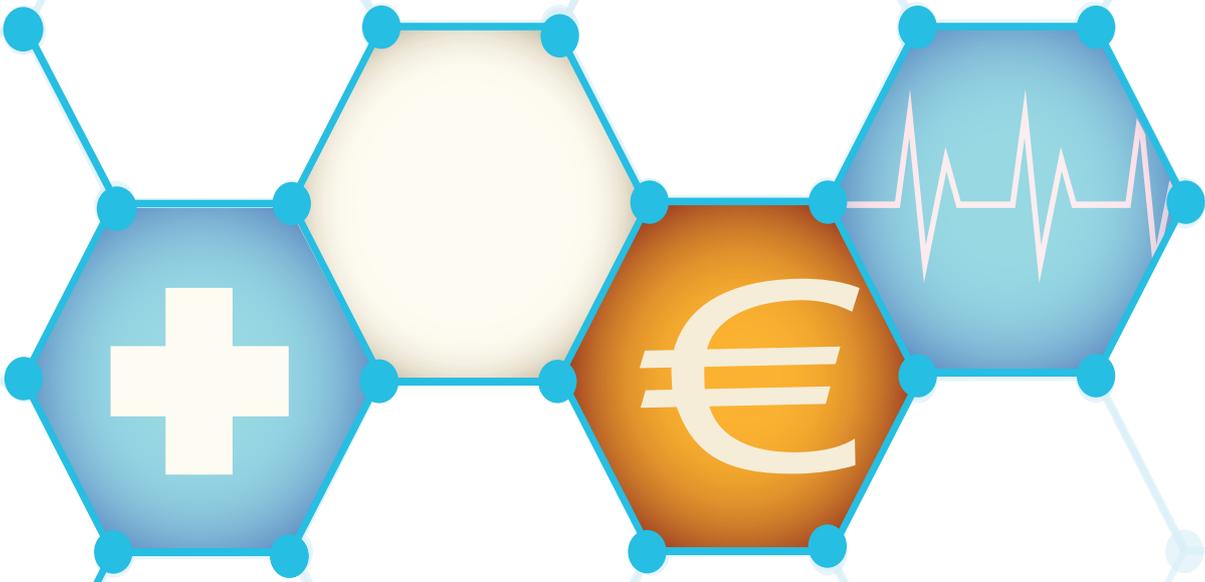
Jesús Burgos Perraut. Director del Complejo Hospitalario Integral Privado de Málaga y Presidente de la Asociación de Hospitales Privados de Málaga.

* El valor de la diferencia: eficiencia y calidad.

José Manuel Martín Vázquez. Director Médico del Hospital Vithas Xanit Internacional.

De 13:15 a 14:45 horas. La evaluación económica: una herramienta para la mejora de la asistencia sanitaria en todas sus vertientes.

David Cantarero. Director del Máster en Economía de la Salud de la Universidad de Cantabria. Miembro de la Junta Directiva de la AES.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Asociación de Antiguos Alumnos
Máster de Economía de la Salud
Universidad de Málaga