

Osteba

BERRIAK 45



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Osasun Teknologien Ebaluazioa
Evaluación de Tecnologías Sanitarias
2005ko MARTXOA / MARZO 2005

Informe OCDE

Sistema para obtener gasto sanitario homogéneo y comparable en los países de la OCDE

2

Implementación de Guías de Práctica Clínica

Se hace necesario investigar sobre estrategias de implantación teniendo en cuenta los diferentes tipos de barreras y de factores modificadores de efectos

3

Evidencia en la práctica

Análisis de los factores que influyen en la adopción de la investigación clínica en la toma de decisiones en Atención Primaria

3

Informe Osteba

Evaluación de la seguridad, la efectividad y la precisión diagnóstica de las distintas técnicas de Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) para prevenir síndrome de X frágil y otras enfermedades genéticas en la descendencia de personas portadoras

4

Investigación cualitativa y revisiones sistemáticas IKERKETA KUALITATIBOA ETA BERRIKUSKETA SISTEMATIKOAK

La Investigación Cualitativa (IC) se caracteriza por estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Para ello, la IC se sirve de aquellos materiales empíricos: entrevistas, observaciones, textos, experiencias personales, etc. que mejor describen las situaciones y lo que significan en las vidas de los individuos.

Aunque esta metodología investigativa es profusamente utilizada en el entorno de las ciencias sociales desde hace muchos años, en el ámbito de la salud pública y la investigación en servicios de salud tiene todavía una penetración limitada a pesar de su reconocida utilidad. En este sentido, una reciente editorial del British Medical Journal alude a su pertinencia y complementariedad a los métodos cuantitativos en el contexto de las revisiones sistemáticas. Su marco de actuación, en lo que respecta a las revisiones sistemáticas, incide en:

- La identificación y concreción de las preguntas de investigación.
- La identificación de resultados relevantes y contribuir a su explicación
- Contribuir a explicar los hallazgos de una síntesis cuantitativa.
- Mejorar la interpretación y aplicabilidad de las recomendaciones de las revisiones.

Sin embargo, presenta debilidades metodológicas que explican su infrautilización como son la dificultad de su identificación y búsqueda en las bases de datos (escasez de buscadores y filtros adecuados) y los problemas para valorar su nivel de calidad. El avance en estos aspectos contribuirá a su difusión que sin duda redundará en beneficio de pacientes, clínicos y gestores.

Ikerketa kualitatiboaren (IKen) ezaugarria fenomenoak beren testuinguruan ikertzea da; beraz, fenomenoen zentzua edo interpretazioa bilatzen saiatzen da, pertsonen fenomenoari ematen dizkieten esanguretatik abiatuz. Horretarako, IK-ek material empirikoz baliatzen da, hots, gizakien egoerak eta egoera horiek gizakien bizitzetan duten balioa ondoen deskribatzen dituzten material empirikoez: elkarriketak, oharak, testuak, esperientzia pertsonalak, eta abarrez...

Nahiz eta ikerketa-metodologia hori duela urte asko gizarte-zientzietan anitz erabilia izan eta ospe handia eduki, osasun publikoan eta osasun zerbitzuen ikerketan, berriz, ez da asko erabiltzen, bere erabilgarritasuna frogatuta egon arren. Zentzu honetan, British Medical Journal-eko oraintsuko editorial batek dioenez, IK pertinentea da eta metodo kuantitatiboaren osagarria, berrikusketa sistematiakoaren arloan. Berrikusketak sistematiakoari dagokionez, IKek eragina duen ekintza-eremuak, honakoak dira:

- Ikerketa-galderen identifikazio eta zehaztasuna.
- Emaitza aipagarrien identifikazioa eta beren azalpena ematen laguntzea.
- Sintesi kuantitatibo baten emaitzak azaltzen laguntzea.
- Berrikusketen gomendioen azalpena eta aplikagarritasuna hobetzen laguntzea.

Edozein kasutan ere, IKek ahultasun metodologikoak ere baditu, eta horiek dira erabilera eskasaren arrazoia, zeren, batetik zaila da bere identifikazioa eta bilaketa datu-baseetan (bilatzaileen eta iragazki ego-kien eskasia dago) eta, bestetik, arazoak daude bere kalitate-maila ebaluatzeko. Ahultasun horiek zuzenduko diren neurrian, IKen hedapena hobea izango da, paziente, kliniko eta kudeatzaileen onerako.

AGENDA

25-28 octubre

22 ISQUa International Conference. Innovating for quality
<http://www.isqua.org>
Vancouver

5-7 diciembre

G-I-N's 3rd annual conference "Evidence in Context"
<http://www.g-i-n.net>
Lyon (Francia)

13 de febrero

3rd HTAi Annual Meeting 2006
Fecha final de envío de resúmenes
<http://www.htai.org>
Adelaida (Australia)

2-5 julio

3rd HTAi Annual Meeting 2006
<http://www.htai.org>
Adelaida (Australia)

6-9 julio

6th European Conference on Health Economics 2006
<http://www.eche2006.com>
Budapest (Hungria)

ÚLTIMAS PUBLICACIONES RECIBIDAS

AETS-ISCIH

- Ablación por radiofrecuencia del carcinoma hepatocelular y otros tumores hepáticos. 2004.
- Investigación priorizada en evaluación de tecnologías sanitarias. 2004.
- PET-TAC: Indicaciones, revisión sistemática y meta-análisis. 2004.
<http://www.iscii.es>

AHFMR

- A systematic review of the social, ethical, and legal dimensions of genetic cancer risk assessment technologies. 2004.
- Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. 2004.
- Workshop summary knowledge-brokers linking researchers and policy makers. 2004.
- Evidence for the benefits of telecardiology applications: A systematic review. 2004.
- Low level laser therapy for wound healing: An update. 2004.
- Living donor liver transplantation in children. 2004.
<http://www.ahfmr.ca>

BRISTOL-MYERS, SEMG, SEMERGEN, SER, SERMEF, SECOT

- Guía de práctica clínica en artrosis de rodilla. 2003.

CETS-AETMIS

- Health care technology at home. Issues in organization and delivery in Quebec. 2004.
<http://www.aetmis.govtq.ca/fr/>

INFORME OCDE

SISTEMA DE CUENTAS DE LA SALUD EN EL ESTADO ESPAÑOL -SHA

Ante la necesidad de disponer de datos estadísticos de gasto sanitario homogéneos y comparables, la OCDE elaboró un manual "A System of Health Accounts (SHA)" en el año 2000. Desde entonces los países de la OCDE han venido elaborando sus cuentas de la salud en base a esta metodología. Actualmente se dispone de datos de 13 países: Australia, Canadá, Dinamarca, Alemania, Hungría, Japón, Korea, Méjico, Holanda, Polonia, España, Suiza, y Turquía.

El Sistema de Cuentas de la Salud (SHA), proporciona un conjunto de datos coherentes y comparables internacionalmente, así como una base conceptual para el desarrollo de las estadísticas de gasto sanitario, proponiendo para su ordenación la "Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA)", que abarca 3 dimensiones: la financiación del gasto (¿quién paga?); los proveedores de los servicios sanitarios (¿quién realiza el servicio?); y las funciones de la atención de la salud (¿qué servicios se prestan?). Cuando el nivel de desagregación lo permite se añade una 4ª dimensión: el modo de producción (¿cómo se presta el servicio?).

En el caso de España, las ventajas de la clasificación de la OCDE en relación a la clasificación anterior [Cuentas Satélite- Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP)], son las siguientes:

Distingue entre funciones básicas de la atención sanitaria y funciones relacionadas con la salud (gasto medioambiental, servicios sociales, etc). Además, desagrega el gasto no sólo por funciones (curativa, rehabilitación, servicios auxiliares..) sino también por modos de producción (hospitalización, hospital de día, consultas externas, atención domici-

liaria...), realiza cruces entre las diversas clasificaciones, posibilita la comparación internacional e incorpora el gasto sanitario privado.

Se dispone de datos, referidos al Estado, de los años 1999 y 2001, así como de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) de 1997 y 1999. Tal y como se recoge en la tabla 1 y según datos referidos a 1999:

- El gasto sanitario estatal en % del PIB, fue del 7,5%, superior al de la CAPV del 6,1%.
- El 72,2% del gasto sanitario estatal se financia públicamente frente al 76% de la CAPV
- Analizado por funciones, el 64% del gasto sanitario estatal se destina a asistencia curativa y de rehabilitación frente al 59% de la CAPV. Los productos farmacéuticos y médicos representan el 25% en el Estado frente al 23% de la CAPV. Los servicios sanitarios auxiliares suponen más del doble en la CAPV respecto al Estado.

A nivel estatal y según datos mas recientes del 2001:

- La financiación privada del gasto sanitario ha aumentado del 27,8% en 1999 al 28,5% en el 2001.
- En el sector público los hospitales son los principales proveedores (50% del gasto corriente), mientras en el privado lo son las consultas de especialistas y/o dentistas (48,2%).
- Según el modo de producción, el gasto en atención ambulatoria esta aumentando, mientras el gasto de hospitalización disminuye.
- El gasto en farmacia representa el 23,8% del gasto corriente en el sector público, y el 21,1% en el privado.

Aun quedan por resolver algunas dificultades metodológicas y de disponibilidad de datos, tales como: la dificultad de desagregación por modo de

Tabla 1. Gasto sanitario funcional (%). Año 1999

	Función	CAPV	Estado Español
HC.1 y 2	Asistencia sanitaria curativa y de rehabilitación	58,9	63,7
HC.3	Servicios de atención de larga duración	1,9	2,0
HC.4	Servicios sanitarios auxiliares(laboratorio, transporte...)	7,6	3,2
HC.5	Productos farmacéuticos y médicos (pacientes externos)	22,9	24,7
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	2,0	1,3
HC.7	Administración y aseguramiento sanitario	3,4	2,1
	No clasificada	0,5	0,1
	GASTO SANITARIO CORRIENTE	97,2	97,1
HC.R.1	Formación bruta de capital	2,8	2,9
	GASTO SANITARIO TOTAL	100,0	100,0
	Gasto sanitario en % PIB	6,1%	7,5%
	% gasto público sobre total gasto sanitario	76%	72,2%

Fuente: EUSTAT y OCDE "SHA Based Health Accounts" (Spain)
Informe OCDE disponible en:
<http://www.oecd.org/dataoecd/33/20/33733745.pdf>

producción, la estimación del gasto sanitario de las instituciones de servicios sociales, la necesidad de mejorar los sistemas de información sanitaria para conseguir datos homogéneos de las comunidades autónomas (CCAA) a partir del 2002, así como desagregar el gasto sanitario privado.

Bibliografía/Referencia:

- Relaño Toledano, Jorge and García Calatayud, María Luisa. OCDE Health Technical Papers 11.SHA- Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Spain. National Health Accounts 2001.
- La Cuenta de la Sanidad de la C.A. de Euskadi 1999. EUSTAT



UTILIZACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

INVESTIGACIÓN EN ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN

Diversos sistemas sanitarios están trabajando en la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC) de calidad, lo que significa que sus recomendaciones están basadas en la evidencia y que tienen en cuenta aquellos aspectos del contexto que permiten su aceptación por parte de profesionales y pacientes.

Estos esfuerzos se realizan desde la convicción de que dichas guías tienen un potencial de mejora de la atención a los pacientes, ya que promueven intervenciones cuyo beneficio está probado y desaconsejan aquellas que son inefectivas o poco seguras.

Sin embargo la elaboración e introducción de las guías tienen un coste que en ocasiones podría ser superior a los beneficios esperados. Evitar la elaboración "de novo" promoviendo la adaptación de otras guías puede ser una solución más eficiente, pero no resuelve el problema de su implantación y aceptación que va a requerir un abordaje complejo y costoso.

Recientemente se ha publicado el informe del NHS R&D HTA Programme realizado por JM Grims-

haw et al que contiene los resultados de una revisión sistemática sobre las estrategias de difusión e implantación de GPCs y de una encuesta a profesionales del Reino Unido sobre las posibles estrategias de difusión y el uso de recursos para ese fin.

Este informe, por su exhaustividad y rigurosidad puede ser de interés para aquellos profesionales, gestores y políticos que deseen promover una correcta y eficiente utilización de GPCs.

La revisión sistemática concluye que cuando las intervenciones de difusión son estudiadas por separado los sistemas de recuerdo que han sido las estrategias más evaluadas, pueden producir moderados efectos positivos en la mejora de la atención. Las aproximaciones educativas combinadas o no con materiales educativos parece que producen mejoras modestas. Otras estrategias basadas solo en materiales de divulgación y las dirigidas a los pacientes parecen tener un moderado efecto, aunque estas últimas se han estudiado menos. Aún así los autores del informe consideran que si los efectos medios conseguidos en los estudios mediante la utilización de materiales educativos como única intervención se trasladaran a la práctica clínica, ya se conseguirían buenos resultados teniendo en cuenta el coste relativamente bajo de la intervención.

La generalización de las intervenciones con múltiples estrategias es más difícil. Además la aplicabilidad de los estudios, que en su mayoría se han realizado en USA, a otros contextos puede ser baja.

Los profesionales encuestados resaltaron el hecho de no contar con recursos monetarios suficientes para la difusión de GPCs, las dificultades para la difusión manual o la falta de recursos informáticos y consideraron positivos los enfoques educativos aunque dudaban de la capacidad de financiación en sus centros sanitarios.

Otras conclusiones se dirigen a la gestión y política sanitaria haciendo hincapié en la identificación de barreras y a la mejora de la investigación en esta área.

Bibliografía/Referencia

- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6).



CONSEJO INTERTERITORIAL DEL SNS

- Capacidad diagnóstica y seguridad de la cápsula endoscópica en la patología del intestino delgado. 2003. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.
- Hepatitis c - Protocolos de actuación frente a enfermedades infecciosas (III). 2004.
- Profilaxis de la infección meningocócica - protocolos de actuación frente a enfermedades infecciosas (II). 2004.

<http://www.osanet.euskadi.net>

EFFECTIVE HEALTH CARE

- Effectiveness of antihypertensive drugs in black people. 2004.

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehcb.htm>

EVES

- Terapia electroconvulsiva: Estudio sistemático de las evidencias científicas de su eficacia; actitudes y patrones de uso en España. 2004

<http://www2.san.gva.es/eves/informac/informac.htm>

FUNDACION GASPAR CASAL

- ¿Todo para todo y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español. 2004.

<http://www.fgcasal.org/>

ICE

- Cuadernos económicos. 2004.

JOURNAL OF MEDICAL ECONOMICS

- The clinical and economic impact of pneumococcal conjugate vaccine associated herd immunity in Canada. 2004.
- A clinical- and cost-effectiveness comparison of venlafaxine and selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the management of patients with major depressive disorder from the perspective of an Austrian sickness fund. 2004.
- Economic impact of recombinant activated factor VII in the control of bleeds associated with abdominal prostatectomy. 2004.
- Economic evaluation of extended and conventional prophylaxis with enoxaparin against venous thromboembolism in patients undergoing surgery for abdominal cancer. 2004.
- Zoledronic acid versus pamidronate: cost-minimisation in bone metastasis. 2005.

OSTEBA

- Utilización apropiada de la cirugía de la epilepsia. 2004.

<http://www.euskadi.net/sanidad/osteoba>

TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La promoción de los cuidados en salud basados en la evidencia o en pruebas ha topado con una serie de barreras o dificultades que han limitado su difusión entre los diferentes profesionales sanitarios. Se habla de la aplicación de los resultados de la investigación directamente en la práctica y sin embargo hay factores que influyen en esa posible aplicabilidad o asunción, tales como el conocimiento tácito o compartido, la existencia de líderes de opinión, la presión de la industria farmacéutica, el contexto de aplicación y sus características diferenciales,...

En un estudio elaborado por Gabbay y LeMay (2004) se pone de manifiesto las maneras en las que se construye la decisión clínica en el ámbito concreto de la atención primaria en el Reino Unido. De dicho estudio se desprende que los profesionales raramente acceden o utilizan la llamada evidencia explícita que emana directamente de la investigación clínica, sin embargo acceden al llamado conocimiento tácito, transmitido entre colegas, corroborado en la lectura no reglada, por la interacción con líderes de opinión, pacientes y representantes farmacéuticos y otras fuentes. Por tanto, en cada contexto, las tomas de decisión pueden ser diferentes si tenemos en cuenta esos factores. Esas diferencias explican ciertamente la variabilidad en la propia práctica clínica de los profesionales.

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de explorar y analizar más el campo de la formulación de las decisiones en cada contexto, para poder incidir en los factores que influyen en la variabilidad de los cuidados en salud.

Bibliografía/Referencia

Gabbay J and le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004; 329:1013-1016

DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL

EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA EN PORTADORES DEL SÍNDROME DE X FRÁGIL Y OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS

Un grupo multidisciplinar de investigadores de la Comunidad Autónoma del País Vasco, ha realizado una evaluación sobre el Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) en portadores del síndrome de X frágil y otras enfermedades hereditarias. Esta investigación ha sido financiada por el Instituto de Salud Carlos III y coordinada desde Osteba.

El síndrome X frágil es la causa más común de retraso mental hereditario. Es una enfermedad ligada al cromosoma X, dominante, con penetrancia incompleta. Este síndrome es por tanto más frecuente y más graves en los varones.

A pesar de que se están experimentando diferentes tratamientos, en el campo de la terapia genética o de la ingeniería genética, en la actualidad el síndrome X frágil no tiene cura. El reconocimiento de las limitaciones del tratamiento actual del X frágil y de otras enfermedades genéticas, unido a la previsibilidad de las pautas de transmisión de los genes de una generación a la siguiente, ha concentrado la atención en la prevención como medio más fiable y eficaz para abordar el problema de las enfermedades hereditarias.

En este marco de prevención de las enfermedades de transmisión hereditaria, el DGP es una de las opciones que, dentro de las técnicas de reproducción asistida, tienen las personas portadoras de enfermedades hereditaria para evitar la transmisión de estas patologías a su descendencia.

Esta técnica consiste en el análisis genético de los embriones obtenidos por fecundación in vitro y la posterior transferencia de aquellos embriones sanos y viables.

En este trabajo se han analizado la seguridad, la efectividad y la precisión diagnóstica de las distintas técnicas de DGP para prevenir ésta y otras enfermedades genéticas en la descendencia de personas portadoras. Asimismo, se ha realizado una encuesta en los centros de reproducción asistida y laboratorios de genética del Estado para conocer su nivel de implantación y uso en España, una evaluación económica sobre su implantación en la sanidad pública y un análisis de las posibles repercusiones éticas y sobre la organización del sistema sanitario que el uso de esta técnica puede generar, así como de la normativa española relativa a dichas técnicas.

Bibliografía/Referencia

López de Argumedo M; Cantero D; Tejada M.I; Aguirre A; Alkorta I; Gutierrez A; "Diagnostico preimplantacional de portadores de cromosoma x frágil y otros trastornos hereditarios en técnicas de fecundación artificial" Proyecto FIS. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2005. Informe nº: Osteba D-05-01.



El DGP es una de las opciones, que dentro de las técnicas de reproducción asistida, tienen las personas portadoras de enfermedades hereditarias para evitar la transmisión de estas patologías a su descendencia

SEMFYC

• Prevención del cáncer colorrectal. 2004.
<http://www.semfyec.es/>

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

• GItesa. Guía para la introducción de tecnologías sanitarias en centros asistenciales. 2004.

SMM

• Forebygging av restenose i hjertets kransarer. 2004.
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=73>

TA-SWISS

• Computerbasierte patientendossiers. Chancen und Risiken. 2000.
• Telemedicine. 2004.
• Telemedizin. 2004.
<http://www.ta-swiss.ch/>

OTRAS ACTIVIDADES OSTEBA

26 de noviembre

Reunión EuroScan. Presentación de Proyectos de la red y nuevas actividades. París

11 de mayo

Taller de búsquedas bibliográficas. Escuela de Enfermería. Vitoria-Gasteiz

13 de mayo

Reunión red MBE. Presentación de proyectos. Donostia-San Sebastian

25 de mayo

Asesoría y seminario Proyecto Guía Salud. Zaragoza

28 y 29 de mayo

Seminario de Guías de Práctica Clínica. FEGAS. Santiago de Compostela

OSTEBA BERRIAK es una publicación del **Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias**

Gobierno Vasco.
Departamento de Sanidad.
Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria.
C/ Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 01 92 50
Fax: 945 01 92 80
e-mail: osteba-san@ej-gv.es
<http://www.euskadi.net/sanidad/osteba>

Redacción:

Andoni Arcelay Salazar
Nerea Egües Olazabal
Roberto García-Sánchez
M^a Asunción Gutiérrez
Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea
Itxaso Mugarra
Marta L. de Argumedo
Rosa Rico

Edición:

Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea

Imprime:

Gráficas Santamaría, S.A.

ÉPOCA II - Nº 32
ISSN: 1697-2422
D.L.: VI - 287 / 97

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco