

# Osteba

BERRIAK 61



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Osasun Teknologien Ebaluazioa  
Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
2009ko MARTXOA / Marzo 2009

## Promoción de la salud y estilos de vida

Informe de evaluación Osteba sobre las premisas a tener en cuenta para promover y desarrollar intervenciones de promoción de la salud **2**

## Fuentes de información

Nuevas soluciones para responder a preguntas clínicas:

- Pubmed para preguntas clínicas **2**
- Buscadores personalizados en el portal GuíaSalud **3**

## Personas mayores con patología crónica

Resultados finales de dos estudios elaborados en la CAPV **3**

## Desigualdades sociales en

### las GPC

Resultados de la encuesta sobre la influencia de las desigualdades sociales, sobre todo las relacionadas con el sexo y el género, en el desarrollo y la calidad de las GPC **4**

## A vueltas con la eficiencia

### ERAGINKORTASUNA DELA ETA EZ DELA

En España y en la mayoría de países desarrollados, la asignación de recursos sanitarios está guiada hacia los problemas de salud de mayor prioridad. La selección de programas de intervención para afrontar cada uno de estos problemas, se ha llevado a cabo, en el mejor de los casos, a partir de la evidencia de efectividad.

Los “rankings o league tables”, a pesar de sus limitaciones, constituyen una primera experiencia útil, orientada a reducir la incertidumbre en la toma de decisiones de política sanitaria para la asignación eficiente y equitativa de los recursos sanitarios. La forma de presentar estas “league tables” se realiza mediante el ratio incremental coste-efectividad (ICER), es decir, los resultados se expresan como coste por AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad).

Países europeos, como Gran Bretaña, consideran que aquellas intervenciones sanitarias que presentan el umbral del ICER, entre £20.000 y £30.000 por AVAC, se deben considerar coste-efectivas; otros, como EE.UU., lo fijan en \$50.000. En España, sin embargo, no existe un criterio similar que permita decidir sobre la aceptabilidad o no de una tecnología sanitaria en función de su coste-efectividad.

Estas cifras se deben tomar con cierta precaución. Son orientativas, ya que, además del criterio de la eficiencia, existen otros, como la equidad, a la hora de decidir sobre la adopción de una tecnología médica o de financiar un determinado programa sanitario.

Spainian eta herrialde garatu gehienetan osasun baliabideen esleipena lehentasun handieneko osasun arazoetara zuzendu ohi da. Arazo horietako bakoitzari aurre emateko esku hartze programen hautaketa, kasurik onenean ere, eraginkortasun ebidentzian oinarrituta egin izan da.

“Rankings edo league tables” direlakoek beren akatsak edo mugak dauzkaten arren, prozedura honek lehenbiziko esperientzia baliagarri bat suposatzen du baliabide sanitarioen esleipen eraginkor eta zuzen baterako osasun politikaren erabakiak hartzerakoan sortzen diren zalantzak gutxitzeko. “League table” hauek aurkezteko era “kostu-eraginkortasun ratio inkrementalaren (KERI) bitartez egiten da, hau da, emaitzak KDBU (Kalitatearen arabera Doituriko Bizitza Urteak) gisa adierazten dira.

Europako zenbait herrialdetan, Britainia Handian esate baterako, KDBUei dagokienez £20.000 eta £30.000 bitarteko KERI atalasea aurkezten duten esku hartze sanitarioak kostu-eraginkortzat hartu behar dira; beste batzuek. Amerikako Estatu Batuek esate baterako \$50.000 dolarretan finkatzen dute atalase hori. Spainian, halere, ez dago antzeko irizpiderik teknologia sanitario baten onargarritasuna bere kostu-eraginkortasunaren arabera erabakitzea ahalbidetzen duenik.

Zifra hauek arretaz hartu beharrekoak dira. Balio orientagarria baizik ez dute, izan ere, eraginkortasunaren irizpidez gainera, kontuan eduki beharreko beste batzuk ere baitaude, adibidez, zuzentasuna, osasun teknologia bat onartu ala ez edo programa sanitario bat finantzatu ala ez erabakitzeako orduan.

## AGENDA

### 13-14 mayo

The 5th Annual World Health Care Congress – Europe 2009  
[www.worldcongress.com/events/HR09015/index.cfm?confCode=HR09015](http://www.worldcongress.com/events/HR09015/index.cfm?confCode=HR09015)  
Bruselas (Bélgica)

### 16-20 mayo

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 14th Annual International Meeting  
[www.ispor.org/Events/Index.aspx?eventid=28](http://www.ispor.org/Events/Index.aspx?eventid=28)  
Orlando, Florida (USA)

### 28-30 mayo

XII Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios  
[www.aegris.org/](http://www.aegris.org/)  
Cartagena, Murcia (España)

### 29 mayo

Il Jornada de Seguridad al Paciente en Atención Primaria  
[seguridadpaciente.com/introduccion.html](http://seguridadpaciente.com/introduccion.html)  
Granada (España)

### 2-5 junio

XVI Congreso Nacional de Hospitales (Extremadura 09)  
[www.16congresohospitales.org/programa.php](http://www.16congresohospitales.org/programa.php)  
Cáceres (España)

### 3-5 junio

XV Congreso Nacional y IV Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)  
[www.sempph.com/congreso/web/](http://www.sempph.com/congreso/web/)  
Málaga (España)

### 4-5 junio

Stakeholder Summit on Using Quality Systematic Reviews to Inform Evidence-based Guidelines (US Cochrane Center)  
<http://apps1.jhsph.edu/cochrane/NSconferencesandevents.htm>  
Baltimore, MD (USA)

### 7 junio

The Health Brokerage Event 2009 on Health and Biotechnology in the 7th EU Framework Programme (FP7)  
<http://www.b2match.com/fp7health/>  
Praga (República Checa)

### 7-10 junio

XXIV Congreso Nacional de la SEMICYUC  
<http://www.semicyuc.org/Congresos/?q=taxonomy/term/2>  
Valladolid (España)

### 17-19 junio

XXIX Jornadas de Economía de la Salud. La salud y el valor social de las innovaciones  
[www.aes.es/jornadas/](http://www.aes.es/jornadas/)  
Málaga (España)

## PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTILOS DE VIDA

Los estilos de vida constituyen uno de los determinantes que más influencia ejerce en el estado de salud de una población. La promoción de estilos de vida saludables es uno de las áreas prioritarias para conseguir mejoras de salud en nuestra población, tanto a nivel general, como en distintas personas y colectivos con peores niveles de salud.

Un estudio de investigación comisionada de reciente publicación (1) ha analizado las bases conceptuales y metodológicas a tener en cuenta para el diseño, planificación y evaluación de intervenciones de promoción de la salud, con especial atención a los aspectos relacionados con los estilos de vida, resumiendo algunas de las principales teorías sobre esta área.

En el estudio se resumen las siguientes teorías o modelos de promoción de la salud: el modelo de los determinantes de la salud y las políticas de salud; el modelo de creencias de salud; la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada; el modelo transteórico de las etapas de cambio; el modelo del proceso de precaución - adopción; la teoría del aprendizaje social; la teoría de la difusión de innovaciones; el marketing social; modelos comunitarios y grupales de promoción de salud; un modelo de promoción de la salud basado en el empoderamiento; la teoría del género y el poder; el desarrollo comunitario; el modelo de marketing de la promoción de salud.

Igualmente se incluyen algunas herramientas para la planificación y la evaluación de la promoción de la salud, como el modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE y el modelo RE-AIM, y se plantea una lista con los distintos aspectos necesarios para resumir y analizar intervenciones de promoción de salud.

Como conclusiones más importantes de la investigación, se incluye que:

1. Los programas de promoción de salud que se planteen la mejora de problemas de salud relacionados con los estilos de vida exigen la combinación de distintas intervenciones multifactoriales. Ninguna teoría, modelo o herramienta es siempre adecuada para todas las situaciones posibles; pudiendo ser complementarias para comprender y abordar un tema de manera integral.
2. Las desigualdades económicas y sociales son un importante determinante de la salud y es necesario que se planteen estrategias específicas para conseguir mejorar la salud de los grupos sociales con peores indicadores de salud.
3. Distintos grupos, subgrupos o colectivos se encuentran en circunstancias diferentes que exigen un análisis separado de cómo operan distintos determinantes de la salud en cada uno de ellos.
4. Las intervenciones de educación para la salud, se deberán enfocar a potenciar el empoderamiento tanto individual como colectivo, prestando especial cuidado en evitar la culpabilización de quienes tienen y soportan estilos de vida menos saludables.
5. Los programas o intervenciones de promoción de salud deben plantear claramente cuáles son los determinantes de la salud sobre los que pretenden incidir.

### Bibliografía/Referencia

- (1) Rueda J R, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08.  
[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d\\_08\\_08\\_promoci\\_salud.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_08_promoci_salud.pdf)

## FORMULARIO PUBMED SIGUIENDO EL ESQUEMA PICO

La atención a la salud y la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) requiere de un acceso generalizado a la información clínica y a los recursos para su búsqueda. Actualmente, existen gran variedad de fuentes y gestores interfaces de búsqueda de literatura biomédica para responder a preguntas clínicas.

Quizá el paso más importante en el proceso de la búsqueda de evidencias e investigaciones de calidad es la formulación de una pregunta bien estructurada. Es decir, saber lo qué buscamos. Los profesionales sanitarios que utilizan la MBE emplean normalmente un formato especializado, llamado PICO, para llevar a cabo la pregunta y facilitar la búsqueda de la literatura. PICO significa Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (del inglés Outcome). El uso de esta estructura ayuda al usuario a articular las partes más importantes de la pregunta clínica y facilita el proceso de búsqueda al identificar los conceptos clave (1).

Aunque la mayoría de los profesionales conoce Medline y PubMed, son pocos los que lo usan con regularidad, y probablemente menos los que sepan que en los últimos años se han desarrollado varios sistemas de consulta enfocados a la resolución de problemas clínicos (como el "clinical queries") (2).

### Medline vía PICO

En este sentido, PubMed el gestor de Medline en Internet, ha diseñado un formulario para la construcción de una consulta estructurada siguiendo el esquema PICO, al que denomina "Medline vía PICO" <http://pubmedhh.nlm.nih.gov/nlm/pico/piconew.html>

### Search PubMed/MEDLINE via PICO

Patient, Intervention, Comparison, Outcome

Patient/Problem:	<input type="text"/>
Medical condition:	<input type="text"/>
Intervention: (therapy, diagnostic test, etc.)	<input type="text"/>
Compare to: (same as above, optional):	<input type="text"/>
Outcome: (optional)	<input type="text"/>
Select Publication type:	<input type="text" value="Not specified"/>
<input type="button" value="Submit"/>	<input type="button" value="Clear"/>

La plantilla PubMed/PICO apunta al usuario hacia los elementos de la pregunta, así como al grupo de edad y género del paciente. Existe también la opción de seleccionar el tipo de publicación (ensayos clínicos, meta-análisis, GPC...). Este formato de búsqueda ha sido diseñado para facilitar las cuestiones terapéuticas, que es el tipo de pregunta más usual en el ámbito clínico.

Las búsquedas ejecutadas en la pantalla PubMed/PICO recuperan un porcentaje más alto de citas relevantes en respuesta a una pregunta clínica, que las realizadas en la pantalla estándar de PubMed.

### Bibliografía/Referencia

- (1) Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Medical Informatics and Decision Making 2007;7.
- (2) Palencia E. Medline como herramienta clínica: nuestro consultor particular (segunda parte). REMI 2007;7(9):A76.

## BUSCADORES DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Uno de los pasos principales y claves en los estudios dirigidos a la mejora de la práctica médica es poder plantear un problema con los términos y en el contexto que mejor se ajusten al problema clínico en cuestión, es decir, la concepción de una "pregunta clínica específica". Esto permite dirigir la posterior búsqueda de información hacia la mejor evidencia disponible que, combinada con la información de la condición a estudio del paciente y sus preferencias, permite tomar decisiones orientadas al resultado clínico esperable (1).

Este hecho contrasta con que en la atención sanitaria se observan diferentes formas de práctica para una misma condición clínica. Esta variabilidad puede ser consecuencia del gran volumen de información con calidad científica variable, de las prácticas habituales, de las preferencias de los profesionales o de la no estandarización de los procesos. Por otro lado, los clínicos necesitan respuestas rápidas a sus preguntas, sin tener que analizar ni revisar la información de manera exhaustiva. Para ello, se han desarrollado varios recursos de información con la intención de poner a disposición del clínico los estudios y la evidencia más relevantes, adaptándose a sus necesidades.

La posibilidad de encontrar lo que se busca, en forma rápida y eficiente, depende en gran medida de una adecuada selección del recurso a emplear. En cuanto al ámbito clínico, existen tres tipos de recursos que nos permiten responder al tipo de preguntas que en él se plantean: bases de datos generales (Embase, Medline, IME, Lilacs, CINAHL,...), metabuscadores (Tripdatabase o SumSearch) y bases de datos de revisiones sistemáticas (Cochrane Library o Joanna Briggs) (2).

Pero las editoriales y proveedores de información se han dado cuenta de la necesidad de obtener una respuesta aún más rápida, exacta y accesible en la consulta médica, y han desarrollado otra serie de gestores para facilitar la localización de información al clínico (UpToDate, Dynamed, BestPractice, Clin-eguide, etc.). Estos se basan en las iniciativas CATs (Critical Appraisal Topics) que provienen de grupos de clínicos que responden a preguntas clínicas bajo metodología MBE y que comparten sus hallazgos de evidencia con otros clínicos (CATcrawler, PeDRO,...)

En este sentido, el portal GuíaSalud está desarrollando nuevas propuestas dentro de su programa OPBE (Otros Productos Basados en la Evidencia). La primera de ellas es la presentación de dos buscadores personalizados sobre preguntas clínicas, uno en español y otro en inglés:

<http://www.guiasalud.es/opbe/busqueda/preguntas-clinicas/index.html>

[http://www.guiasalud.es/opbe/busqueda/preguntas-clinicas/index\\_en.html](http://www.guiasalud.es/opbe/busqueda/preguntas-clinicas/index_en.html)

Los recursos incluidos en estos buscadores (sobre todo CATs) han sido evaluados y valorados por GuíaSalud, lo que garantiza la calidad de sus resultados. En nuestro ámbito resulta muy útil porque la dispersión es importante y ahora podremos consultarlo desde un único punto.

### Bibliografía/Referencia

- (1) Sobrino E, Fernández-Pazos A. Medicina Basada en la Evidencia. Evaluación de la literatura médica. Parte 1: Generación de preguntas y búsqueda. Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2006;1:5-10.
- (2) Rada G, Andrade A, Leyton Sch V, Pacheco V, Ramos R. Búsqueda de información en medicina basada en la evidencia. Revista Médica de Chile 2004;132(2):253-5.

## ALTERNATIVAS A LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

### DOS ESTUDIOS ESTUDIAN LA ADAPTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO A LA NUEVA REALIDAD DEMOGRÁFICA Y SOCIAL

En los últimos años, el progresivo envejecimiento de la población ha llevado a un cambio en el perfil de los pacientes atendidos en las consultas y en los hospitales de nuestro entorno. Hemos pasado de diagnosticar y tratar principalmente enfermedades agudas a atender personas de edad avanzada diagnosticadas de varias enfermedades crónicas causantes de discapacidad y en muchos casos con falta de apoyo familiar. Esta realidad ha producido cambios en la actividad asistencial dando lugar a un aumento de las consultas en Atención Primaria, en el número de altas de hospitales de agudos y de convalecencia y rehabilitación.

Con el fin de adaptar los recursos a esta realidad es necesario analizar las características y necesidades de los pacientes mayores con patología crónica de nuestro entorno y buscar alternativas aplicables a nuestro contexto social y sanitario. Dos investigaciones realizadas recientemente (1,2) responden a esta necesidad de información.

Si bien ambos estudios coinciden en sus objetivos, el método aplicado para alcanzarlos ha sido diferente. En el primero se han identificado los diferentes grupos de población mayor mediante la consulta de los recursos sanitarios disponibles (CMBD, ESTADIS, GRD) y se ha evaluado la adecuación entre las necesidades y los dispositivos asistenciales mediante un cuestionario de derivación de pacientes a unidades de media estan-

*La Atención Primaria debe de ser el eje de la atención al paciente mayor con patología crónica*

cia y dispositivos sociosanitarios. En el segundo estudio, se ha realizado una técnica cualitativa de consulta y consenso con un grupo de 30 expertos con el fin de analizar la pertinencia y factibilidad de diferentes alternativas organizativas identificadas previamente mediante una revisión sistemática de la literatura médica.

Ambos grupos de investigación concuerdan en recomendar que la Atención Primaria sea el eje en la atención a la persona mayor con patología crónica y en que tanto el personal sanitario, como la persona enferma y quien le cuida formen una unidad de atención con un funcionamiento proactivo que genere pacientes informados y que impulse el autocuidado. Ambos documentos incluyen otras propuestas organizativas de interés para la mejora de la atención de los y las pacientes de edad avanzada.

### Bibliografía/Referencia

- (1) Elosegi E, Begiristain JM, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E, Aizartza A, Clavé E, Goñi M<sup>a</sup> J, Orbeagoza A. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº. Osteba D-08-05
- (2) Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutierrez I. Mejora de la atención al paciente mayor con patología crónica. Proyecto FIS. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2009. Informe nº Osteba D-09-01



### 21-24 junio

6th Annual Meeting on the HTAI: Globalisation and Health Technology Assessment  
[www.htai2009.org](http://www.htai2009.org)  
Singapore (Malasia)

### 24-26 junio

European Health Management Association 2009. Success in a Changing Market: Innovation, Funding, Communication  
[www.ehmq.org/index.php?q=node/41](http://www.ehmq.org/index.php?q=node/41)  
Innsbruck (Austria)

### 12-15 julio

7th World Congress on Health Economics  
[www.healtheconomics.org/congress/2009/submissions](http://www.healtheconomics.org/congress/2009/submissions)  
Pekín (China)

### 26-31 julio

Observatory Summer School 2009, Innovation and Health Technology Assessment: Improving Health System Quality  
[www.observatorysummerschool.org](http://www.observatorysummerschool.org)  
Venecia (Italia)

### 3-5 agosto

The 7th Annual Health Care Quality Congress  
[www.worldcongress.com/events/H109025/index.cfm?confCode=H109025](http://www.worldcongress.com/events/H109025/index.cfm?confCode=H109025)  
Boston, MA (USA)

## OTRAS ACTIVIDADES OSTEBA

### 13-14 mayo

Jornadas: La Desinversión Racional en Salud. Clave para la Reinversión Tecnológica  
Bilbao

## ÚLTIMAS PUBLICACIONES RECIBIDAS

### AHRQ

- Clinical Utility of Cancer Family History Collection in Primary Care: Evidence Report - 2009
- Maternal and Neonatal Outcomes of Elective Induction of Labor: Evidence Report - 2009
- Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents - 2009

### Health care innovation exchange

- Blueprint for Prevention of Childhood Obesity: A Call to Action - 2006
- Obesity Prevention Project - 2008
- Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women - 2006  
<http://www.ahrq.gov/>

## ¿SON IMPORTANTES LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL DESARROLLO DE GPC? ENCUESTA DE OPINIÓN

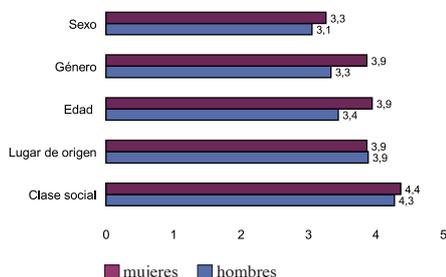
En la última Conferencia internacional del Guidelines International Network (GIN) se presentaron los resultados de una encuesta que se realizó para recoger opiniones sobre la posible influencia de las desigualdades sociales y en concreto las relacionadas con el sexo y el género, en el desarrollo y calidad de las Guías de Práctica Clínica (GPC).

“El término género se utiliza para describir y analizar las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que el término sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente.”

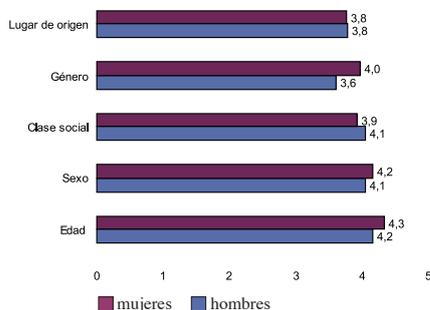
Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2008

La encuesta se dirigió a 74 profesionales de ciencias de la salud que trabajan en el Sistema Nacional de Salud en el área de las GPC. Tras dos rondas de envío, a través de una Web de encuestas online, se obtuvo una tasa de respuesta global del 75,6%. Las mujeres alcanzaron una tasa de respuesta del 68% y los hombres del 32%. Sobre la formación académica de las personas encuestadas, un 83,3% de los hombres son licenciados en medicina. Entre las mujeres hay un 47,4% de licenciadas en medicina y el 52,6% se reparte entre diplomadas en enfermería, farmacéuticas y licenciadas en otras ciencias de la salud.

Se ponderaron de 1 a 5 la importancia de los diferentes factores *que están en el origen de las desigualdades en salud*, siendo la clase social y el lugar de origen los más valorados.



Los factores considerados más importantes en relación con las desigualdades que pueden influir *en la calidad de las GPC* fueron la *edad* y el *sexo*. El factor *género* fue el menos valorado por los hombres.



El 94% de las mujeres estuvieron bastante o muy de acuerdo en que **considerar las diferencias por razón de sexo pueden conducir a recomendaciones más adecuadas en la elaboración de una GPC**. Entre los hombres esta valoración la realizaron un 78%.

El 81% de las mujeres estuvieron bastante o muy de acuerdo con **tener en cuenta las diferencias por razón de género en la elaboración de guías**, mientras que en el caso de los hombres esta valoración la realizaron un 55%.

En general, se encontraron dificultades a la hora de trabajar con los conceptos sexo y género y se valoró como importante tenerlos en cuenta especialmente en el proceso de implementación de GPC.

En las respuestas de texto libre se esbozaron algunas críticas al hecho de que este tipo de cuestiones relativas al concepto de género se aborden por ser políticamente correctas.

Sin embargo, consideraron que no se hacen esfuerzos en mejorar la información derivada de estudios de calidad sobre las diferencias originadas por características biológicas y sociales entre hombres y mujeres.

Estos resultados demuestran que existe interés por tener en cuenta las desigualdades sociales en la investigación clínica y elaboración de GPC.

### Bibliografía/Referencia

Proyecto de investigación financiado por el Departamento de Sanidad sobre la introducción de la perspectiva de género en la elaboración e implementación de GPC.

### NICE

- Glaucoma: diagnosis and management of chronic open angle glaucoma and ocular hypertension – 2009
  - Management of acute diarrhoea and vomiting due to gastroenteritis in children under 5 – 2009
  - Rivaroxaban for the prevention of venous thromboembolism – 2009
  - Combined bony and soft tissue reconstruction for hip joint stabilisation in proximal focal femoral deficiency – 2009
  - Ex-vivo hepatic resection and reimplantation for liver cancer – 2009
- <http://www.nice.org.uk/>

### OMS

- Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca - 2008
  - European report on child injury prevention – 2008
  - Health technology assessment and health policy-making in Europe - 2008
- <http://www.who.int/en/>

### 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: [ostebasan@ejgv.es](mailto:ostebasan@ejgv.es)  
<http://www.osanet.euskadi.net/osteba/es>

### Redacción:

Elena Aldasoro  
Ana Belén Arcellares  
José Asua  
Lorea Galnares  
M<sup>a</sup> Asun Gutiérrez  
Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea  
Marta L. de Argumedo  
Eva Reviriego  
Rosa Rico

### Edición:

Lorea Galnares y Eva Reviriego

### Imprime:

Gráficas Santamaría, S.A.  
ÉPOCA II – Nº 48  
ISSN: 1697-2422  
D.L.: VI – 287 / 97



OSTEBA BERRIAK es una publicación gratuita que se distribuye trimestralmente entre los profesionales de la sanidad vasca. OSTEBA BERRIAK invita a todos sus lectores a colaborar con aquellos comentarios, críticas, datos de interés, ideas... que contribuyan a mejorar este boletín informativo: <http://www.osanet.euskadi.net/osteba/es>

