

# Osteba

OSASUNERAKO  
TEKNOLOGIEN  
EBALUAKETA  
EVALUACION DE  
TECNOLOGIAS  
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

INFORME

## *Priorización de los Temas a Evaluar*

*Resumen*

3

II. *Introducción*

Osteba ha puesto en marcha un proceso de identificación y priorización para establecer sobre qué tecnologías conviene trabajar en un futuro próximo.

9

III. *Método Utilizado*

Revisión bibliográfica. Método IOM adaptado con siete etapas y siete criterios.

15

IV. *Resultados:  
Descripción del Proceso*

La amplia participación de profesionales, su carácter multidisciplinar, el uso de método de consenso y la adecuada utilización de criterios, son las características más relevantes de proceso seguido.

21

V. *Discusión*

Se valoran las limitaciones y aspectos positivos del proceso.

31

VI. *Conclusión*

La amplia participación de profesionales y la utilización de criterios explícitos en la reflexión, contribuye a incrementar la llamada mentalidad evaluativa en el medio sanitario.

35

VII. *Anexos*

39

VIII. *Bibliografía*

53

APIRILA / ABRIL 1996

## INDICE

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

Contexto Sanitario  
Evaluación de Tecnologías Sanitarias  
Necesidad de establecer prioridades  
Experiencias anteriores en priorización

#### MÉTODO UTILIZADO

Revisión bibliográfica  
Método IOM adaptado

#### RESULTADOS:

##### Descripción del Proceso

- 1ª Etapa: Identificación de las tecnologías y condiciones candidatas
- 2ª Etapa: Selección de criterios y ponderación
- 3ª Etapa: Seleccionar las tecnologías candidatas
- 4ª Etapa: Recolección de datos
- 5ª Etapa: Valoración de las tecnologías según criterios: puntuación
- 6ª Etapa: Cálculo de puntuaciones de prioridad
- 7ª Etapa: Revisión por el comité directivo de OSTEBA

#### DISCUSIÓN

#### CONCLUSIÓN

#### ANEXOS

#### BIBLIOGRAFÍA

## INFORME

# Priorización de los Temas a Evaluar

### *Resumen*

3

#### II. *Introducción*

Osteba ha puesto en marcha un proceso de identificación y priorización para establecer sobre qué tecnologías conviene trabajar en un futuro próximo.

9

#### III. *Método Utilizado*

Revisión bibliográfica.  
Método IOM adaptado con siete etapas y siete criterios.

15

#### IV. *Resultados:*

##### *Descripción del Proceso*

La amplia participación de profesionales, su carácter multidisciplinar, el uso de métodos de consenso y la adecuada utilización de criterios, son las características más relevantes del proceso seguido.

21

#### V. *Discusión*

Se valoran las limitaciones y aspectos positivos del proceso.

31

#### VI. *Conclusión*

La amplia participación de profesionales y la utilización de criterios explícitos en la reflexión, contribuye a incrementar la llamada mentalidad evaluativa en el medio sanitario.

35

### *Anexos*

39

### *Bibliografía*

53

Este Informe ha sido elaborado por el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Dirección de Ordenación y Evaluación Sanitaria.

La dirección y coordinación del proceso y de los paneles de expertos ha sido realizada por:

- Dra. Rosa Rico
- Dr. José Asua

Deseamos agradecer a W.J. Oortwijn de TNO-HR de Holanda por sus inestimables aportaciones en la revisión de este documento.

**Osteba**  
Servicio de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias  
Departamento de Sanidad  
del Gobierno Vasco  
C/Duque de Wellington, 2  
01010 Vitoria-Gasteiz  
Tfno: 945/189250  
Fax: 945/189192  
e-mail: osteba01@sarenet.e

# *I. Resumen*

## CONTEXTO

El rápido desarrollo de los avances científicos y técnicos en el campo de la medicina ha puesto a disposición del sistema sanitario un gran número de tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras cuya efectividad no siempre es conocida y cuya incorporación supone una parte importante del desembolso en el sector salud. Las decisiones relativas a estas áreas deben basarse en una información actualizada y científica, haciendo uso de criterios explícitos ya que de otra forma se basarían en criterios implícitos no contrastables, con mayor probabilidad de contener sesgos y por tanto difícilmente defendibles.

En un momento en el que los recursos son cada vez más limitados y las necesidades del ser humano pueden plantearse como ilimitadas, se hace cada vez más necesario establecer políticas sanitarias para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles en cada momento y con una contención eficaz de los costes.

La Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) tiene una importante autonomía en materia sanitaria para establecer e incorporar las prestaciones que considere oportunas en el ámbito del País Vasco. La autorización de procedimientos o tecnologías por parte del Departamento de Sanidad, para su implantación en la red pública y privada de nuestra Comunidad, debe estar fundamentada científica y técnicamente.

Se hace necesario, por tanto, tomar decisiones en base a prioridades, tanto en el desarrollo como en la adopción y difusión de tecnologías médicas, lo que conlleva su evaluación y conduce a la identificación de las necesidades de investigación médica y de servicios sanitarios.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) determina los beneficios y los costes de una tecnología o compara diferentes alternativas. También estudia las variaciones en su utili-

zación y el uso apropiado, incluye estudios sobre las consecuencias sociales y éticas de su aplicación y de los factores que aceleran o impiden su difusión. Dada la amplitud de aspectos a atender, la ETS es un campo interdisciplinar. Sus actividades incorporan a profesionales de la medicina, de las ciencias sociales, investigadores de servicios sanitarios, ingenieros, expertos en ética y economistas. Además, cada vez con mayor frecuencia, participan representantes de la población. La ETS, teniendo una orientación hacia la toma de decisiones, debería estar enraizada en la ciencia y el método científico.

A la ETS se le plantea el problema de cómo escoger los temas a evaluar o proyectos a desarrollar, ya que los recursos para ejecutarlos son limitados y la cantidad y amplitud de los temas a tratar es muy grande. Por ello se hace necesario desarrollar un proceso de priorización explícito, participativo y reproducible que permita identificar las áreas de mayor interés. Si la priorización no se desarrolla explícitamente, la elección se realizaría de forma implícita con lo que se aumentaría la influencia de la intuición, el azar y los sesgos.

El proceso de priorización pretende estructurar el pensamiento, identificar la importancia relativa de los diferentes factores que entran en juego y estimar el impacto potencial de una evaluación. Por ello una de las principales tareas es definir cuáles son los criterios que sirven para valorar las tecnologías sanitarias o las condiciones clínicas sobre las que se aplican.

## MÉTODO

De las experiencias extraídas de la bibliografía seleccionada, Osteba valoró positivamente la claridad y sencillez de presentación del proceso propuesto por el Institute of Medicine (IOM) y descrito en 1992 por Donaldson y Sox, por ser explícito, con etapas bien diferenciadas y con un

modelo matemático asequible. Por ello se decidió realizar una aplicación práctica adaptada a nuestro medio.

Este método consta de siete etapas y tiene en cuenta siete criterios ponderados. Unos son cuantitativos: prevalencia, coste y variación en las tasas de uso. Otros, cualitativos: importancia de la enfermedad, y posible impacto de una futura evaluación en diferentes tipos de resultados: de salud, costes y aspectos ético-legales.

Se basa en el consenso y en la síntesis de información para la formulación de criterios objetivos y subjetivos así como para su valoración y puntuación. En los casos en que no es posible contar con datos objetivos comparables para todas las tecnologías propone utilizar escalas subjetivas. La clasificación final por orden de prioridad se consigue mediante una fórmula matemática.

La ponderación de los siete criterios que posteriormente se utilizarán en la fórmula matemática, fue realizada por un panel multidisciplinar compuesto por 10 personas que trabajó con técnicas de consenso (Grupo Nominal). El criterio considerado más importante fue la variación en las tasas de uso y el menos valorado, los costes.

Para la identificación de los temas necesarios de evaluación se contó con la participación

de un amplio número de profesionales sanitarios, que hicieron más de 120 propuestas. Ello permitió identificar un amplio rango de temas relacionados con diferentes niveles de atención sanitaria: atención primaria, diversas especialidades médicas, gestión y planificación sanitaria. Finalmente, dada la similitud entre algunas de las propuestas, la lista definitiva sobre la que se aplicó el proceso formal contenía 104 propuestas que pertenecían a las áreas preventivas, diagnósticas y terapéuticas, abordando procedimientos ya instaurados o nuevas tecnologías.

La selección de temas hasta conseguir una lista reducida se realizó mediante el método Delphi con dos consultas. Participaron 67 profesionales de diversas áreas y especialidades. Se aplicó un sistema de “entrada y salida” en el que un porcentaje mejor votado de las tecnologías pasó a la lista a priorizar. El 50% final se reservó y se volvió a repetir la votación con el grupo intermedio. De esta manera se llegó a una lista de 12 tecnologías que fueron objeto de la parte final del proceso.

A continuación se realizó una búsqueda activa de la información relevante necesaria para valorar cada uno de los criterios aplicados a las tecnologías seleccionadas. Se elaboró un dossier para cada miembro del panel de valoración y se

TEMAS	PUNTUACIÓN
1º. Atención sanitaria al enfermo terminal	21,83
2º. Utilización de antibióticos en atención primaria	20,30
3º. Control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos	19,80
4º. Protocolo de seguimiento hospitalario y extrahospitalario de pacientes con SIDA	16,99
5º. Cirugía sin ingreso	16,12
6º. Atención en menopausia	15,87
7º. Pruebas de laboratorio y radiología en los servicios de urgencia	15,70
8º. Hospitalización a domicilio	14,84
9º. Analítica de rutina en exámenes de salud en atención primaria	14,49
10º. Información preanestésica	12,55
11º. Protocolo de utilización de resonancia magnética nuclear	10,59
12º. Formación del personal sanitario.	9,89

pasó a la etapa siguiente de valoración o puntuación.

En esta ocasión se convocó un panel de 10 expertos de carácter multidisciplinar, que con fines operativos pareció conveniente que no fuera tan extenso como se propone en el modelo del IOM. Participaron profesionales de atención primaria, medicina interna, cardiología, calidad asistencial, ética, gestión sanitaria, economía, docencia, enfermería, epidemiología y aunque finalmente no acudieron, también se convocó una representación de los consumidores y usuarios.

## RESULTADOS

Una vez valorados los criterios para cada tema seleccionado se calculó la puntuación final dando como resultado la siguiente lista clasificada por orden de puntuación (ver cuadro).

## CONCLUSIONES

El proceso de priorización llevado a cabo por Osteba ha supuesto la contextualización de un método desarrollado en EE.UU., un medio muy diferente del nuestro, siendo una de las primeras experiencias de implantación a nivel europeo, como se ha podido constatar en la bibliografía consultada.

Las limitaciones del proceso han estado relacionadas con la insuficiente definición de los temas propuestos y la falta de datos para expresar criterios como la prevalencia, costes y variación de tasas de uso, de forma cuantitativa y homogénea. Lo más positivo ha sido trabajar en un proceso explícito, reproducible y transparente.

El proyecto ha supuesto una mejora y sistematización de la metodología propia del Servicio y además puede contribuir a la introducción de métodos de trabajo en los que las recomendaciones se basan en el máximo de evidencia disponible y en el consenso.

La implantación de este proceso de priorización en la práctica nos ha permitido identificar lagunas y déficits, lo que nos ha conducido a reflexionar sobre el modelo a utilizar en el futuro.

En el documento se propone un modelo de “propuesta de información/evaluación” que pretende facilitar en el futuro una definición precisa de los temas al expresar con un detalle lo más exhaustivo posible los motivos de la propuesta así como los datos y fuentes de información necesarios y disponibles. Dado que las propuestas no sólo provienen de procesos formales sino por demanda según necesidades, este puede ser un instrumento válido para recibir y acotar las propuestas de evaluación o información.

Uno de los aspectos más relevantes de este proceso ha sido la amplia participación de profesionales y la utilización de criterios explícitos en la reflexión, lo que creemos puede contribuir a incrementar la mentalidad evaluativa en el medio sanitario.

Asimismo se espera que sea una contribución válida y enriquecedora al proceso de identificación y síntesis de modelos de priorización, emprendido por EURASSESS.

## *II. Introducción*



## CONTEXTO SANITARIO

La CAPV cuenta con una población de 2,3 millones de habitantes. El Sistema Sanitario es fundamentalmente público y garantiza una cobertura universal. El gasto sanitario global asciende al 6,9% del Producto Nacional Bruto (PNB) suponiendo el gasto sanitario público el 4,9% del PNB. En los últimos seis años el incremento del presupuesto sanitario ha sido del 14%.

Una parte importante del desembolso en el sector salud está relacionado con la utilización de procedimientos con distintos niveles de tecnificación. El rápido desarrollo de los avances científicos y técnicos en el campo de la medicina ha puesto a disposición del sistema sanitario un gran número de tecnologías preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras. Parece estar asumido que la aparición de nuevas tecnologías sanitarias y el grado de uso apropiado de las existentes son determinantes en el incremento del gasto sanitario. Este factor ha obligado a establecer prioridades, tanto en el desarrollo como en la adopción y difusión de los avances médicos, lo que ha conducido hacia la evaluación de las tecnologías y de los servicios sanitarios, así como a la identificación de las necesidades de investigación médica.

Hay algunos factores que podrían regular el uso de las tecnologías y que en nuestro sistema sanitario no existen, por ejemplo los mecanismos de competitividad de las compañías aseguradoras o una política de reembolsos. Actualmente los principales elementos que influyen en la decisión de usar una tecnología proceden de las revistas científicas y de la propia industria, así como de las experiencias en contextos cercanos.

Desde el punto de vista normativo, vemos que el Tratado de Maastrich establece la limitación de desarrollo del sector público en Europa.

En el sector sanitario esto supone establecer un Catálogo de Prestaciones. Estos catálogos fijan la lista de prestaciones aceptadas para ser provistas por los sistemas de salud, lo que supone una lista dinámica por cuanto debe incorporar procedimientos más efectivos o menos costosos y eliminar los obsoletos según el grado de desarrollo. Todos los países que han aplicado una reforma en su sistema de salud, a la hora de decidir la entrada de prestaciones en su catálogo, cuentan con organismos evaluadores que emiten opiniones basadas en la evidencia científica del momento, para facilitar dichas decisiones.

En nuestro caso, el Departamento de Sanidad asume la responsabilidad de la difusión de las tecnologías sanitarias y dentro de su proyecto de Reforma Sanitaria *Osasuna Zainduz*, aprobado por el Parlamento Vasco el 23 de Junio de 1993, presenta como una de las estrategias necesarias para dicha reforma: "Evaluar y acreditar las nuevas tecnologías, tratamientos y medicamentos"(Estrategia nº22). Entiende, por tanto, que la evaluación de tecnologías sanitarias debe formar parte de la toma de decisiones.

A nivel del Estado, el Real Decreto 63/1993 sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias en el Sistema Nacional de Salud, establece un Catálogo de Prestaciones mínimas para dicho Sistema, así como los mecanismos de evaluación tanto de las que están en uso como de las que quieran ser incorporadas al catálogo.

La CAPV tiene una importante autonomía en materia sanitaria para establecer e incorporar las prestaciones que considere oportunas en el ámbito del País Vasco. La autorización por parte de la autoridad del Departamento de Sanidad, de prácticas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras, solicitadas para su implantación, bien sea en la red pública como privada de nuestra Comunidad, hacen necesario fundamentar científica y técnicamente la selección, incorporación y difusión de las Tecnologías Sanita-

rias en el Sistema Sanitario Vasco. A estos efectos, debe hacerse un énfasis especial en los equipamientos que todavía no han demostrado su efectividad a pesar de su utilización y en los que tienen potenciales efectos adversos.

## EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

En un momento donde los recursos son cada vez más limitados y las necesidades del ser humano pueden plantearse como ilimitadas, se hace cada vez más necesario establecer políticas sanitarias propias de nuestra Comunidad Autónoma, para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles en cada momento y con una contención eficaz del costo. Por ello, se deben evaluar los servicios sanitarios y las tecnologías utilizadas con el fin de eliminar focos de ineficiencia y optimizar las actuaciones, asegurando y mejorando su seguridad, efectividad y eficiencia, dentro de un sistema basado en la equidad y accesibilidad de toda la población. La actividad de evaluación constituye un instrumento válido para disponer de información objetiva en relación con las tecnologías médicas, basada en la evidencia científica. Supone un puente de unión entre el conocimiento científico y la necesidad de información para la toma de decisiones.

El objetivo de la ETS es favorecer la utilización adecuada de las tecnologías sanitarias existentes y futuras en términos de seguridad, eficacia, eficiencia, accesibilidad y equidad, facilitando a los responsables de la toma de decisiones los instrumentos adecuados para ello.

Se entiende por **tecnología sanitaria** no solo los instrumentos y equipo, sino también los procedimientos médicos y quirúrgicos, fármacos así como sistemas de organización y soporte de los servicios sanitarios.

La ETS determina los beneficios y los costes de una tecnología o compara diferentes alternativas. También estudia las variaciones en su utilización y el uso apropiado, incluye estudios sobre las consecuencias sociales y éticas de su aplicación y de los factores que aceleran o impiden su difusión. Asimismo analiza las responsabilidades que puedan derivarse de la aplicación de las recomendaciones.

El papel de la ETS no es tanto investigar para aumentar el conocimiento como responder a problemas importantes para la sociedad y promover cambios en lo que se refiere a la introducción de nuevas tecnologías o abandono de las obsoletas, lo que en ocasiones entraña dificultad debido a las rigideces administrativas propias de los sistemas sanitarios basados en presupuestos fijos.

Dada la amplitud de aspectos a atender, la ETS es un campo interdisciplinar. Sus actividades incorporan a profesionales de la medicina, de las ciencias sociales, investigadores de servicios sanitarios, ingenieros, eticistas y economistas. Además, cada vez con mayor frecuencia, participan representantes del público.

Pero, aunque tiene una orientación hacia la toma de decisiones, la ETS debería estar enraizada en la ciencia y el método científico. En este sentido también la elección de los temas a evaluar debe realizarse de la forma más rigurosa y sensible que sea posible. Dada la multitud de temas relacionados con diferentes áreas del mundo sanitario susceptibles de ser abordados, parecía lógico desarrollar un método contrastado para identificar los temas más necesitados de evaluación por ocasionar incertidumbre, polémica o desconocerse su efectividad. Todo este proceso se desarrolla en un marco en el que los conceptos de contención de costes, optimización de recursos, utilización o incorporación de los más efectivos y eficientes etc. son algunas de las claves de la gestión sanitaria.

## NECESIDAD DE ESTABLECER PRIORIDADES

Osteba ha puesto en marcha un proceso de identificación y priorización para establecer sobre qué tecnologías conviene trabajar en un futuro próximo. Esta iniciativa se llevó a cabo con el objetivo de tener una experiencia basada en la aplicación práctica de un método explícito y favorecer e impulsar en el propio grupo y en la organización sanitaria a la que pertenece, una cultura y forma de pensar más sistemática y objetiva en relación al establecimiento de prioridades para la ETS.

A la ETS se le plantea el problema de cómo escoger los temas a evaluar o proyectos a desarrollar, cuando los recursos para ejecutarlos son limitados y la cantidad y amplitud de los temas a tratar es muy grande. Por ello se hace necesario desarrollar un proceso explícito, participativo y reproducible que permita identificar las áreas de mayor interés. Es por esto que se ha optado por realizar amplias consultas para la identificación de temas. Si la priorización no se desarrolla explícitamente, la elección se realizaría de forma implícita con lo que se aumentaría la influencia de la intuición, el azar y los sesgos.

Osteba, que cuenta con tres años de andadura ha respondido con sus evaluaciones a demandas de los directivos del departamento de Sanidad y de los centros sanitarios de la CAPV. Hasta entonces, por tanto, las propuestas de evaluación provenían fundamentalmente del ámbito de decisión política y de la gestión. Pero siendo conscientes de que existen necesidades de evaluación en las áreas asistenciales, que reflejan problemas del sistema o intereses profesionales relacionados con diferentes especialidades, pareció más conveniente consultar a estos colectivos para así identificar necesidades de evaluación de diferentes temas provenientes de la opinión de un amplio abanico de profesionales del sistema sanitario.

Los costes, los criterios epidemiológicos, de calidad de vida, la incertidumbre en la aplicación, y otros factores como la equidad, la prevención, la organización, la calidad de los cuidados y las necesidades de investigación deben tenerse en cuenta a la hora de plantear propuestas de evaluación. Ya que las evaluaciones tienen implicaciones directas con los beneficiarios, los aspectos éticos y sociales cobran también importancia.

Por ello, la fase de identificación de temas a evaluar es crucial y debe realizarse cuidadosamente a la vez que de forma amplia con el fin de evitar en lo posible los sesgos que acompañan al perfil de las personas consultadas y tener en cuenta los diversos factores arriba mencionados.

Posteriormente, la asignación de prioridades sobre una lista extensa de propuestas debería promover un mayor impacto de las evaluaciones futuras ya que los recursos disponibles se aplicarán en aquellos temas en los que la evaluación se hace más necesaria o va a producir más beneficios tanto sociales como económicos.

En resumen, un proceso de priorización pretende estructurar el pensamiento, identificar la importancia relativa de los diferentes factores que entran en juego y estimar el impacto potencial de una evaluación. Por ello la principal tarea va a ser definir cuales son los criterios que sirven para valorar las tecnologías sanitarias o las condiciones clínicas sobre las que se aplican.

## EXPERIENCIAS ANTERIORES EN PRIORIZACIÓN

En los últimos años se han publicado diversos trabajos con propuestas para la priorización en ETS. La mayoría de ellos, adaptando los métodos utilizados en otros países con ámbitos sanitarios y científicos diferentes. Sin embargo, apenas se conocen experiencias de aplicación de los métodos formales y explícitos por parte de las agencias de evaluación. En general la priori-

zación se ha venido realizando mediante consulta a sus comités científicos y/o consejos de dirección.

El Institute of Medicine de EE.UU. (IOM) ha venido desarrollando un método de priorización y ha realizado varias propuestas durante los últimos años. EL National Health Service de Gran Bretaña (NHS), por su parte, también ha llevado a cabo un proceso de priorización. El aspecto de más interés a revisar en estas experiencias ha sido el tipo de criterios utilizados cuando se aplican específicamente a la ETS.

Durante el año 1995, en el marco del programa Biomed de la DG XII de la Comunidad Europea, se ha iniciado el proyecto EUR-ASSESS que pretende homogeneizar los métodos de ETS en Europa y promover su mejora por parte de las diversas organizaciones de ETS europeas.

Los trabajos se han organizado en torno a cuatro subgrupos que han abordado los métodos de evaluación, difusión de los productos de evaluación, cobertura asistencial y establecimiento de prioridades para la evaluación. Este último, se encargó de definir los métodos de establecimiento de prioridades. Para ello se realizó una revisión de literatura y una encuesta entre las organizaciones evaluadoras para conocer los principios teóricos y las experiencias prácticas existentes. Los resultados de este grupo todavía no se han publicado aunque se dispone de una información preliminar.

Osteba, que participa en él, decidió, además, aplicar el método propuesto en 1991 por Donaldson para el IOM, adaptando algunos aspectos a las características de la organización sanitaria vasca y a su capacidad operativa.

En el capítulo siguiente se describe la metodología utilizada. En primer lugar la revisión bibliográfica y el análisis de experiencias y posteriormente la descripción de la adaptación por Osteba del método IOM.

### *III. Método Utilizado*

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. MÉTODO IOM ADAPTADO

Se realizó una revisión bibliográfica en Medline correspondiente al periodo comprendido entre los años 1986-1994. Asimismo, se identificaron libros y otras publicaciones que presentaban propuestas de priorización, métodos y criterios específicamente aplicados al campo de la ETS.

Las propuestas más relevantes aplicables a ETS, que reflejaban experiencias prácticas, fueron los trabajos publicados por Eddy DM en 1989, Lara ME y Goodman C. en 1990, Donaldson MS y Sox HC en 1992 y el British Standing Group on Health Technology en 1994. La mayoría de los trabajos estudiaban aspectos relacionados con los criterios usados para clasificar tecnologías y con el impacto de su evaluación.

En 1987, **David M. Eddy** presentó el Technology Assessment Priority-Setting System llamado TAPSS preparado por el **Methods Panel, Council on Health Care Technology, Institute of Medicine (IOM)**.

Propuso un modelo de priorización que integra varios factores que influyen en las elecciones a realizar. Estos criterios estaban desarrollados por diversas organizaciones de ETS en USA y tenían en común el considerar los siguientes factores:

- la importancia de la enfermedad y su impacto en los pacientes y en la salud de la población
- la importancia económica, valorando los costes individuales y para la población del problema de salud
- la contribución de la evaluación para producir cambios teniendo en cuenta la existencia de variaciones en su uso, existencia de controversia médica o incertidumbre respecto a los efectos esperados, actitud de los profesionales frente a nuevas informaciones, etc..

Para relacionar estos criterios, Eddy describe un marco de trabajo y un método cuantitativo que permita determinar qué tecnología es prioritaria. Asume que el objetivo de una tecnología es mejorar la salud de la población que va a ser medida por resultados de dos tipos: sanitarios y económicos, lo cual es importante ya que el objetivo de una evaluación depende de la organización que la lleva a cabo.

Este método no requiere que los resultados estimados para diferentes tecnologías tengan las mismas medidas. Por lo que serán comparadas diferentes evaluaciones con distintos tipos de resultados. Pero este tipo de problemas es inherente a la priorización.

Tanto el proceso como los cálculos se desarrollan explícitamente por lo que se reduce el uso de juicios subjetivos. Los resultados, sin embargo, pueden ser poco precisos, aunque son la mejor estimación posible antes de realizar una evaluación.

En 1990 **Lara ME, and Goodman C.** presentaron la propuesta del **Council on Health Care Technology del IOM**.

Este organismo impulsó un estudio piloto con el fin de elaborar un método para establecer prioridades usando criterios explícitos y métodos de consenso para identificar una lista preliminar de tecnologías a evaluar a nivel nacional.

Esta propuesta utiliza dos aproximaciones:

1. la clínica, que refleja el contexto en el que diferentes tecnologías alternativas pueden aplicarse para tratar a pacientes en la práctica médica diaria y
2. la tecnológica, que tiene en cuenta el tipo (alta o poco sofisticada), su implantación (emergente, nueva, establecida y obsoleta), y su aplicación (prevención, screening, diagnóstico y tratamiento). En este caso se pueden considerar también las necesidades de las organizaciones, sean proveedoras, financiadoras, etc.

Este proceso que pretende adaptarse a las necesidades nacionales está basado en tres elementos clave:

- criterios explícitos y aceptables
- la posibilidad de incluir en el proceso tanto condiciones clínicas como tecnologías y
- el método cuantitativo y de consenso

Tiene en cuenta, asimismo, que las organizaciones individuales pueden seguir desarrollando sus propios procesos de priorización en función de su entorno y necesidades y que las tecnologías médicas deben considerarse en su contexto clínico y en comparación con las alternativas clínicas existentes.

Clasifica los criterios como primarios, si son cuantificables, y como secundarios si son de naturaleza subjetiva, no por ello menos importantes para la toma de decisiones.

En 1992, **Donaldson and Fox** publican la propuesta del **IOM para la Office for Health Technology Assessment (OHTA) de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)**.

Basada en la anterior propuesta de Lara y Goodman, supone una mejora sustancial ya que es un método más elaborado, explícito y objetivo. Los principios esenciales de este método son:

- el proceso de priorización debe ser adecuado o consistente con la organización que lo utilice
- debe considerar las necesidades de información de los usuarios
- debe ser eficiente
- debe tener en cuenta los datos existentes y si no los hay usar juicios subjetivos y
- debe ser sensible al contexto político o de la organización

El método propuesto por la AHCPR-OHTA está basado en la ponderación de criterios, consta de siete etapas y tiene en cuenta siete criterios. Se basa en el consenso y en la síntesis de información para la formulación de criterios ob-

jetivos y subjetivos y para su valoración y puntuación. En los casos en que no es posible contar con datos objetivos comparables para todas las tecnologías propone utilizar escalas subjetivas. La clasificación final por orden de prioridad se consigue mediante un modelo matemático.

La AHCPR-OHTA presenta un método para ponderar y asignar valores a los siete criterios que se aplicarán al analizar cada tecnología propuesta. Tres de ellos son objetivos:

1. *prevalencia* de la condición específica
2. *coste* de las tecnologías habitualmente utilizadas en una condición clínica o coste de una tecnología y sus alternativas y
3. *variación en las tasas de uso* de una tecnología, en el manejo de una condición clínica o de una tecnología y sus alternativas

En estos casos se propone usar datos cuantitativos siempre que sea posible

Los criterios subjetivos son

4. *la carga de la enfermedad* para el paciente individual
5. *el potencial de los resultados de la evaluación* para cambiar los *resultados de salud*
6. *el potencial de los resultados de la evaluación* para cambiar los *costes* y
7. *el potencial de los resultados de la evaluación* para producir modificaciones en los aspectos *éticos, legales y sociales*

El proceso se desarrolla siguiendo siete etapas bien diferenciadas, con la participación de diferentes grupos o paneles de expertos que trabajan utilizando métodos de consenso:

*1ª Etapa.*- Selección y ponderación de los criterios, realizado por un panel multidisciplinar y representativo de diversos intereses entre las profesiones sanitarias.

*2ª Etapa.*- Identificación de una lista de tecnologías haciendo participar a un grupo lo

más amplio posible de miembros que representen diferentes áreas de la salud de la población.

*3ª Etapa.*- Selección y resumen de un número más reducido de tecnologías para elaborar una lista manejable. Para ello se pueden utilizar métodos de consenso como el método Delphi.

*4ª Etapa.*- Reunión de datos necesarios para asignar puntuaciones a cada tecnología. Definir las tecnologías alternativas para cada procedimiento y especificar la condición clínica más importante para cada tecnología. Esta fase la realiza el grupo evaluador.

*5ª Etapa.*- Asignar puntuaciones a cada criterio para cada tema. Para ello se reúnen paneles de expertos que deben asignar puntuaciones basándose en los datos recogidos por el grupo evaluador para los criterios objetivos y usar métodos de consenso para los criterios subjetivos.

*6ª Etapa.*- Usar el modelo cuantitativo propuesto para calcular la puntuación obtenida por cada tema o condición:

- a) se calcula el logaritmo neperiano de la puntuación de cada criterio
- b) se multiplica dicho valor por la ponderación que cada criterio ha recibido en la primera etapa
- c) se suman dichos valores

El mayor valor final recibirá la mejor clasificación de prioridad

*7ª Etapa.*- Revisión del resultado final por parte de un consejo, a poder ser independiente, que hace recomendaciones dirigidas al organismo político de toma de decisiones.

Este método propone revisar la ponderación de criterios cada cinco años y el ciclo completo de priorización cada tres años

En 1994 se presentó el informe del **Standing Group on Health Technology** de Gran Bretaña. Uno de los principales objetivos de este grupo es el de asesorar sobre las prioridades nacionales británicas en ETS con el fin de que los fondos para investigación se apliquen en áreas que puedan reportar los mayores beneficios.

El propósito del programa de ETS del National Health Service (NHS) es generar información a compradores y proveedores de servicios sanitarios sobre las estrategias de tratamientos más coste efectivas cuando se dan variaciones clínicas importantes. Para ello trabajaron en la identificación de necesidades de investigación y en el desarrollo de los métodos de priorización, habiendo adoptado el propuesto por el Central Research and Development Committee (CRDC).

El proceso propuesto por el Standing Group cuenta con seis paneles, cinco de los cuales identifican las necesidades de evaluación en distintas áreas de salud y el sexto trabaja sobre los métodos de evaluación. Los grupos son multidisciplinarios y recogen diferentes intereses. Consiste en tres etapas:

1. Identificación de problemas a través de una amplia consulta que recoja intereses profesionales, de los pacientes y de la industria.
2. Los paneles revisan las propuestas e identifican los problemas susceptibles de ser mejorados por su evaluación. Asimismo identifican otras áreas de interés especialmente en relación con tecnologías establecidas.
3. Se llega a un acuerdo sobre las prioridades de las propuestas. Para ello desarrolla una serie de criterios enfocando el proceso hacia la consecución de que la evaluación sea beneficiosa, en términos de salud, para la población. Se considera que hay un beneficio si se hace un uso efectivo de los recursos, se mejoran los resulta-



dos y se aumenta la calidad de vida de las personas. También tiene en cuenta la viabilidad de la evaluación y de producir cambios. El objeto principal del proceso de priorización está en relación con el hecho de realizar una evaluación, no con la tecnología o la condición clínica.

Los criterios desarrollados son:

- cuáles son los beneficios en términos de mejoras en resultados de salud para los pacientes incluida la aceptación, efectividad y calidad de vida, el coste efectividad, y la mejor utilización de servicios
- el tiempo necesario para contar con resultados positivos, tanto por la realización de la evaluación como por la posibilidad de producir cambios en la práctica clínica
- la eficiencia de la evaluación
- el valor de realizar una evaluación en comparación con no hacerla
- otros factores como consideraciones políticas o de salud para toda la población, prevalencia de la condición o consideraciones éticas y sociales

El Standing Group considera necesario revisar anualmente sus prioridades debido a la introducción de nuevas tecnologías y nueva evidencia científica.

**Oortwijn W J. et al** de Holanda han publicado en 1994 una revisión de los criterios utilizados por diferentes organizaciones.

La información se extrajo de 18 publicaciones. Con los 43 criterios resultantes elaboraron una clasificación en seis categorías: carga de la enfermedad, efectividad potencial, costes potenciales, incertidumbre en cuanto a la aplicación de la tecnología, investigación, política y organización sanitaria. Trabajan sobre las cuatro primeras áreas en las que están incluidos 23 criterios que posteriormente son reducidos a diez, en aras a la coherencia y a evitar solapamientos.

Esta lista de control fue utilizada para chequear la utilización de esos criterios en la sección de *“implicación en los cuidados sanitarios a evaluar”* en una muestra aleatorizada y anónima de propuestas de investigación.” Este ejercicio de síntesis y evaluación resulta muy interesante para profundizar y avanzar en la definición y uso de los criterios sociales en ETS.

## CONCLUSIÓN

Analizada la bibliografía seleccionada, Osteba valoró positivamente la claridad y sencillez de presentación del proceso descrito por Donaldson por ser explícito, con etapas bien diferenciadas y con un modelo matemático asequible. Por ello decidió realizar una aplicación práctica adaptada a nuestro medio. Este proceso fue dirigido por el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias que coordinó las etapas de ponderación, identificación, selección y priorización, dinamizando los paneles de expertos y preparando los materiales necesarios para la realización de las reuniones y para el desarrollo de los métodos de consenso utilizados. (Ver Figura 1). A todos los miembros de cada uno de los paneles, además de una explicación personal del método, se les distribuyó un resumen del proceso, la explicación de las etapas y la información necesaria para el desarrollo de las reuniones.

El método usado y los resultados se presentan a continuación.

*IV. Resultados:  
Descripción del proceso*

## 1ª ETAPA: IDENTIFICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y CONDICIONES CANDIDATAS

De igual manera que las decisiones pueden ser tomadas a diferentes niveles: estratégica (macro), planificación y gestión (meso) y a nivel clínico (micro) las necesidades de evaluación son diferentes según sus solicitantes. La ETS pretende responder a las cuestiones más relevantes independientemente de su procedencia, pero para ello es necesario la identificación de los temas mediante un proceso de amplia participación, dando un cierto protagonismo a los distintos colectivos del sistema sanitario.

La confección de una lista amplia de tecnologías a evaluar podría haberse realizado a partir de una discusión con directivos del Departamento de Sanidad y gestores del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza en base a las propuestas ordenadas que regularmente se reciben en nuestro servicio. Sin embargo, se consideró que convenía facilitar la participación más amplia posible de los profesionales sanitarios, ya que la intervención de los órganos directivos está garantizada tanto en el propio proceso de priorización como en la dinámica de funcionamiento del servicio. De esta manera las propuestas reflejarían diferentes intereses y niveles de atención.

Por ello, se solicitaron propuestas a servicios hospitalarios de diversas especialidades, expertos en ética, metodólogos de calidad de los hospitales, epidemiólogos, servicios de farmacia, profesionales de atención primaria, administradores sanitarios públicos y privados, aseguradoras, miembros de los diferentes paneles de expertos que habían colaborado en evaluaciones de Osteba y a otros profesionales a título individual, destacados por su experiencia y representatividad, etc. (Anexo 1). Durante el primer trimestre de 1995 se enviaron más de 700 formularios de consulta.

Posteriormente se realizó un segundo envío a Directores de Área. Jefes de Servicio. Directores

de Comarca, Coordinadores de Zona y Directores médicos de Hospitales privados y públicos.

Osteba localizó y compiló otras tecnologías candidatas que llegaban de manera habitual por parte de otros organismos y servicios de acreditación, asociaciones profesionales, en los múltiples seminarios monográficos impartidos en los distintos hospitales de Osakidetza y de otras fuentes; se reunió información sobre los aspectos legales o económicos relevantes que podían influir en la valoración futura, como la aparición de una nueva tecnología o nuevas experiencias en relación con los protocolos de práctica de una tecnología establecida, el hecho de que existan evaluaciones realizadas por otras agencias, así como la aparición de nuevas informaciones científicas.

El valor de esta primera lista estriba no sólo en que sirve como fuente de temas a evaluar sino porque puede servir como clasificación de las tecnologías que han resultado interesantes y promover otras evaluaciones o nuevos campos de investigación.

Partimos de una serie de criterios sociales para justificar la inclusión de una tecnología o condición en una lista de candidatos para la evaluación. Así, solicitamos a los encuestados que justificaran la necesidad de evaluar su propuesta.

Se recibieron 122 propuestas de evaluación que se clasificaron por áreas de aplicación, aunque algunas de ellas pueden pertenecer a más de un grupo.

Según las respuestas recibidas, los motivos aducidos para apoyar la necesidad de que los temas propuestos sean evaluados, se presentaron en la siguiente proporción:

Impacto en el sistema sanitario	19%
Eficiencia no probada	15%
Novedad tecnológica	15%
Dudosa efectividad	15%
Variabilidad en el uso	15%
Equidad, accesibilidad	9%
Problemas éticos - legales	7%
Seguridad en la utilización	5%

Se clasificaron en las siguientes áreas:

Tecnologías terapéuticas	43%
Diagnósticas	30%
Preventivas	14%
Organización y utilización de servicios	16%
Aspectos ético-legales	3%

Cabe comentar que en un proceso de identificación de temas llevado a cabo por la agencia sueca de evaluación (SBU) en 1989, se presentaron un 65% de propuestas referidas a tratamientos, un 25% relacionadas con diagnósticos y el 10 % restante a rutinas de organización y métodos, porcentajes que guardan una cierta similitud con los obtenidos por Osteba seis años más tarde.

A partir de esta primera lista exhaustiva iniciamos el verdadero proceso de priorización, según el siguiente esquema:

miológicos. Estos criterios abordan un amplio espectro de elementos y tienen en cuenta los valores sociales y de política sanitaria. Su principal inconveniente es la dificultad de encontrar información suficiente para cuantificar con las mismas unidades de medida en cada caso. De todas formas se consideró que el hecho de que no se puedan medir cuantitativamente no invalidaba su idoneidad, aunque podía disminuir la precisión del proceso al influir más la valoración subjetiva en la puntuación final.

Por ello se decidió usar la propuesta del IOM y mantener la misma clasificación de criterios.

**Criterios objetivos:**

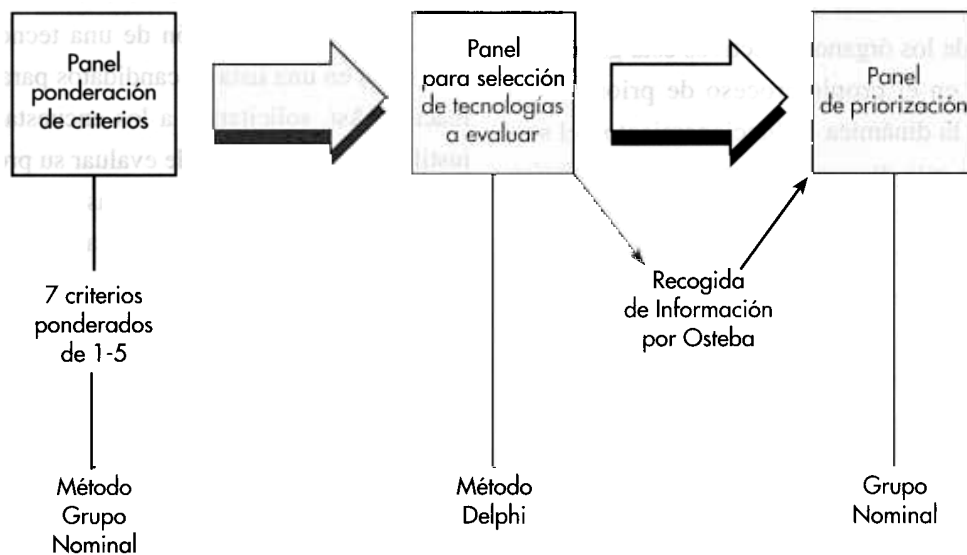
- Prevalencia
- Coste
- Variación en tasas de uso

**Criterios subjetivos:**

- Carga de la enfermedad para cada paciente individual

Figura 1

**PROCESO DE PRIORIZACIÓN**



**2ª ETAPA: SELECCIÓN DE CRITERIOS Y PONDERACIÓN**

Se decidió discutir los siete criterios propuestos por el IOM aún sabiendo que la escasez de datos haría difícil medir los criterios epide-

- Potencial de los resultados de la evaluación
- para producir cambios en resultados de salud
- para producir cambios en costes

- para producir cambios en aspectos ético-legales y sociales.

Una vez elegidos los criterios, el siguiente paso fue ponderarlos. Se atribuyen pesos a cada uno de ellos con lo que se intenta disminuir los sesgos y la subjetividad que se podría dar en la etapa final cuando los criterios sean puntuados para cada una de las tecnologías.

Para ello se convocó un panel multidisciplinar que trabajó con técnicas de consenso (método del grupo nominal). El número de participantes en el panel de ponderación de criterios debía ser amplio sin dejar de ser operativo. La característica que debía definir al panel es la de representar puntos de vista diversos, no sólo dentro de la medicina sino en la propia sociedad. En nuestro caso fueron diez profesionales procedentes de diferentes áreas de la sanidad: Atención primaria, Atención especializada, Epidemiología, Economía sanitaria, Derecho, Ética, Calidad y Gestión. La composición detallada del panel aparece en el Anexo 2.

El proceso seguido en la reunión fue el siguiente:

- Presentación del proceso a seguir y método de trabajo
- Exposición de los criterios por parte de Osteba y de algunos de los componentes del panel con el fin de homogeneizar el lenguaje y facilitar el entendimiento para la posterior discusión y valoración

- Discusión: defensa y argumentación de cada uno de los participantes
- Identificación del criterio de menor valor por medio de un proceso de consenso utilizando la técnica del grupo nominal con voto individual
- Discusión de los resultados
- Nueva votación individual y votación de las puntuaciones otorgadas al resto de los criterios en función del que se ha considerado de menor valor
- En los casos en que no se llegaba al consenso en primera instancia se repitieron las discusiones y las votaciones individuales hasta alcanzarlo

Se propuso un método sencillo en el que la clave era la asignación de pesos y la escala a usar.

El panel, después de la exposición por parte de algunos miembros y de la discusión entre todos ellos de la diferente importancia de cada criterio, por medio de un voto formal, eligió el criterio de menor significación. Por tanto, al que tenía una puntuación más baja, se ponderaba con un uno. Los miembros del panel asignaron a continuación pesos al resto de los criterios en relación a este último. Así, si el criterio A se considera el menos significativo, se acuerda que el peso es de uno, por lo que si el criterio C se considera tres veces más importante que el criterio A debería ponderarse con un tres.

**Tabla 1**

CRITERIOS	MEDIA	Nº DE ORDEN
Variación en las tasas de uso	2,94	1º
Importancia de la enfermedad	2,80	2º
Prevalencia	2,66	3º
Posibilidad de que una evaluación cambie los resultados de salud	2,55	4º
Posibilidad de que una evaluación afecte a aspectos éticos y legales	2,22	5º
Posibilidad de que una evaluación afecte a los costes	1,83	6º
Coste	1	7º

La escala de pesos puede ser arbitraria, pero se eligió votar al criterio más alto de la escala con un cinco. Por lo tanto, los pesos individuales no tienen por qué alcanzar, pero no deben exceder de un cinco. Los pesos no necesitaban ser números enteros; por ejemplo, 2,5 es un peso aceptable. Además, el mismo peso podía ser usado más de una vez. Si un miembro del panel cree que ningún criterio es más importante que otro, debería asignar a cada uno de los criterios el peso de uno.

Después de que cada miembro del panel asignara individualmente los pesos, estos fueron discutidos y dependiendo del grado de consenso inicial, se volvieron a votar una o más veces hasta conseguir el acuerdo. La media de los pesos asignados por cada uno de los miembros individuales del panel, en la última votación efectuada, fue el peso del criterio que se utilizó en la ecuación final.

El resultado de esta etapa de ponderación se presenta en la Tabla 1. El "coste" recibió un peso de 1, es decir el mínimo y en relación a él se calificaron los demás. "La variación en las tasas de uso" fue el criterio que recibió una mayor ponderación.

Un argumento manifestado por varios miembros del panel fue que lo importante es asegurar la efectividad de los procedimientos y disminuir en lo posible la variabilidad en su utilización, con lo que supone de mejora de los servicios, distribución equitativa de los recursos, accesibilidad etc.. Así, consideraban que los costes tendrían menos peso en la toma de decisiones, siendo el objetivo principal conseguir el diagnóstico y/o tratamiento más adecuado.

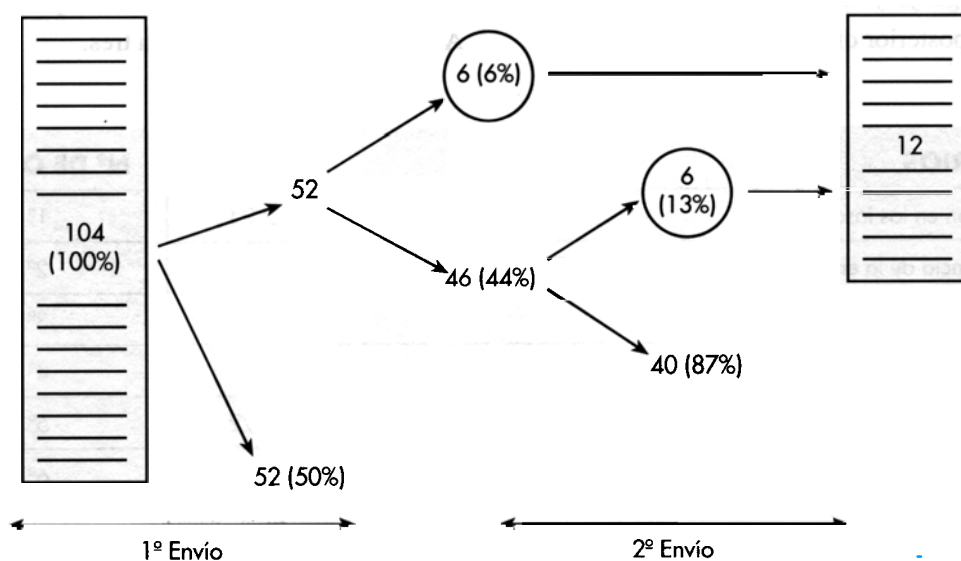
### 3ª ETAPA: SELECCIONAR LAS TECNOLOGÍAS CANDIDATAS

Esta fase pretende reducir la lista de tecnologías a evaluar, identificando las más importantes de forma que el proceso de valoración posterior se haga manejable. La razón fundamental es la necesidad de facilitar la recogida de información necesaria para valorar las tecnologías seleccionadas, en función de cada criterio, de modo que el proceso sea factible.

Idealmente, este proceso de selección debe ser poco costoso y, al igual que el conjunto del proceso de determinación de prioridades, debe cumplir los siguientes requisitos:

Figura 2

### PROCESO DE SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS A EVALUAR



- estar libre de sesgos
- ser resistente al control por intereses particulares
- estar abierto al escrutinio
- ser fácil de entender
- ser sencillo en su desarrollo.

Se discutieron los tres tipos de abordajes para esta primera selección: hacer una clasificación por preferencias o necesidad, realizarla en función de criterios preliminares o hacer el ranking en función de las opiniones de un panel:

- *Ranking por intensidad:* La persona u organización responsable debe ser preguntada para que exprese algún grado de intensidad o preferencia de cara a cada una de las tecnologías que se ha identificado. Ostebe podría agregar o eliminar algunos temas antes de proceder a una completa clasificación de la lista.
- *Ranking basado en criterios preliminares:* La organización que coordina el proceso debe clasificar todas las condiciones o tecnologías de acuerdo al conocimiento de los criterios previamente establecidos. Debe eliminar algunos temas sobre esta base y después proceder a clasificar la lista remanente
- *Ranking basado en los datos del panel.* Se pueden usar paneles para dotarse de listados subjetivos de todas o de algunas de las tecnologías candidatas. Sólo los temas mejor valorados permanecen en el proceso de clasificación.

Estos tres abordajes han sido discutidos y la organización americana (IOM) recomienda el último método, es decir el basado en la recomendación preliminar que han hecho los paneles. Este método usa uno o varios paneles para dotarse de clasificaciones preliminares subjetivas de las tecnologías nominadas. Para minimizar costes estas actividades se realizan utilizando votos por correo o en otra variante por correo electrónico. Se

han descrito varios sistemas basados en el método Delphi con uno o dos paneles.

Ostebe decidió aplicar el sistema de “*entrada y salida de la lista*”, (Figura 2). En este sistema se trabajó con un único panel en el que participaron 67 profesionales provenientes de un amplio abanico de campos del sector sanitario y especialidades médicas (Anexo 2) utilizando el método Delphi.

Tras un primer envío por correo del listado completo de las 104 propuestas los panelistas las puntuaron. Se obtuvo la media de las puntuaciones y se elaboró una lista de la que el 6% de las tecnologías más valoradas pasaron automáticamente a ser seleccionadas para la siguiente fase de priorización. La segunda mitad de la lista se excluyó en esta fase para ser analizada posteriormente. A continuación, se envió a los miembros del panel la lista que contenía el siguiente 44% más valorado (Anexo 3). La tasa de respuesta fue del 76,1% en la primera vuelta y del 75,6% en la segunda.

Se repitió el ciclo del proceso y se seleccionó de nuevo el 13% mejor puntuado con el fin de conseguir una lista de doce tecnologías que fueron las siguientes:

- Atención sanitaria al enfermo terminal
- Eficiencia del control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos
- Pruebas de laboratorio y de radiología en los servicios de urgencia hospitalarios
- Atención en menopausia
- Protocolo de utilización de la resonancia magnética
- Analítica de rutina en exámenes de salud en atención primaria
- Utilización de antibióticos en atención primaria
- Hospitalización a domicilio
- Formación de personal sanitario
- Cirugía sin ingreso
- Protocolo de seguimiento hospitalario o extrahospitalario de pacientes con SIDA
- Información preanestesia.

#### 4ª ETAPA: RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta tarea de recogida de información que sustenta las valoraciones en la siguiente etapa es ardua pero necesaria debido a la gran dispersión o ausencia de datos actuales y adecuados a las necesidades concretas del tema. Este hecho se complica aún más cuando los temas propuestos son muy amplios o las tecnologías se aplican a diferentes condiciones clínicas.

Cuando el punto de partida del proceso de priorización es una condición clínica, se deben definir todas las tecnologías alternativas que pueden utilizarse para abordar esta condición clínica. "Abordar" puede incluir: screening y prevención primaria, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y otros elementos similares de los cuidados de salud. Para cada tema en consideración se deben reunir los datos que se requieran para cada criterio.

Análogamente, cuando el punto de partida es un instrumento o procedimiento, se necesita especificar las condiciones clínicas para las que es más relevante esta tecnología, reuniendo los datos requeridos para puntuar cada criterio. Los datos incluyen números (prevalencia, coste) y hechos con los que se pueden formar juicios subjetivos (estado actual de aspectos sociales, legales y éticos).

Una vez seleccionadas las doce tecnologías, Osteba reunió la información disponible sobre cada una de ellas en relación a los criterios que se iban a valorar: prevalencia, costes, variabilidad de uso etc.. con el fin de facilitar, en la siguiente etapa, la labor del panel de valoración, consistente en ordenar por prioridad la lista seleccionada.

En primer lugar se pidió a los treinta panelistas que mejor habían puntuado los temas seleccionados y a las personas que habían propuesto inicialmente los temas, que enviaran los datos, información y bibliografía que sustentaba su valoración y que expresaran de la manera

más concreta y ajustada posible el objeto de evaluación, ya que los temas presentados adolecían de ser muy generales en su definición. Se realizó además una reunión a la que asistieron un epidemiólogo, un técnico de calidad asistencial y un médico asistencial junto con miembros de Osteba, para identificar lagunas de información y posibles fuentes de datos

Además se realizó una búsqueda de información sobre datos epidemiológicos, actividades asistenciales, etc.. en diferentes registros y otras fuentes de información del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, Dpto. de Sanidad, Hospitales, etc.. (Anexo 4)

Con todos los datos disponibles se confeccionó un dossier para cada tema y se envió a los miembros del Panel de Valoración. La definición de los 12 temas seleccionados se presenta en el Anexo 5.

#### 5ª ETAPA: VALORACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS SEGÚN CRITERIOS: PUNTUACIÓN

En esta etapa los elementos más importantes son la clara definición de los temas y la existencia de información suficiente para valorar los criterios objetivos de forma cuantitativa y comprender las implicaciones de los criterios subjetivos, especialmente aquellos que tratan de la importancia de la propia evaluación en la producción de cambios, más que en las características de la propia tecnología o del tema candidato.

Se convocó un panel de 10 expertos de carácter multidisciplinar, que con fines operativos pareció conveniente que no fuera tan extenso como se propone en otros modelos de priorización. Participaron profesionales de atención primaria, medicina interna, cardiología, gestión de calidad, ética, gestión sanitaria, economía, formación, enfermería, epidemiología y, aunque finalmente no acudieron, también se convocó una representación de los consumidores. (Anexo 2)



Su función fue valorar y dar puntuación a los criterios aplicados a cada una de las tecnologías propuestas. En primer lugar se presentaron los criterios ya ponderados por el panel anterior y se discutió ampliamente sobre los temas presentados procurando definirlos con claridad y de forma homogénea entre los participantes.

Las puntuaciones se realizaron criterio a criterio para cada tecnología, mediante la técnica de Grupo Nominal. Mediante votación individual, utilizando una escala de uno a cinco, se puntuaba, para cada criterio, el tema menos relevante, valorándolo con un uno; y posteriormente el más relevante con un cinco. A continuación se puntuaron el resto de criterios con los valores intermedios.

En cada votación se buscaba el consenso, por lo que si éste no se alcanzaba, se realizaban nuevas discusiones o alegaciones hasta acordar la validez de los resultados de forma consensuada sin gran variabilidad de opinión entre los miembros del panel.

## 6ª ETAPA: CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE PRIORIDAD

El sexto elemento del proceso es el cálculo de la puntuación. Una vez que los puntos y valores de ponderación determinados en la 2ª etapa han sido reunidos, la prioridad de cada tecnolo-

gía o condición puede ser calculada combinando los criterios objetivos y subjetivos. Se tuvieron en cuenta las puntuaciones obtenidas en cada tecnología según los criterios, ajustados por el peso asignado a cada uno de ellos. Una vez calculada, se listan las condiciones o tecnologías según su puntuación. A mayor puntuación, mayor prioridad.

Osteba calculó las puntuaciones mediante la fórmula siguiente propuesta por IOM:

$$\text{Puntuación de Prioridad} = P_1 \ln V_1 + P_2 \ln V_2 + \dots + P_7 \ln V_7 = \sum_{i=1}^7 P_i \ln V_i$$

donde V es la puntuación y P es el peso asignado a cada criterio.

Cálculo de las puntuaciones. (Anexo 6).

El orden de prioridad resultó ser el siguiente (Ver cuadro).

## 7ª ETAPA: REVISIÓN POR EL COMITÉ DIRECTIVO DE OSTEBA

Finalmente, los resultados fueron presentados ante la Dirección. En este nivel se revisó la clasificación incorporándose otros elementos de análisis que no habían sido tenidos en cuenta en el proceso formal, como son los criterios de oportunidad política y social, factibilidad, equilibrio entre diferentes tipos de tecnologías, etc..

Temas	Puntuación
1º. Atención sanitaria al enfermo terminal	21,83
2º. Utilización de antibióticos en atención primaria	20,30
3º. Control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos	19,80
4º. Protocolo de seguimiento hospitalario y extrahospitalario de pacientes con SIDA	16,99
5º. Cirugía sin ingreso	16,12
6º. Atención en menopausia	15,87
7º. Pruebas de laboratorio y radiología en los servicios de urgencia	15,70
8º. Hospitalización a domicilio	14,84
9º. Analítica de rutina en exámenes de salud en atención primaria	14,49
10º. Información preanestésica	12,55
11º. Protocolo de utilización de resonancia magnética nuclear	10,59
12º. Formación del personal sanitario.	9,89

Tras esta valoración, los seis primeros temas que Osteba debería evaluar fueron ordenados de la siguiente manera:

- Utilización de antibióticos en Atención Primaria
- Protocolo de utilización de resonancia magnética
- Eficiencia del control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos.
- Pruebas de laboratorio y radiología en los Servicios de Urgencia Hospitalarios
- Atención sanitaria al enfermo terminal
- Analítica de rutina en exámenes de salud en Atención Primaria.

## *V. Discusión*

## DISCUSIÓN

En un contexto en que las decisiones a tomar pueden estar influidas por factores de muy diversa índole, como los factores políticos o los costes, el desarrollo de este proceso podría ser tachado de academicista. También podría considerarse lento en relación a la aparición de nuevas necesidades influidas por acontecimientos de rápida evolución. En futuras ocasiones estos problemas podrían ser corregidos desarrollando el proceso de forma más ágil y dinámica.

Aún así, este proyecto supone una mejora y sistematización de la metodología propia del Servicio y además contribuye a la introducción de métodos de trabajo en los que las recomendaciones se basan en el máximo de evidencia disponible y en el consenso.

El proceso de priorización llevado a cabo por Osteba ha supuesto la contextualización de un método desarrollado en un medio muy diferente del nuestro (EE.UU.), siendo una de las primeras experiencias de implantación a nivel europeo, como se ha podido constatar en la bibliografía consultada.

La identificación de problemas podría conducir no sólo a futuras evaluaciones sino también ayudar a definir nuevas necesidades de investigación, de diseño de programas y de salidas de información de los registros existentes en los temas para los que no se cuenta con información suficiente o adecuada.

Se ha constatado el hecho curioso de que los temas de Atención primaria han sido valorados muy favorablemente por parte de los clínicos hospitalarios lo que refleja la preocupación de nuestros profesionales por los temas de mayor relevancia independientemente del ámbito donde se encuentren.

Asimismo, los profesionales que han seleccionado los temas han puntuado de forma muy positiva varios temas relacionados con los aspectos organizativos de los servicios y las nuevas alternativas de prestación sanitaria, demos-

trando una sensibilidad alta hacia los temas de calidad de la atención sanitaria.

Por otra parte, es de destacar que dentro de la fase de ponderación de criterios el coste resultó ser el que recibió menos peso y la variación en las tasas de uso fue considerado el más importante, seguido de los criterios relacionados con la propia enfermedad: importancia de ésta, prevalencia y posibilidad de que la evaluación cambie los resultados en salud.

Tanto en la fase de ponderación de criterios como en la de valoración ha resultado difícil conceptualizar la diferencia entre el posible impacto del hecho de realizar una evaluación y el impacto de la tecnología en si misma en lo que se refiere a resultados en salud, costes o aspectos éticos y sociales.

Resumiendo, **las limitaciones** del proceso han sido:

- Proceso academicista, lento
- Insuficiente definición de los temas propuestos
- Falta de datos: Prevalencia, QALYs. En ocasiones de difícil solución.
- No cumplir las expectativas generadas entre los clínicos al proponerse gran cantidad de temas y poder abordar sólo un pequeño número de ellos.

Los **aspectos positivos** han sido:

- Mejora de métodos de trabajo del propio servicio (Osteba).
- El hecho de implicar a los profesionales en la primera parte del proceso, junto con la consolidación de Osteba en nuestro sistema sanitario supondrá que en próximos procesos de priorización, los clínicos conocerán mejor los objetivos y marco de la ETS, repercutiendo en una mayor implicación en el proceso y en aumentar el impacto de las evaluaciones elegidas.
- Se ha trabajado en un proceso explícito, reproducible, transparente y limitado en los posibles sesgos.

## *VI. Conclusión*

## CONCLUSIÓN

Debido a la constante y rápida evolución en el medio sanitario, sumado a la influencia que la reforma sanitaria Osasuna Zainduz pueda ejercer sobre los sistemas organizativos y/o de provisión y financiación de servicios, los procesos de identificación y priorización de tecnologías sanitarias deberían producirse de forma regular cada dos o tres años.

En este momento se ha desarrollado de forma explícita y reproducible un proceso de priorización basado en abundante información y en consulta de paneles multidisciplinares, disminuyendo imprecisiones o sesgos que se dan en procesos implícitos o de consulta de expertos individuales.

Además la amplia participación de profesionales y la utilización de criterios explícitos en la reflexión, contribuye a incrementar la llamada mentalidad evaluativa en el medio sanitario.

Otro aspecto de gran interés es el desarrollo y definición de los criterios de priorización. De forma que éstos sean adecuados al objeto a medir y que sean factibles de medir de forma cuantitativa y cualitativa. Por ello deberíamos adecuar las informaciones procedentes de los registros, bases de datos y otras fuentes, a estas necesidades de información.

Para una buena definición de los temas y de los posibles impactos de las evaluaciones, se precisaría abundante información teniendo en cuenta a qué población, en la práctica, afectaría los cambios producidos por una evaluación.

En el documento se propone un modelo de “propuesta de información/evaluación” que pretende facilitar en el futuro una definición precisa de los temas al expresar con un detalle lo más exhaustivo posible los motivos de la propuesta así como los datos y fuentes de información necesarios y disponibles. Dado que las propuestas no sólo provienen de procesos formales sino por

demanda según necesidades, este puede ser un instrumento válido para recibir y acotar las propuestas de evaluación o información. (Anexo 7)

Se deben definir mejor los conceptos de equidad (no sólo la accesibilidad, sino otros relacionados con la distribución de recursos según necesidades, el respeto por la autonomía de los pacientes) y otros aspectos de tipo ético y social.

Un déficit ya conocido en nuestro contexto y que se ha manifestado también en esta ocasión es la debilidad de la participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias. Aún existiendo representación de los ciudadanos y usuarios en algunos foros institucionales, en el presente proceso de priorización surgieron dificultades para identificar la representación adecuada y su participación en los grupos de discusión.

Por último, los resultados del grupo de trabajo sobre priorización de EURASSESS significarán, sin duda, una ayuda para mejorar los métodos y una guía para unificar estos procesos entre las organizaciones de nuestro entorno europeo.

## *VII. Anexos*





## ANEXO 2

### Componentes del Panel de Ponderación

Sr. D. Josean Agirre, Dirección Área Gipuzkoa, Economía  
 Dr. D. Arrizabalaga, H. de Txagorritxu, Radiología  
 Sr. D. Fernando Toño, Serv. Jurídicos Dpto. de Sanidad  
 Dr. D. Barrenetxea, H. de Cruces, Cardiología  
 Dr. D<sup>a</sup> Ana Gorroñoigoitia, C.S. Rekalde, Atención Primaria  
 Dr. D<sup>a</sup> Marivi Eguibide, H. de Cruces, Medicina Interna  
 Dr. D. Jon Iza, H. de Aranzazu, Traumatología  
 Dr. D. Txema Kintana, H. de Galdakao, Epidemiología  
 Dr. D<sup>a</sup> Maribel Marijuan, UPV, H. Basurto, Medicina Legal  
 Dr. D. Oscar Moracho, H.S. Juan de Dios, Gestión Sanitaria

### Componentes del Panel de Valoración

Sr. D. Jose A. Agirre, Dirección Área Gipuzkoa, Economía  
 Dr. D. José Ignacio Barrenetxea Bengurúa, H. Cruces, Cardiología  
 Dr. D<sup>a</sup> Ana Gorroñoigoitia Iturbe, C.S. Rekalde, Atención Primaria  
 Dr. D. Txema Kintana Lopez, H. de Galdakao, Epidemiología  
 D<sup>a</sup> Maite Bacigalupe, Osakidetza, Subdirección de Calidad  
 D<sup>a</sup> Sagrario Martínez, H. de Txagorritxu, Calidad y Ética  
 Dr. D. Oscar Moracho del Río, H.S. Juan de Dios, Gestión Sanit.  
 Dr. D. Pedro González Zárate Apiñaniz, H. de Cruces, Med. Interna  
 D<sup>a</sup> Mercedes Ferro Montiu, Escuela de Enfermería, H. Txagorritxu  
 Of. del Ararteko, en representación de consumidores (Ausente)

## COMPONENTES DEL PANEL DE SELECCIÓN

Especialidad	Nombres	Centro Trabajo	Especialidad	Nombres	Centro Trabajo
Epidemiología	Santi Etxebarria	Dpto. Sanidad	Endocrinología	J. Antonio Vázquez	H. Cruces
	Txema Kintana	H. Galdakao		Pedro Martul	H. Cruces
	J.I. Emparanza	H. Aranzazu	Med. Interna	Pedro Gzlez. Zárate	H. Cruces
	J.I. Pijoan	H. Cruces		Alfonso Álvarez	H. Cruces
Ética	Mabel Marijuan	UPV Basurto	Marivi Eguibide	H. Cruces	
	Sagrario Martínez	Txagorritxu (Calidad)	José Manuel Agud	H. Txagorritxu	
Economía	Eduardo Cobo	Osakidetza	Psiquiatría	Miguel Gutiérrez	H. Santiago
	Jose A. Agirre	Dtor. Área Gipuzkoa		Imanol Kerejeta	H. Gipuzkoa
Calidad	Andoni Arzelai	Osakidetza	Cirugía	Ignacio Santidrián	H. Cruces
	Eduarne Egino	D. Área Gipuzkoa		Andrés Valdivieso	H. Galdakao
	Elena Sánchez	H. Basurto	SIDA/Infeccios.	Kaldo Agirrebengoa	H. Cruces
	Isabel Portillo	H. Gipuzkoa		Microbiología	Jorge Barrón
Derecho	Fernando Toño	Dpto. Sanidad	Laboratorio	Carmen Zugaza	Txagorritxu
	José Blasco	H. de Cruces		Natxo Carral	H. San Eloy
Gestión	Carlos Pereira	H.S. Eloy	Ginecología	José Luis de Pablo	H. Txagorritxu
	Mikel Álvarez	H. Basurto		Traumatología	Angel Alfajeme
	Javier Orbegozo	H. Aranzazu	Jon Iza	H. Aranzazu	
	Oscar Moracho	H.S. Juan de Dios	Fito Álvarez	H. Galdakao	
	Luis de la Torre	H. Galdakao	Reumatología	A. Alonso	H. Cruces
	Jesús M. Fdez.	Dpto. Sanidad		J.M. Aramburu	H. Basurto
	Med. de Familia	Iñaki Berraondo	Soc. Med. Familia	Urgencias	Josu Darpón
Miren Aizpuru		Amb. Rekalde	Gabriel Gutiérrez		H. Cruces
Ana Gorroñoigoitia		Amb. Rekalde	Pediatría	J. Aspiazú	H. Txagorritxu
Jesús Torcal		E.A.P. Basauri		M <sup>a</sup> José Azcárate	Amb. Basauri
Agurtzane Ortega		Amb. Galdakao	Aurora Navajas	H. Cruces	
Juan Salgado		Usansola M. Familia	Neurología	J.C. García Manó	H. Galdakao
Esteban Sampedro		C.S. Andoain		J.J. Zarranz	H. Cruces
Respiratorio	Antxon Arbulu	Pasajes S. Pedro	Enfermería	Esther García García	H. Cruces
	Alberto Capelastegui	H. Galdakao		M <sup>a</sup> José Álvarez	H. Txagorritxu
Cardiología	Victor Sobradillo	H. Cruces	Cirugía Plástica	M <sup>a</sup> Jesús Barandiarán	H. Gipuzkoa
	Fernando Arós	H. Txagorritxu		Javier Gabilondo	H. Cruces
Radiología	J.I. Barrenetxea	H. Cruces	Oncología	Guillermo L. Vivanco	H. Cruces
	Ramón Arrizabalaga	H. Txagorritxu	Rehabilitación	M <sup>a</sup> José Fdez. Agirre	H. Gipuzkoa
	José A. Rekondo	Osatek			

### ANEXO 3

	Nº	SUMA	PROMEDIO
Atención sanitaria al enfermo terminal	45	331	7,37
Utilización de antibióticos en At. primaria	47	341	7,26
Eficiencia del control periódico enfermos crónicos. Evaluación de protocolos	44	319	7,25
Pruebas de laboratorio y radiología en los servicios de urgencia hospitalarios.	44	312	7,09
Atención en menopausia	45	315	7,00
Hospitalización a domicilio	47	329	7,00
Protocolo de utilización de la resonancia magnética	45	314	6,98
Análisis de rutina en exámenes de salud en Atención primaria	43	297	6,91
Formación de personal sanitario	45	307	6,82
Cirugía sin ingreso	47	310	6,60
Protocolo de seguimiento hospitalario e extrahospitalario de pacientes con SIDA	46	303	6,59
Información preanestesia	46	303	6,59
Profilaxis antibiótica quirúrgica	47	308	6,55
Protocolo de utilización del Scanner	45	294	6,53
Protocolo de controles analíticos en enfermos crónicos	48	312	6,50
Transfusiones	45	292	6,49
Citología cervical, protocolización	45	292	6,49
Utilización de antiulcerosos en At. primaria	43	273	6,35
Profilaxis tromboembólica quirúrgica	46	292	6,35
Autotransfusión perquirúrgica	47	296	6,30
Evaluación del Dolor de Espalda	48	296	6,17
Viabilidad del diagnóstico prenatal en gestantes < 35 años	43	265	6,16
Educación diabetológica. Protocolo de autocontrol en pacientes diabéticos	47	288	6,13
Prótesis de cadera	44	266	6,05
Profilaxis antimicrobiana	44	266	6,05
Protocolización del seguimiento pacientes con IAM o angina	48	289	6,02
Marcadores tumorales bioquímicos y moleculares en cánceres concretos (mama, ovario...)	45	270	6,00
RX de rutina en urgencias de traumatología	44	263	5,98
Efectividad y coste de la densitometría	44	261	5,93
Protocolización de la Jaquica	45	264	5,87
Colecistectomía: Técnica tradicional versus laparoscopia	44	258	5,86
Ecografía ginecológica en screening a mujeres asintomáticas	44	257	5,84
Desinfección y esterilización de material	44	256	5,82
Asma infantil	44	254	5,77
Terapia sustitutiva con metadona	43	248	5,77
Uso de las técnicas de PCR (amplificación in vitro de ácidos nucleicos) en laboratorios	42	242	5,76
Análisis de efectividad de RX Gastrodudenal y enema opaco	44	252	5,73
Componente económico de la evaluación	43	243	5,65
Diferente utilización de técnicas de diálisis: Hemodiálisis (vs) CAPD (Vs) Diálisis periton.	45	254	5,64
Protocolización de la radiología intervencionista	44	248	5,64
Evaluación de la Psicoterapia	43	242	5,63
Vacunas Hemophilus influenzae tipo B	43	241	5,60
Helicobacter Pylori y ulcus	43	240	5,58
Gammagrafía ósea. Precisar indicaciones	42	240	5,58
Marcadores de Hiperplasia Benigna de Próstata. Utilidad profiláctica y terapéutica	43	240	5,58
Atención al SIDA. AZT	42	234	5,57
AAS versus ticlopidina. Coste-efectividad	41	224	5,46
Aumento demanda de colonoscopias, prueba molesta para los pacientes	43	233	5,42
Tiras reactivas para medir glucemias/sangre	43	232	5,40
Obtención de órganos y tejidos para el trasplante renal y hepático	43	232	5,40
Neuroreflexoterapia en lumbalgias	41	204	4,98

## ANEXO 4

### FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS

Subdirección de Calidad Asistencial de Osakidetza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividad asistencial en Unidades de Cuidados Paliativos</li><li>• Actividad asistencial en Hospitalización a domicilio</li><li>• Actividad asistencial en Cirugía sin Ingreso</li></ul>
Subdirección de Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consultas domiciliarias de enfermería para cuidados paliativos</li><li>• Consultas a crónicos en Atención Primaria</li><li>• Peticiones de analítica y RX en At. Primaria</li></ul>
Encuesta de Salud de la C.A.V.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividades de control de la tensión arterial</li><li>• Perfiles de consumo de medicamentos</li></ul>
Memoria anual de Actividades de Osakidetza	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividad asistencial en Servicios de Urgencias.</li><li>• Actividad asistencial en hospitalización a domicilio, cirugía sin ingreso, hospitalización parcial, cirugía de corta estancia</li><li>• Actividad quirúrgica y tipo de anestesia en los hospitales de la CAV. Coste de los hospitales por área de actividad</li></ul>
Estadísticas de Servicios de Urgencias Hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prestaciones y diagnósticos más frecuentes.</li></ul>
Informe Osteba sobre Osteoporosis en la CAV.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo y costes de terapias en prevención de Osteoporosis postmenopáusica. Nº de fracturas, estancia media y costes.</li></ul>
Memoria de Actividades de OSATEK	<ul style="list-style-type: none"><li>• de exploraciones RMN y costes</li></ul>
Subdirección de farmacia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo y coste de antibióticos a través de receta médica.</li></ul>
Registro del SIDA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Epidemiología y costes de los casos de Sida en la CAV.</li></ul>

## ANEXO 5

### DEFINICIÓN DE LOS DOCE TEMAS SELECCIONADOS PARA SU PRIORIZACIÓN

#### Atención sanitaria al enfermo terminal

- Pertinencia y suficiencia de los recursos sanitarios empleados para esta atención.
- Criterios para el ingreso hospitalario al enfermo terminal.
- Definición del término “terminal”: Es una persona con un proceso de rápida evolución fatal? ¿Es una persona que requiere fundamentalmente cuidados paliativos y cuyo pronóstico puede ser fatal a medio-largo plazo?
- Costes de las diferentes alternativas:
  - *Dónde*: Unidad de hospitalización específica, hospital general, unidad de hospitalización domiciliaria, domicilio o mixta.
  - *Quién*: personal asistencial (sanitarios, voluntarios, multidisciplinar, etc.)
  - *Cómo*: líneas generales de actuación.

#### Factores a destacar:

- Dificultad debida a la variabilidad de las patologías del enfermo terminal: oncológico, politraumatizado, etc.
- Envejecimiento de la población. Aumento de supervivencia en enfermedades de pronóstico fatal: cáncer, Sida, EPOC patología neurológica.
- Patrón de enfermedades crónico degenerativas.
- Variabilidad en la práctica clínica y en los niveles de organización de la asistencia.
- Asociaciones de voluntarios constituidas por profesionales y/o afectados que reclaman una mejor atención sanitaria y una muerte digna.
- Dilemas éticos y legales en cuanto a la información al paciente terminal, las decisiones médicas y de los pacientes.

- Introducción reciente de la eutanasia activa, médicamente asistida en países de nuestro entorno (Holanda)
- Formación de los profesionales.

#### Eficiencia del control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos

- Valorar el control y detección de las enfermedades crónicas para influir en la progresión de la cronicidad (calidad de vida) y en la evolución de las complicaciones (irreversibilidad del proceso):
- ¿Se consiguen mejores resultados clínicos con la actividad clínica protocolizada o sin ella?
- Criterios de calidad en la elaboración de protocolos.

#### Pruebas de laboratorio y radiología en los servicios de urgencias hospitalarios

Evaluar la eficiencia de uso rutinario de analítica general de sangre y orina en urgencias médicas y de RX simple en urgencias de traumatología.

- Indicación de radiología en el traumatismo de tobillo
- Pruebas complementarias en el dolor torácico
- Indicaciones del estudio de coagulación en urgencias

#### Factores a destacar:

Cada vez más en los Servicios de Urgencia se tiende a pedir pruebas complementarias (Laboratorio y RX) antes casi de ver al paciente. Es sobre todo frecuente en las Urgencias de Traumatología donde se solicita RX ante todo esguince o contusión (que son los procesos más frecuentes).

Influencia negativa de la utilización indiscriminada

- Aumento de costes
- Aumento de efectos secundarios

- Estancias prolongadas en los Servicios de Urgencias.
- Colapso de Servicios de radiología y laboratorio
- Deshumanización de la atención

Influencia positiva:

- Evita la conflictividad con determinados pacientes al favorecer la medicina de complacencia.
- Permite realizar diagnósticos no evidenciados por la clínica.
- Pueden servir de armas defensivas en caso de denuncias
- Evitan la visita a un segundo facultativo en busca de la prueba no realizada.

#### Atención en menopausia

- En los últimos años se está defendiendo la necesidad de atender la sintomatología expresada por las mujeres durante el climaterio y de tratar o prevenir las consecuencias de la menopausia a medio y largo plazo.
- Se ha pasado de no dar importancia a los problemas planteados por esta circunstancia a una actitud intervencionista. Para ello se parte de la consideración de la menopausia como problema y factor desencadenante de enfermedades.
- Se propugna la Terapia Hormonal Substitutiva (THS) para evitar la sintomatología, prevenir el riesgo cardiovascular, la osteoporosis y mejorar la calidad de vida etc.. Aparecen otras alternativas terapéuticas dirigidas a la prevención de la pérdida de masa ósea: calcitonina, bifosfonatos, etc..
- Por parte de algunos sectores profesionales se reclama la protocolización de las ofertas terapéuticas y preventivas y la creación de unidades de atención específicas.
- No se conoce la efectividad y los riesgos de las alternativas.

- Sin embargo cada vez está más extendida la creencia en la necesidad de tratar a toda mujer menopáusica con THS.

El informe Osteba sobre Manejo de la Osteoporosis presentaba una propuesta de atención para la prevención de osteoporosis postmenopáusica basado en la revisión de la evidencia científica del momento y las opiniones del panel de expertos reunido al efecto. Se aconsejaban medidas higiénico dietéticas durante toda la vida y tratamientos farmacológicos en caso de que existan factores de riesgo.

#### Protocolo de utilización de Resonancia

##### Magnética Nuclear:

- Análisis de la eficiencia diagnóstica.
- Técnica rentable para la identificación de patologías cuya definición diagnóstica sólo es posible con el empleo de la resonancia magnética o cuyo empleo sirve para clarificar dudas.
- ¿Existe duplicación de pruebas?
- ¿Son las indicaciones apropiadas?

#### Análítica de rutina en exámenes de salud en atención primaria

- Justificación de las peticiones analíticas en una práctica clínica de calidad y cuando queremos hacer o nos piden un "chequeo".
- ¿Qué puede detectar la analítica de rutina?
- Identificar las pruebas de interés para evaluar: colesterol, glucosa etc..
- Pruebas en cascada
- Edad y población de riesgo.

#### Utilización de antibióticos

##### en atención primaria

- Evaluar el alto consumo de antibióticos en At. Primaria y la frecuente utilización de antibióticos potentes de amplio espectro que quizás deberían reservarse para uso hospitalario.

- Criterios de calidad en las indicaciones terapéuticas de antibióticos.: ¿Está indicado? ¿Se utiliza el adecuado?

### **Hospitalización a domicilio**

- Análisis de costes directos, indirectos e intangibles de la atención domiciliaria en comparación con la estancia hospitalaria (cargas familiares, ayudas sociales..).
- Estimación de tendencias demográficas, mercado de trabajo etc. necesidades de capacitación, habilidades y apoyos sociales a las familias.
- Repercusiones para la atención Primaria.

### **Formación del personal sanitario**

Diferentes tipos de situaciones referidas a:

- Formación continuada clínica individual.
- Formación ligada a objetivos y programas de la organización.
- Problemática de la acreditación de la carrera profesional.

Propuesta de evaluación de las actividades de formación realizadas desde la propia empresa: Osakidetza y Departamento.

- Detectar necesidades
- Comparar las necesidades y prioridades de los profesionales con las de la empresa.

Factores a tener en cuenta:

- La formación de postgrado no está establecida de forma regular,
- funciona a impulsos personales
- no existe un standard de referencia: mínimos
- no está claro el porcentaje dedicado a formación en hospitales. Las actividades de formación tradicionales como sesiones clínicas no se han evaluado hasta el momento.
- en otros niveles (Atención primaria) se hace mucho menos.

### **Cirugía sin ingreso**

- Gran auge de la cirugía ambulatoria en los últimos cinco años

- Existe controversia sobre el tipo de procesos ambulatorizables debido a la necesidad de poner en marcha sistemas de seguimiento (recursos).
- Necesidad de valorar criterios clínicos individuales de inclusión y exclusión. (edad, patología previa,..) y la organización de los recursos y de la atención diferenciando los procesos y el tipo de anestesia. (cuidados de enfermería, pruebas preoperatorias, controles postquirúrgicos, etc..)

### **Protocolo de seguimiento hospitalario y extrahospitalario de pacientes con Sida**

Necesidad de establecer criterios de ingreso al paciente con Sida, de seguimiento y control en atención primaria y en atención domiciliaria.

Comentarios:

- El tratamiento a domicilio de pacientes terminales de Sida mejora la calidad de vida en las últimas fases de la enfermedad, pero no se disminuyen costes.
- El coste se incrementa radicalmente (cinco veces más que los menos severos) en los seis últimos meses de vida.
- Existen guías de práctica clínica como la editada por AHCPR sobre Evaluación y gestión de la infección por HIV y Protocolos para la Atención Primaria.

### **Información preanestesia**

- Los problemas derivados de la coordinación de los servicios. Justificación de peticiones analíticas y técnicas diagnósticas previas a la anestesia. No hay seguimiento por el mismo anestesista. El que informa puede ser distinto que el que anestesia.
- No se considera una práctica imprescindible
- Los contenidos de la información a manejar. Unificar la información cirujano-anestesista, o ser distinta.

- Responsabilidad jurídica. Tendencia a la burocratización y a la medicina defensiva.
- Variables como la edad y las patologías previas son determinantes en un protocolo.
- Necesidad de protocolizar de forma consensuada.

Osteba realizó en 1994 un protocolo de evaluación preoperatoria para pacientes sanos que ha sido discutido y aplicado en algunos hospitales, además de ser seguido por muchos profesionales clínicos a nivel individual, aunque queda por ser discutido y/o asumido por un importante sector de los profesionales, a menudo aduciendo argumentos que pudieran estar cercanos a la llamada “medicina defensiva”.

111  
111  
111  
111

## ANEXO 6

### CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE PRIORIDAD

CRITERIO	Peso del Criterio (P)	At. enfermo terminal		Control enf. crónicos		Lab./rad. S. Urgencias	
		Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)
Prevalencia	2,66	5	4,28	3,77	3,53	2,88	2,19
Importancia de la enfermedad	2,80	5	4,51	3	3,08	2,44	2,50
Coste	1	3,22	1,17	3,33	1,20	3,66	1,30
Variaciones en las tasas de uso	2,94	3,11	3,34	3	3,23	2,77	3,00
Potencial de la evaluación en cambio de los resultados	2,55	3,44	3,15	5	4,10	2,66	2,49
Potencial de la evaluación en cambios en costes	1,83	2,7	1,82	3,22	2,14	3,22	2,14
Potencial de la evaluación en aspectos ético-legales y sociales	2,22	5	3,57	3,11	2,52	2,55	2,08
Puntuación de prioridad			21,83		19,80		15,70

CRITERIO	Peso del Criterio (P)	At. en menopausia		Uso RMN		Analit. rut. At. 1ª	
		Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)
Prevalencia	2,66	2,66	2,60	2	1,84	3,44	3,29
Importancia de la enfermedad	2,80	2,77	2,85	1	0	2,44	2,50
Coste	1	2,88	1,06	3,66	1,30	2,88	1,06
Variaciones en las tasas de uso	2,94	2,77	3,00	3	3,23	3,55	3,72
Potencial de la evaluación en cambio de los resultados	2,55	2,33	2,16	2,11	1,90	1	0
Potencial de la evaluación en cambios en costes	1,83	2,88	1,94	3,55	2,32	2,88	1,94
Potencial de la evaluación en aspectos ético-legales y sociales	2,22	2,77	2,26	1	0	2,44	1,98
Puntuación de prioridad			15,87		10,59		14,49



CRITERIO	Peso del Criterio (P)	Uso antibiot. At. 1º		Hospit. a domicilio		Formación p. sanitario	
		Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)
Prevalencia	2,66	3,22	3,11	1,88	1,68	1	0
Importancia de la enfermedad	2,80	2,77	2,85	2,88	2,96	2,33	2,37
Coste	1	5	1,61	2,44	0,89	2,33	0,85
Variaciones en las tasas de uso	2,94	5	4,73	2,44	2,69	1	0
Potencial de la evaluación en cambio de los resultados	2,55	3,22	2,98	3,22	2,98	2,88	2,70
Potencial de la evaluación en cambios en costes	1,83	5	2,95	2,44	1,63	2,22	1,46
Potencial de la evaluación en aspectos ético-legales y sociales	2,22	2,55	2,08	2,55	2,08	3,11	2,52
Puntuación de prioridad			20,30		14,84		9,89

CRITERIO	Peso del Criterio (P)	Cirugía sin ingreso		Seguim. pac Sida		Informac. preanestes.	
		Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)	Puntuación criterio (V)	P (Ln V)
Prevalencia	2,66	2,44	2,37	2,66	2,60	2,33	2,25
Importancia de la enfermedad	2,80	2,77	2,85	3,33	3,37	2,33	2,37
Coste	1	2,11	0,75	2,77	1,02	1	0
Variaciones en las tasas de uso	2,94	3	3,23	2,33	2,49	2,66	2,88
Potencial de la evaluación en cambio de los resultados	2,55	3	2,80	336,22	2,98	2,55	2,39
Potencial de la evaluación en cambios en costes	1,83	3,22	2,14	2,77	1,86	1,83	0
Potencial de la evaluación en aspectos ético-legales y sociales	2,22	2,44	1,98	3,33	2,67	3,33	2,67
Puntuación de prioridad			16,12		16,99		12,55



- Frecuencia de uso y variabilidad. Grado de utilización apropiada. Controversia o Incertidumbre.

- Aspectos organizativos

- Implicaciones éticas y sociales (accesibilidad, demanda de los usuarios)

- Potencial impacto de la evaluación o de la información solicitada

- Alternativas a las que sustituye o complementa el tema solicitado

#### PROPUESTA DE CAMBIO

#### JUSTIFICACIÓN PARA EL CAMBIO

Se ruega APORTAR BIBLIOGRAFÍA Y/O DATOS que apoyen los aspectos argumentados

## *VIII. Bibliografía*

## BIBLIOGRAFÍA

1. EUR-ASSESS. *Priority-setting in Health Care Technology Assessment*, Leiden 1995
2. Plaza Tesías, A., Solé Brichs, C. *Proceso de consenso en el ámbito de las desigualdades de salud. Técnica Delphi. Atención Primaria*, 1995, 16(4): 207-210
3. Oortwijn, W, Ament, A., Vondeling, H. *Tools for use of societal criteria in priority setting in evaluation of medical technology in the Netherlands- Developing and testing of a checklist. Setting Priorities in Health Care*, 1994
4. NHS Standing Group on Health Technology, 1994
5. Lara, E., Lázaro, P. *Prioridades en la Evaluación de Condiciones Clínicas y Tecnología Médica, Países de Gestión Sanitaria*, 1994, 101-108
6. *Government Committee on Choices in Health Care. Choices in Health Care. The Netherlands*, 1992, 80-95
7. Jacob, R. *Evaluation des Technologies de la Santé. Document D'Appui pour la démarche de priorisation. Service de l'évaluation*, 1992, 12-22
8. Donaldson, M.S., Sox, H.C. *Setting Priorities for Health Technology Assessment*, National Academy Press, Washington, D.C. 1992
9. Williams, A *Priority Setting in a Needs based System in Technology and Health Care in an Era of Limits*, editor Annetine Gelijns, National Academy Press, Washington, DC, 1992
10. Klevit, H. D., Bates, A.C., Castanares, T., Kirk, P., Sipes-Metzler, P.R., Wopat, R. *Prioritisation of Health Care Services. Arch Intern Med*, 1991, 151: 912-16
1. Dixon, J., Gilbert Welch, H. *Priority setting: lessons from Oregon. Lancet*, 1991, 337: 891-94
12. Abrams, F. R. *Prioritisation or rationing: what do we call spending fewer health care dollars? The internist*, Jul-Aug 1990
13. *SBU Medical Technologies in Need of Assessment*, 1989
14. Eddy, D.M. *Introduction. Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*, 1989, 5: 483-484
15. Eddy, D.M. *Selecting technologies for assessment. Intl. J. of Technology Assessment in Health Care*, 1989, 5: 485-501
16. Pineault, R., Daveluy, C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias. Masson*, 1987, 213-260
17. MacStravic, R.E. *Determining Health Needs. Health Administration Press*, 1978
18. Bevan, G., Copeman, H., Perrin, J., Rosser, R. *Health Care Priorities and Management. Croom Helm London*, 165-196
19. Rushmer, R.F. *National Priorities for Health: Past, Present and Projected. Wiley Medical Publication*, 87-125