n.º 3 2001

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

sespa

¿Debe la eficiencia ser una preocupación de los clínicos?

Si tomamos la definición del diccionario, evaluar significa señalar el valor de una cosa; estimar, apreciar y calcular el valor de una cosa. En el ámbito de la planificación y gestión el uso de esta palabra es muy generalizado, pero en todos los casos es coincidente la idea de que evaluar conlleva la valoración, lo que indudablemente debe hacerse con respecto a algo predeterminado que es deseable alcanzar.

La evaluación aplicada a las tecnologías sanitarias consiste en sopesar, estimar, medir el valor que las tecnologías sanitarias, nuevas o en uso, aportan a la comunidad. Para ello se utilizan criterios como son: la seguridad, estima la relación riesgo/beneficio para el usuario; la efectividad, mide el nivel del logro alcanzado en relación con un objetivo pretendido en las condiciones habituales de uso de la tecnología; la eficiencia, que mide la relación existente entre los resultados y los recursos utilizados; la ética, etcétera.

De estos criterios, el de eficiencia surge de la teoría económica y su definición se corresponde con tres acepciones diferentes, por lo que es importante dedicarle especial atención.

La eficiencia técnica es la obtención de un producto (resultado) determinado minimizando los factores de producción o, lo que es lo mismo, maximizar el producto (resultado) con unos factores de producción dados. Este es un concepto puramente físico, estrechamente relacionado con las posibilidades tecnológicas y de innovación en la producción, que nos permitiría tener muchas posiciones eficientes.

La eficiencia de gestión, es la que se encuentra implícita en el análisis coste-efectividad, ya que se alcanza cuando la producción está organizada de forma tal que minimiza el coste de producción. Esta eficiencia es la que se les pide a los clínicos desde la gestión, ya que el médico indica las pruebas a realizar, prescribe medicamentos, es decir asigna recursos, por lo tanto se le pide que utilice los mínimos recursos para obtener el resultado establecido.

El concepto de eficiencia surge de la teoría económica

La tercer eficiencia es la asignativa o económica que incorpora la perspectiva de la demanda y se alcanza cuando se produce al menor coste social posible, aquellos bienes y servicios que más valora la sociedad. Esta es la eficiencia más difícil de alcanzar y la que presenta mas problemas de estimación, ya que el primer obstáculo se encuentra en la definición de lo que más valora la sociedad en el sector sanitario donde no se cumplen las condiciones del mercado y por lo tanto no contamos con una curva de demanda que exprese las preferencias de los individuos.

Esta definición de eficiencia nos permite el reconocimiento de la vida y la salud como valores en sí mismos pudiendo incorporarlos en la escala de preferencia de las personas. Este proceso es el que llevan a cabo los análisis coste-utilidad donde las preferencias se expresan a través de las medidas de calidad de vida.

¡Cuánto se dice al tildar de eficiente a una tecnología y cuán implicados estamos en el proceso!

sumario

La incorporación de las nuevas tecnologías a los centros sanitarios
Este estudio muestra el diseño de la guía para la toma de decisiones en la red asistencial de Andalucía
2

La Workshop Internacional en Guías de Práctica Clínica
El informe resumen la reunión celebrada en Barcelona en marzo del presente año
3

El tratamiento antibiótico en atención primaria
El estudio se centra en la idoneidad de la prescripción y los costes derivados de la no adecuación
3

Publicaciones

De las Agencias:

AATM Agencia de Evaluación e Investigación Médica. de Cataluña Estrada, MD Síndrome de fatigo crónica. Marzo 2001.

AETS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III. Riesgos para la salud causados por implantes de silicona en general, con atención especial a los implantes mamarios. 2000.

OSTEBA. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Análisis de la evidencia científica de los diferentes tipos de prótesis de cadera. Informe D-00-07. 200

CCOHTA. Canadian Coordinating Office of Health Care Assessment. Drug treatments for Alzheimer's disease(III). A review of published pharmaeconimic evaluations. 2000.

FINOHTA. Finish Office for Health Care Technology Assessment. The effects of extending the use of mammography screening. 2000.

De otras fuentes

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritirial del Sistema Nacional de Salud. Efectividad y seguridad de la cirugía mínimamente invasiva en la revascularización coronaria. Noviembre 1999.

LA INCORPORACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS A LOS CENTROS SANITARIOS

Es evidente que la incorporación de nuevas tecnologías (NT) en los servicios sanitarios implica siempre un proceso complejo de toma de decisiones, que se ve influido por múltiples factores; como por ejemplo: la velocidad de crecimiento de las innovaciones; el llamado imperativo tecnológico de la asistencia sanitaria; las dificultades de clínicos y gestores para disponer de información objetiva, completa y actualizada; la contención del gasto; el aumento de la demanda social; las nuevas necesidades; la exigencia de calidad.

Objetivos.- Diseñar una Guía para la Adquisición de Nueva Tecnología (GANT) que constituya un método estructurado para dar respuesta a los interrogantes que clínicos y gestores se plantean frente a la adquisición de nuevos equipos como de cambios en los procedimientos habituales.

Métodos.- Para su elaboración se constituyó un grupo de trabajo de diferentes disciplinas, que realizó los siguientes pasos, a) Revisión de la literatura; b) Estudio del marco legal de la incorporación de nuevas tecnologías; c) Análisis de la situación en Andalucía; d) Elaboración del cuestionario de solicitud de adquisición de NT, con la principal información relevante para la toma de decisiones; e) Definición de los criterios para evaluar las solicitudes y f) Estudio preliminar de factibilidad y validez de la guía. La guía se puso en marcha durante dos meses en cuatro hospitales públicos andaluces. Se evaluó el proceso de aplicación de la guía, se valoraron los formularios recibidos y un cuestionario específico dirigido a los evaluadores, que recogía aspectos de validez de la guía, aspectos a mejorar y de utilidad del proceso seguido.

> La guía constituye un método estructurado para clínicos y gestores

Resultados.- El formulario GANT ha sido diseñado para que lo cumplimente el médico que propone la compra. A continuación se expone un resumen de la información contenida en el cuestionario.

1.- Descripción de la tecnología o servicio propuesto: Característica de la tecnología ¿qué se hace actualmente en el centro? ¿reemplaza o complementa a otra tecnología? ¿responde a un nuevo problema de salud? ¿en que fase se encuentra, investigación, difusión, práctica clínica habitual? Información sobre otros centros donde esté implantada.

2.- Características clínicas y posibilidades de uso: Características clínicas de la tecnología, indicaciones potenciales, usuarios posibles dentro del hospital, estimación de la frecuencia de uso anual, beneficios y riesgos potenciales.

3.- Evidencia sobre eficacia, efectividad y seguridad: Se solicitan estudios publicados, copia de referencias bibliográficas mas destacadas y revisiones sistemáticas o informes de evaluación. Se pide resumen de resultados de los estudios en términos de indicadores concretos (valor predictivo, número necesario de pacientes a tratar, supervivencia, calidad de vida...) e información sobre factores que podrían modificar los resultados de la práctica clínica real.

4.- Efecto de la tecnología en la organización y en la gestión de los servicios: Modificaciones del flujo de pacientes derivadas de la implantación de la NT, necesidades de personal y nivel de formación requerido, procedimientos de garantía de calidad, impacto potencial en el uso de otras técnicas, cambios esperables en indicadores hospitalarios, aspectos legales y éticos.

5.- Evaluación económica: Estimación de costes de personal (médico, de enfermería, auxiliar...), consumos, amortización del equipo, etc.

La guía se acompaña de unos criterios generales y flexibles para evaluar las solicitudes y una propuesta de clasificación final en cinco categorías, que van desde la recomendación de no incorporar la NT, a la de su adquisición. Incluye también una serie de propuestas para su uso, tipo de tecnología donde debe aplicarse, quien debe aportar información y como buscarla.

En el estudio preliminar de factibilidad se cumplimentaron 9 formularios (densitómetro, desfibriladores, desinfección de endoscopios, entre otros). La opinión general fue que la guía era útil para estructurar la información, tomar decisiones y facilitar la comunicación con los clínicos solicitantes. Se consideró que las preguntas eran relevantes, suficientes y que podían cumplimentarse sin dificultades importantes. Los apartados más difíciles eran los relacionados con la evaluación económica.

Referencia: Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías en centros sanitarios. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. (1999).

LA WORKSHOP INTERNACIONAL EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICIA

El 20 de marzo de este año se celebró en Barcelona la Workshop Internacional en Guías de Práctica Clínica, organizada por la Fundación Biblioteca Josep Laporte y la Colaboración AGREE (Assessment of Guidelines Research and Evaluation). Las mesas de trabajo versaron sobre los siguientes temas, programas para la elaboración de guías de práctica clínica (GPC) en diferentes países; diseminación e implantación de las GPC; las perspectivas de las GPC en España y el impacto de las políticas de las GPC.

Las aportaciones resultaron de gran interés, coincidiendo casi todas en el largo camino que aún queda por recorrer sobretodo en lo referente a la metodología para la elaboración de guías y a su diseminación e implantación.

A pesar de la teórica capacidad de las GPC para mejorar la calidad de la práctica asistencial y reducir la variabilidad, el proceso de elaboración de las guías está expuesto a diferentes limitaciones. Entre estas destacan la ausencia de evidencia científica y las dificultades para acceder a ella o para interpretarla. A estas limitaciones se unen los retos asociados a la formación, diseminación e implantación de las guías y un elevado coste de elaboración, debido al tiempo que se emplea en su realización y a la necesidad de actualizarla periódicamente.

> La moda de las GPC ha promovido el reemplazo del término protocolo por el de guía

El proyecto Guías, promovido por la Fundación Biblioteca Josep Laporte tiene como misión promover y llevar a cabo iniciativas relacionadas con el diseño, la elaboración, la evaluación, la diseminación y la implantación de GPC con el propósito de mejorar la calidad de la atención sanitaria. El proyecto también incluye estrategias de formación bimodal –presencial y a distancia- en la realización y adaptación de GPC.

El proyecto AGREE ha sido financiado por la Unión Europea y ha supuesto la colaboración de nueve países europeos mas Canadá, Nueve Zelanda y Estado Unidos en la realización de investigación en valoración de la calidad de las GPC. Este proyecto ha tenido como finalidad la elaboración y diseminación de un instrumento genérico para la evaluación de protocolos y guías validado internacionalmente.

Ambos proyectos pretenden aunar esfuerzos cooperativos entre profesionales y organizaciones sanitarias en un contexto donde la abundancia de recomendaciones puede promover la variabilidad de la práctica profesional mas que reducirla. En este sentido el objetivo de los proyectos es facilitar estándares de evaluación para la mejora de la calidad de las recomendaciones existentes para la práctica clínica.

Referencia: Extraído de las ponencias de A. Jovell director de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y Françoise Cluzeau de AGREE; en la Workshop Internacional en Guías de Práctica Clínica, Barcelona marzo de 2001.

EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El principal objetivo de este estudio es conocer la adecuación de la prescripción de antibióticos, en una muestra de centros reformados de atención primaria de la Subdivisión de Atención Primaria de Costa de Ponent (Hospital de Llobregat) y la utilización de recursos derivada de la inadecuación (costes de la no adecuación).

Metodología.- El diseño del estudio es observacional y transversal a partir de una muestra aleatoria de 2500 visitas espontáneas a las consultas de medicina general; agrupadas en 29 centros y 251 médicos.

La fuente de información fueron las historias clínicas de atención primaria y un cuestionario especialmente diseñado para el estudio, que contenía además de los datos personales del paciente, datos de la patología infecciosa; datos del tratamiento (nombre, dosis, duración, etc.) y datos de utilización de recursos (solicitud de pruebas complementarias, etc.)

Para la definición de la variable de

- Ministerio de Sanidad y Consumo y CRES, Centre de Reserca en Economia i Salut, Universidad Pompeu Fabra. Establecimiento de prioridades en la cirugía electiva.2000.
- Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Dirección Jovell, A. y Aymerich, M. Evidència científica i presa de decisions en sanitat. 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Efectividad y seguridad de los planificadores en 3D frente a los planificadores en 2D y 2,5D en oncología radioterapéutica.
- Bryan S; Brenna E; Buxton M. Estimating the impact of a diffusion technology on the running cost of a hospital: A case study of a picture archiving and communication system. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2000 Vol 16 Nº3: 787-811.

Agenda

Direcciones de interés

FINOHTA. Finish Office for Health Care Technology Assessment: *www.stakes.fi/finohta/*

MSAC (antes AHTAC) Medical Service Advisory Committee, Australia: *www.health.gov.au/msac*

NCCHTA National Coordinating Center for Health Technology Assessment, Reino Unido: *www.soton.ac.uk/~hta/*

AHRQ (AHCPR) (CPTA) Agency for Healthcare Research and Quality, Agency for Health Policy and Research, Center for practice and Technoligy Assessment. USA. *www.ahcpr.gov*

AHFMR Alberta Heritage Foundation for Medical Resarch. Canada. *www.ahfmr.ab.ca*

resultado, desde el punto de vista clínico y económico, se utilizó como referente el manual de "Recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos en atención primaria" de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria; las "Pautas básicas del tratamiento y la profilaxis de las infecciones de atención primaria y se ajustó por el "Patrón de resistencias bacterianas de las infecciones urinarias".

En relación al análisis de la eficiencia, el referente de costes se definió como el coste mínimo del tratamiento antibiótico adecuado a cada indicación concreta. El coste de la no adecuación (CNA) se definió como la diferencia entre el coste de la prescripción antibiótica (CBA) real y el coste óptimo del tratamiento (COT), de tal manera que cuando la prescripción, el COT sería cero.

Se está sometiendo a los pacientes a riesgos potenciales derivados de los efectos adversos

Resultados.- De los 2.438 procesos infecciosos evaluables, el 56,3% se categorizaron como adecuados y el 43,7% como no adecuados. En la adecuación global del 56,3% se incluye: tratamiento antibiótico necesario y elección del antibiótico recomendado, un 14,2%, y tratamiento antibiótico no necesario y prescrito, un 43,7%. En la inadecuación global del 43,7%, se incluían las siguientes categorías: tratamiento antibiótico necesario y elección de un antibiótico no recomendado, con un 12% y tratamiento antibiótico no necesario y si prescrito, un 27,9%.

Con respecto al análisis de costes, la prescripción de antibióticos (para la muestra evaluable) originó unos costes globales estimados en 3,5 millones de pesetas, de los cuales 2,4 millones (68,7%) correspondía a costes generados por prescripciones no adecuadas. El CNA generado por las 1.065 prescripciones clínicamente inadecuadas fue de 1.817,9 Pta/visita.

El diagnóstico que generó un CNA medio mas elevado por visita fue la bronquitis aguda, seguido por la amigdalitis aguda. Estos dos, junto con la reagudización de la EPOC, fueron los que presentaron también, una proporción mas elevada de prescripciones clínicamente inadecuadas. Por el contrario, la gastroenteritis y el síndrome gripal fueron las patologías que presentaron el CNA mas bajo y una proporción mas baja de inadecuación clínica.

Conclusiones.- • La adecuación clínica, entendida en términos de indicación y/o prescripción, obtenida en este estudio es del 56%. Este porcentaje baja al 43% cuando de agrega el criterio económico al clínico.

• El 70% de las visitas han sido originadas por patología infecciosa que no requería tratamiento antibiótico. De estas la prescripción ha sido inadecuada en un 40% de las visitas.

• En el 30% de las visitas que requerían tratamiento antibiótico, la prescripción ha sido inadecuada en un 53%. Esto quiere decir que se está sometiendo a los pacientes a riesgos potenciales derivados de los efectos adversos y se está incrementando la probabilidad de generar mas resistencias bacterianas.

• Siete diagnósticos –infección aguda de las vías respiratorias superiores, bronquitis aguda, infección urinaria, síndrome gripal, amigdalitis aguda, gastroenteritis y reagudización de la EPOC- han ocasionado el 87% de las visitas y representan el 79% de las prescripciones clínicamente inadecuadas.

• No haber prescrito antibióticos en diagnósticos que lo requerían, se ha producido en un 9% de los casos. En estos casos, se tiene que tener en cuenta el impacto negativo tanto en términos de salud como en costes posteriores.

• Es destacable el elevado CNA medio de los tratamientos antibióticos prescrito en patologías que no lo requerían es de 2.003 Pta/visita, que difícilmente justifica que se hayan realizado por complacencia.

Referencia: Caminal J; Rovira J; Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Junio 1999 (BR99003)

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Servicio de Organización Asistencial
Carretera de Rubín s/n.
33001-Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini
José Fernández Díaz
Tfno.- 985 10 63 34/ 66 17
Fax.- 985 10 66 33
E-mail:
elviramc@princast.es
josefd@princast.es
http://www.sespa.es

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez

Imprime: Vetusta, S.L.
Depósito Legal: As-1134/2001