

COMUNICACIONES CARTEL IV

Economía de la salud

EL PROCESO DE REGIONALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA A LA SALUD: LA EXPERIENCIA DE BAHÍA-BRASIL

G.J. Pedreira Etkin, M. Teixeira, C. Darede, G. Novaes Peiva Junior, G. Santana et al
Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Economia da Saúde. Universidade Federal da Bahia.

Antecedentes y objetivos: El Sistema de Salud brasileño definido por la Constitución de 1988 (Sistema Único de Saúde-SUS) tiene un fuerte carácter social. Para atender a toda la sociedad de forma equitativa y con cualidad, las normas que reglamentan su funcionamiento destacan la jerarquización y regionalización de la red de asistencia. Este estudio presenta el proceso en curso de regionalización de asistencia a la salud en el estado de Bahía, su concepción y principales instrumentos.

Métodos: A partir de la Norma Operacional de Asistencia à Saúde de 2001/02 (NOAS 01/02) que dirige el proceso en curso de descentralización y regionalización en el país, se analizó el Plano Diretor de Regionalização (PDR) y el Plano Diretor de Investimentos (PDI) del estado de Bahía.

Resultados: La NOAS 01/02, instituye el PDR como instrumento ordenador del proceso de regionalización. El PDR divide el estado de Bahía en: a) *Macroregiones:* compuestas por municipios que se localizan en la zona de influencia de una o más ciudades que polarizan servicios de salud de alta complejidad, entre otros. b) *Microregiones:* poseen un municipio polo, definido a partir de criterios poblacionales y estructurales considerando si el sistema de salud municipal dispone de los servicios de mediana complejidad necesarios al a la absorción de los pacientes de los diversos Módulos Asistenciales. c) *Módulos Asistenciales:* fueron definidos a partir de la identificación de municipios sedes responsables por la atención mínima de media complejidad destinada a la población de su respectiva área de influencia. d) *Municipio Satélites:* municipios que componen los Módulos Asistenciales. Considerando que el PDR tiene por fundamento la definición de intervenciones coherentes con las necesidades de salud de la población y considerándose las carencias de oferta de servicios en el estado, fue elaborado el PDI. Por medio de él, el Gobierno del Estado se compromete a fortalecer las sedes de los Módulos Asistenciales y polos de Microregiones respecto al soporte técnico compatible con el primer nivel de complejidad de asistencia ambulatoria procurando el atendimento de los usuarios lo más próximo de su residencia.

Conclusiones: El proceso de regionalización en el estado de Bahía trajo avances para el sistema de salud respecto a la cualidad y eficacia en la prestación del do servicio. La Microregión de Vitoria da Conquista es un ejemplo nacional de red pública de salud, integrando un complejo sistema regional de salud. Se constata la necesidad de profundizar la regionalización por medio de la realización de lo que está previsto en el PDR y PPI, de acuerdo a lo que está en el programa del nuevo gobierno del estado.

Financiación. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

P-066

P-067

EVALUACIONES ECONÓMICAS COMO INSTRUMENTO DE SOPORTE A LA GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

D. Magem, A. Gilabert, J.M. Argimon, J. Puig, M. Argenté, L. Segú, J. Torrent, J. Pons et al

*CatSalut. Institut Català de Serveis Mèdics S.A. Centre de Recerca en Economia i Salut (Universitat Pompeu Fabra). Fundació Dr.Robert. Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques.***Antecedentes y objetivos:** Estandarizar la metodología y desarrollar estudios de evaluación económica e impacto presupuestario en la toma de decisiones en la prestación farmacéutica, fomentando así la eficiencia de gestión.**Métodos:** Creación a finales de 2004 de la Comisió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari (CAEIP), centralizada en el CatSalut y formada principalmente por personas con una amplia y reconocida experiencia en estudios de investigación y análisis en el ámbito de la economía de la salud y de evaluación de medicamentos. Se le asigna, entre sus funciones, la de realizar revisiones farmacoeconómicas de los principales grupos terapéuticos.**Resultados:** Las revisiones sistemáticas se centran en evaluaciones sobre grupos de medicamentos utilizados para la/s misma/s indicación/es. Para la determinación de los grupos de medicamentos a evaluar se establecen unos criterios de selección relacionados con la prevalencia, la indicación principal, la variabilidad en la práctica clínica, la posibilidad de cambios en los resultados en salud, las variaciones en el coste de los tratamientos en función de las posibles alternativas, y el volumen y tendencia del gasto farmacéutico que representan. Además de realizar una búsqueda exhaustiva de las publicaciones existentes, con la finalidad de conseguir la mayor cantidad de bibliografía y información disponible, se realiza una petición a los laboratorios implicados para que aporten toda la documentación fármaco-económica que estimen oportuno a fin de ser valorada en la revisión. Posteriormente la CAEIP emite un dictamen donde se relacionan las conclusiones de la revisión sistemática y donde se establecen unas consideraciones en base a dichas conclusiones y a la evidencia disponible. Se han realizado dos revisiones sistemáticas, con sus respectivos dictámenes, sobre estudios de evaluación económica en las áreas del aparato digestivo (inhibidores de la bomba de protones) y del colesterol (estatinas).**Conclusiones:** La CAEIP, enmarcada dentro de las medidas de gestión del plan estratégico de la prestación farmacéutica del CatSalut, ha permitido definir y estandarizar los criterios de priorización y elaboración de informes sobre evaluaciones económicas, potenciando así el perfil fármaco-económico y reforzando el concepto del coste de oportunidad en las decisiones de prescripción. Los dictámenes de la CAEIP son un instrumento de apoyo a la gestión que sirven de recomendación para una selección eficiente de medicamentos por parte de los proveedores de salud con el objetivo de maximizar el beneficio de los recursos empleados.*Financiación. CatSalut.***GASTOS EN SALUD Y DESIGUALDAD: UN RETRATO DE MUCHOS BRASILESES**

R.M. Pastrana, J.P. Gomes et al

*Diplan/Fiocruz. CPqRR/Fiocruz.***Antecedentes y objetivos:** Brasil es un país continental con más de 186 millones de habitantes, distribuidos en regiones y 5.564 municipios, marcado por profundas desigualdades económicas y sociales. El Sistema Único de Saúde (SUS) prevé la descentralización político-administrativa como una de las directrices para el enfrentamiento de la acentuada heterogeneidad y complejidad de los desafíos en el área de la salud. En el ámbito de la ética de la responsabilidad pública la distribución equitativa de recursos financieros en el ámbito del sector Salud consiste en una estrategia capaz de contribuir para reducir la asimetría existente y garantizar niveles de equidad en el acceso a las acciones y servicios de salud. Evidenciar desigualdades existentes entre regiones brasileñas con base en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), gasto total en salud por habitante y esperanza de vida al nacer.**Métodos:** Este es un estudio descriptivo a partir del recorte de los 500 municipios con mayor y menor IDH, de la longevidad y del gasto total en salud por habitante, según el Sistema de Informações em Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).**Resultados:** En el año 2000 se observó que entre los 500 municipios con mayor IDH apenas 03 pertenecen a las regiones norte (Belém-447^o), y nordeste (Salvador-475^o y Fernando de Noronha 10^o). Cuando verificados los 500 con menor índice 476 municipios pertenecen a las regiones nordeste y norte, y en el municipio de Manari (nordeste), que tiene más bajo IDH, el ciudadano vive 22,5 años menos que un ciudadano de São Caetano do Sul (sudeste), con el mayor IDH del país. Los gastos totales en salud por habitante/año en Brasil son 68,75€ llegando a los extremos de 50,71€ en la región norte y 77,91€ en la región sudeste.**Conclusiones:** Esta situación evidencia la profunda desigualdad existente entre las regiones sur, centro-oeste y sudeste cuando comparadas con norte y nordeste del país, añadiendo al debate la cuestión de la salud como derecho universal, según preconiza la Constitución brasileña de 1988, destacando la necesidad de una responsabilidad en la distribución de recursos financieros de equidad, una de las directrices del SUS.

P-069

P-068

EVIDENCIA SOBRE EL IMPACTO DE LOS SISTEMAS DE PRECIOS Y REEMBOLSO EN LA UNIÓN EUROPEA: UNA BÚSQUEDA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA COMPARTIR

J. Rovira, J. Espín, G. Albarracín, M. Milena et al

*Universitat de Barcelona. Escuela Andaluza de Salud Pública. Qualipus SL.***Antecedentes y objetivos:** Los diversos tratados de la Unión Europea (UE) han permitido a los Estados Miembros de la mantener sus competencias en la regulación de los sistemas de precios y reembolso de los medicamentos. Esto ha suscitado un innumerable conjunto de prácticas y políticas que han tenido como objetivo la contención del gasto público farmacéutico y el acceso a los medicamentos. En algunos países la política farmacéutica ha buscado, asimismo, objetivos industriales y, más concretamente, una alta tasa de innovación farmacéutica. La situación se caracteriza por un frecuente cambio de políticas y por la frecuente ausencia de un seguimiento y evaluación sistemáticos de su impacto. La UE ha intentado una cierta coordinación de las políticas nacionales, que ha avanzado bastante en lo que respecta al registro de medicamentos y en la eliminación de barreras al comercio intracomunitario y menos en los aspectos de financiación y control de precios. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia del impacto de un conjunto de políticas farmacéuticas sobre contención del gasto, accesibilidad e incentivos a la innovación, las tres principales preocupaciones de la UE en este ámbito.**Métodos:** Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura, complementada por una encuesta a expertos locales, para evaluar el impacto de seis políticas —control de precios, precios de referencia, participación en el coste, incentivos a los prescriptores, política de genéricos y devolución de gastos que exceden un objetivo predeterminado (payback)— sobre los objetivos antes indicados.**Resultados:** Este trabajo muestra que la evidencia sobre el impacto de un conjunto seleccionado de políticas farmacéuticas es mayor en algunas de las prácticas seleccionadas - precios de referencia y participación en el coste-control de precios, participación en el coste, que en otras como el control de precios o el payback. A menudo las variantes de una misma política que se aplican difieren sustancialmente entre países, por lo que es difícil hacer comparaciones y extraer conclusiones generales sobre la práctica en cuestión. En cualquier caso, los resultados diferencian entre las afirmaciones de impacto basadas, en mayor o menor medida, en la evidencia y las que lo están sólo en argumentaciones teóricas o en opiniones subjetivas más o menos interesadas.**Conclusiones:** Los resultados del trabajo permitirán a los responsables de la política de medicamentos utilizar las experiencias tanto exitosas como fracasadas de otros países para diseñar o reformar las políticas de medicamentos.*Financiación. CatSalut.***ANÁLISIS DEL COSTO-EFECTIVIDAD DEL PROAR (PROGRAMA DE CONTROL DE ASMA E DA RINITE ALÉRGICA NA BAHIA)**

H.F. Floriano do Nascimento, R.A. Abreu Franco, A.C. Costa Santos, M.L. Lima Barreto, A.A. Augusto Cruz et al

*U. Federal da Bahia. Programa de Controle da Asma e da Rinite Alérgica da Bahia. Programa Economia da Saúde. Instituto de Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina.***Antecedentes y objetivos:** El asma es una enfermedad inflamatoria crónica muy común. Según el Ministerio de la Salud, el asma es una de las principales causas de internamiento en el SUS y los recursos de salud utilizados para su tratamiento tienen costos elevados. El objetivo de este estudio fue estimar la reacción costo-efectividad del ProAR, un programa modelo para tratamiento del asma grave, con un equipo multidisciplinar y distribución gratuita de medicamentos inhalables, cuando comparado al tratamiento común en el servicio de salud pública de Salvador.**Métodos:** Este es un estudio observacional, ambispectivo de coorte. Fueron incluidos 197 pacientes en el ambulatorio de referencia del ProAR en la UFBA, entre abril de 2004 y octubre de 2006. Fue investigado en número de consultas, idas a la emergencia, internamientos, Unidad de Terapia Intensiva, exámenes complementarios, medicamentos, recursos humanos médicos y no médicos y demás costos con hotelería del ProAR y d el SUS. Características socioeconómicas y clínicas fueron destacados a través de entrevistas con un cuestionario y confirmando los pronósticos médicos. Los costos unitarios utilizados en el SUS para emergencia, internamiento y UTI fueron basados en los datos de la Secretaral Estadual de Saude y en investigaciones en los principales hospitales de Salvador que trataran la enfermedad.**Resultados:** De los 197 pacientes, 3 fueron a óbito y 14 abandonaron el acompañamiento. Los 180 que concluyeron tenían bajo nivel socioeconómico y renda familiar anual de €\$ 2.698,52 antes de la admisión al programa. Después de la conclusión del ProAR, hubo significativa reducción en el número de hospitalizaciones y el gobierno dejó de gastar €\$ 801,62 por internamiento evitado. Fue constatada una economía anual para el SUS de €\$ 849,47 por cada paciente atendido por el ProAR, por que el aumento en el costo total del tratamiento preventivo en los 180 pacientes (consultas, exámenes y medicamentos inhalables) que subió de €\$ 26.833,20 para €\$ 45.896,46 fue ampliamente compensado por una gran reducción en los costos hospitalarios (internamientos, UTI y visitas a la emergencia) que caerán de €\$ 192.296,40 para €\$ 20.328,74. La renda anual de cada familia aumento en €\$ 640,13 (24%) y los costos redujeron en €\$ 879,06 (85%) con una economía anual de €\$ 1.403,15 por familia.**Conclusiones:** El ProAR es una alternativa altamente costo-efectiva, por que generó una acentuada mejora de los parámetros clínicos observados, asociada a una considerable queda de los costos incurridos en el sistema de salud.*Financiación. FAPESB, Wellcome Trust e CNPq.*

P-070

P-071

ASIGNACIÓN PRESUPUESTO FARMACIA POR POBLACIÓN VISITADAJ. Llobera, M.A. Mir, A. Anguera, M.V. Álvarez, L. Escriche, S. March et al
GAP Mallorca. IB-Salud. Subdirección del Medicamento. Ib-Salud.

Antecedentes y objetivos: El porcentaje de población adscrita que acude a la consulta en un año cambia entre centros de salud (CS). Tras ajustar por edad se mantiene la variación. En ello influye la doble cobertura asistencial (> 30% en las Islas) y las diferencias sociales y de salud. La asignación de los presupuestos de farmacia a los CS en Baleares, desde 2005 se realiza de manera capitativa, por tarjeta sanitaria, aplicando unas tarifas calculadas según el gasto farmacéutico por 18 grupos (9 de edad y activos-pensionistas). Tras dos años se constató que con este método la asignación de dos sectores de Mallorca (Ponent y Llevant) superaba el gasto, mientras que en el sector Migjorn era inferior. Se pretende establecer un modelo de asignación farmacéutica a los CS que considere la población visitada y compararlo con el anterior.

Métodos: *Ámbito:* Mallorca, 40 CS agrupados en 3 sectores según hospital de referencia: Ponent, Llevant y Migjorn. Se aplicaron las tarifas a la población de Mallorca, obteniendo una asignación para cada grupo de edad y para activos-pensionistas. Dividiendo esta asignación por la población visitada en el último año del mismo grupo, se obtuvieron unas tarifas de asignación por paciente visitado para los 18 grupos y la asignación farmacéutica de cada CS. Para amortiguar el impacto de la variabilidad de población visitada en el último año respecto a la población de tarjeta de cada CS se le efectuó la raíz cuadrada. El resultado se aplicó a lo asignado por tarjeta en cada CS. Así se obtuvo una asignación para cada CS ajustada por la cartera de clientes (visitados último año), pero amortiguando este ajuste. Se comparó el resultado con la asignación por tarjeta, y también con lo gastado en el último año, mirando las proporciones.

Resultados: El total asignado era el mismo en la asignación por tarjeta que en la de cartera de clientes, pero variaba la asignación por CS. Las variaciones iban del 8,31% más en la asignación por cartera de cliente, a un 12,32% menos en la misma. Por sectores: Ponent reducía su asignación un 3,72%; y Llevant y Migjorn la aumentaban un 2,71% y un 3,2% respectivamente. Comparando con lo gastado, por sectores: Ponent gastaba el 98,66% de lo asignado por el método nuevo, respecto al 96,81% que gastaría con la asignación por tarjeta. Poniente un 93,71% respecto al 94,97% y Migjorn un 102,23% respecto al 103,86%.

Conclusiones: El método de asignación por cartera de clientes se ajusta más a lo gastado en el último año en Ponent y Migjorn que en la asignación por tarjeta, redistribuyendo la sobreasignación del primero hacia la infraasignación del segundo. En cambio Llevant acentuaba un poco su sobreasignación. Este método corrige levemente la asignación en función de la población que acude realmente a la consulta.

Servicios sanitarios

P-072

TELMISARTAN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MONOTERAPIA EN ESPAÑA: IMPACTO PRESUPUESTARIOC. Piñol, M. Manero, N. Torras et al
Q. F. Bayer, S.A.

Antecedentes y objetivos: Se ha evaluado el impacto en el presupuesto (coste anual) de la utilización de Telmisartán 80 mg frente a Valsartán 160 mg, Losartán 100 mg, Olmesartán 40 mg o Irbesartán 300 mg (primera comparación), y de Telmisartán 40 mg frente a Candesartán 16 mg (segunda comparación) (se utilizaron estas dosis porque en la revisión de Dominiak et al y de Vendetta et al se consideraron dosis equipotentes), para el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) en régimen de monoterapia, en España.

Métodos: Se estimó el número de pacientes tratados en monoterapia con un ARAII en España a partir de las cifras de proyección de la población a 1 de enero de 2007 y de datos de prevalencia, conocimiento y tratamiento de la HTA en España extraídos de la literatura médica. En ambas comparaciones, para cada uno de los principios activos y dosis consideradas se calculó el coste anual medio por paciente a partir de los costes (PVP + IVA) de las presentaciones comercializadas en España de dichos principios activos y dosis, y se estimó el coste anual que implicaría su utilización exclusiva para el tratamiento de la HTA con un ARAII en monoterapia, así como el incremento que este coste supone respecto a la alternativa de menor coste.

Resultados: En ambas comparaciones Telmisartán representa la alternativa de menor coste, con un coste anual medio por paciente de 353,66 € en el caso de Telmisartán 80 mg, y de 309,99 € en el caso de Telmisartán 40 mg. Las alternativas consideradas suponen un incremento del coste que, en la primera comparación, oscila entre 71,04 € por paciente y año en el caso de Irbesartán y 97,16 € por paciente y año en el caso de Valsartán. En la segunda comparación, el incremento de Candesartán respecto a Telmisartán es de 29,27 €. Teniendo en cuenta el número de pacientes que anualmente reciben tratamiento en monoterapia para la HTA, el coste anual estimado del tratamiento con Telmisartán 80 mg sería de 291.694.169 €. Las alternativas consideradas en la primera comparación implican costes progresivamente mayores, que oscilan desde 350.291.044 € en el caso de Irbesartán, hasta 371.830.323 € en el caso de Valsartán, y que suponen incrementos de coste respecto a Telmisartán que varían entre 58.596.875 € y 80.136.154 € respectivamente. En la segunda comparación, el coste anual del tratamiento con Telmisartán 40 mg sería de 255.675.906 €, frente a 279.813.518 € en el caso de Candesartán, lo que representa una diferencia de 24.137.612 €.

Conclusiones: Telmisartán representa la alternativa que minimiza el coste del tratamiento de la HTA con un ARAII en monoterapia.
Financiación. El trabajo ha sido financiado por Bayer.

LA POBLACIÓN CON COBERTURA PÚBLICA Y CON DOBLE COBERTURA EN CATALUÑA. EVOLUCIÓN 2002-2006

C. Medina, A. Medina et al

Direcció General de planificació i Avaluació. Dpte.de Salut. Generalitat de Catalunya.

Antecedentes y objetivos: Describir las características sociodemográficas y de utilización de servicios sanitarios de la población catalana con cobertura pública exclusivamente y la que tiene doble cobertura sanitaria, y su evolución en el período 2002-2006.

Métodos: Los datos proceden de las Encuestas de Salud de Catalunya (ESCA) 2002 y 2006. En 2002 se seleccionaron 8.400 personas y en 2006 18.126 ambas representativas de la población no institucionalizada residente en Catalunya y seleccionadas mediante muestreo polietápico. La variable doble cobertura (DC) se calculó a partir de la población que había declarado tener derecho a la asistencia sanitaria pública y al mismo tiempo estar afiliado a una mutua sanitaria privada concertada individualmente o pagada por la empresa. La variable cobertura única pública (CUP) se calculó con las personas que declararon tener derecho a la SS o mutua obligatoria y no tener suscrita ninguna póliza privada. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, clase social según la ocupación, nivel de instrucción y visitas a un profesional sanitario en el último año.

Resultados: En 2006 el 98,3% de la población declaró tener derecho a la asistencia sanitaria pública y el 26,6% DC (99,2% y 24,7% respectivamente en 2002). En 2006 se observa un perfil similar de población con DC que en 2002: varón (51,5% en el grupo con DC y 48,8% en el de CUP; 50,6% y 48,1% en 2002); de 15 a 44 años (51,1% DC y 43,8% CUP; 48,6% y 44,9% en 2002); con estudios de bachillerato o universitarios (54,4% DC y 34,5% CUP; 48,2% y 28,2% en 2002), y de clase social alta, grupos I y II (33,4% DC y 15,7% CUP; 36,2% y 14,8% en 2002). El grupo con CUP (> 14 años) declaró en mayor proporción visitar al médico de cabecera (74,4%) que el grupo con DC (67,7%); 75,1% y 66,6% en 2002. El porcentaje de población que visita a un médico especialista es superior en el grupo con DC que en el de CUP. Destaca el porcentaje de mujeres (> 14 años) con DC que visitan al ginecólogo que es del 61,1% y del 40,1% en el CUP (59,0% y 41,8% en 2002).

Conclusiones: El porcentaje de población con doble cobertura ha aumentado pero se mantienen las diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre este grupo y el grupo con cobertura única pública. En el patrón de utilización de servicios, las diferencias radican en el tipo de profesional visitado: mayor proporción de población que acude al médico especialista en el grupo con doble cobertura y mayor al de cabecera en el de cobertura única pública. Se observa una estabilidad de estos grupos de población en el tiempo que permite entender el fenómeno de la doble cobertura y diseñar intervenciones de política sanitaria.

P-073

P-074

COORDINACIÓN ASISTENCIAL EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS SEGÚN DIRECTIVOS Y PROFESIONALES

D. Henao Martínez, M.L. Vázquez Navarrete, I. Vargas Lorenzo, J.R. Llopart López, J. Valls Soler, A. Verdagué Munujos, R. Ruiz Cortinas, L.I. Colomé Figueras, J. Coderch Lassaletta et al
Servei d'Estudis CHC. BSA. CSdM. CSMS. CSdT/FHSL. Grup SAGESSA. SSIBE.

Antecedentes y objetivos: La coordinación asistencial, a pesar de ser una prioridad de todos los sistemas de salud, es un apartado escasamente desarrollado y su análisis no suele contar con la opinión de los agentes involucrados. El objetivo es analizar las opiniones de profesionales y directivos sobre la coordinación asistencial en organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Cataluña.

Métodos: Estudio cualitativo, descriptivo, basado en un estudio de casos, las OSI. Se seleccionaron 6 OSI de Cataluña y para cada una se diseñó una muestra teórica de profesionales y directivos. Se entrevistaron 41 informantes: 18 directivos y 23 profesionales de diferentes niveles asistenciales. Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales semiestructuradas, que fueron grabadas y transcritas textualmente. Se realizó un análisis del contenido de los datos, con generación mixta de categorías y segmentación por temas, grupos de informantes y casos.

Resultados: En el análisis de los casos, destaca en primer lugar, la mayor coincidencia entre los discursos de los diferentes grupos de informantes (directivos y profesionales), que por organizaciones. En la definición sobre coordinación asistencial de todos los informantes se identifican algunos elementos clave comunes —acuerdo entre profesionales y niveles asistenciales—. Sin embargo, los directivos de algunas de las OSI centran su definición y señalan como un facilitador de la coordinación asistencial, la centralización y mecanismos de coordinación de la dirección asistencial y la actitud de los profesionales. Mientras que en todas las OSI, excepto una, los profesionales se refieren a la presencia de mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial y especialmente un sistema de información compartido entre niveles. Como elemento obstaculizador, los entrevistados en todas las organizaciones, destacan la presión asistencial. Sólo los profesionales refieren el desconocimiento de los otros profesionales; mientras que los directivos indicaban la presencia de diferentes proveedores de salud en la zona, con los que no se comparten sistemas de información y en una OSI, la alta rotatividad del personal.

Conclusiones: El análisis de las opiniones sobre coordinación asistencial muestra mayores diferencias entre estamentos de profesionales que entre organizaciones, con los directivos centrados en la coordinación de las funciones de dirección y relación con otras entidades y los profesionales con la comunicación intraorganización. La presión asistencial, emergente en todos los discursos, merece atención especial. *Financiación. Parcialmente financiado por FIS (04/2688).*

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA: ¿UN DESAJUSTE GENERAL O SE PUEDE FOCALIZAR EN PROCEDIMIENTOS Y CENTROS?

A. Pozuelo García, A.C. Pérez Segarra, X. Sintés Pascual, J. Benet Travé, A. Coma Fusté, R. Llausi Selles, A. Guarga Rojas et al
Consorci Sanitari de Barcelona. Regió Sanitària de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En Sistemas Nacionales de Salud, la lista de espera para procedimientos de cirugía programada ha sido explicada como una medida de racionamiento ante un desequilibrio entre la demanda y la oferta. Generalmente, la situación de pocos hospitales explica una proporción importante de los pacientes en situación de espera prolongada (PEP—más de 6 meses de espera) en grandes poblaciones. En Cataluña desde el año 2003, está regulado que determinados procedimientos están sujetos a un tiempo de garantía para su realización. **Objetivo:** Describir la situación de la lista de espera y sus desequilibrios en los hospitales de una ciudad catalana.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal. La unidad de análisis fue cada hospital de la red pública de la ciudad. Se definió PEP como paciente incluido en lista de espera con una espera mayor a 6 meses acumulada al momento corte (Diciembre 2006). Se seleccionaron 5 procedimientos quirúrgicos incluidos en tiempo de garantía (procedimientos con mayor número de pacientes en lista de espera o con mayor número de PEP). Para identificar desequilibrios en procedimientos, se calculó el ratio de PEP al corte sobre la actividad quirúrgica anual, agrupando los centros y para identificar desajustes en centros, se compara la proporción de PEP de los 2 centros con mayor PEP sobre el total con la proporción de la actividad quirúrgica anual que representan estos 2 centros sobre el total.

Resultados: Para los 16 procedimientos incluidos en tiempo de garantía, los PEP representan un 0,141 sobre la actividad global de los 9 hospitales. Los procedimientos seleccionados fueron la catarata, hallux valgus, artroscopia, prótesis de rodilla y Herniorrafias. La ratio de PEP sobre la actividad fue 0,057; 0,497; 0,270; 0,245 y 0,149 respectivamente para cada procedimiento. Para la catarata, 2 centros acumulan el 56,8% de los PEP totales y estos 2 centros realizaron el 18,6% de la actividad global; para el Hallux valgus estas proporciones fueron 61,6% y 14,3%, para la artroscopia fueron 46,7% y 22,2%; para la prótesis de rodilla fueron 52,0% y 25,9% y para la Herniorrafia fueron 64,2% y 21,3%.

Conclusiones: Se plantea una metodología sencilla para evaluar desequilibrios respecto de la lista de espera quirúrgica por procedimientos y por centros de una determina área geográfica. De los procedimientos seleccionados, los procedimientos traumatológicos (Hallux valgus, la artroscopia y la prótesis de rodilla) tienen un mayor desajuste que el conjunto de los 16 procedimientos. Los datos, descriptivos para 5 procedimientos, apoyarían la hipótesis de mayor relevancia de los desequilibrios en determinados centros que desajuste globales.

P-076

P-075

LOS ITINERARIOS

Pezzimenti, A. Fernández, J. Autonell, J. Tello, J.M. Haro et al
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Unitat de Recerca y Desenvolupament.

Antecedentes y objetivos: El estudio de los itinerarios permite conocer las rutas de la utilización de servicios para determinar el papel de cada nivel asistencial en la atención y resolución de problemas de salud mental. Los estudios han proporcionado resultados muy valiosos (Gater 1991; Vázquez 1993; Gater 2005), para determinar la procedencia (Atención Primaria Salud, Servicios sociales, otros) y la circulación de los pacientes por los servicios de la red de Salud mental y sus repercusiones en la organización y planificación de servicios. El objetivo de esta comunicación es describir los itinerarios ("pathways") que siguen los usuarios en búsqueda de atención para su salud mental y analizar los determinantes clínicos y sociodemográficos de itinerarios de búsqueda de atención para la salud mental.

Métodos: *Muestra:* Se seleccionaron de la Historia Clínica Informatizada (HCI) de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental todos los sujetos que habían contactado con el Centro de Salud Mental (CSM) durante el mes de enero de 2006. La muestra final esta compuesta por 316 sujetos. *Procedimiento:* retrospectivamente se revisaron las historias clínicas y se registraron los servicios previos que fueron utilizados antes de llegar a CSM. Prospectivamente se siguen los sujetos durante 9 meses (hasta el 30 de septiembre) y se registra el estado en que está el sujeto en ese momento (alta, sigue en CSM, derivado a otro dispositivo, abandono). Esta información se recogía en una plantilla que sigue el modelo del estudio sobre "Pathways to psychiatric care" realizado por Gater (1996) *Análisis estadístico:* Porcentajes de sujetos que realiza cada uno de los itinerarios en global y por diagnóstico.

Resultados: Los itinerarios seguidos hasta llegar al CSM son los siguientes: El 81% de los sujetos (N = 256) son derivados por el médico de Atención Primaria. El siguiente itinerario más utilizado para llegar al CSM es vía hospital general (4,43%, N = 14). Los itinerarios en función de los diagnósticos más frecuentes como, Trastorno adaptativo (86,3%, N = 126) y Trastorno Depresivo Mayor (77,4%, N = 41) sigue siendo por derivación del médico de atención primaria. En el grupo de los pacientes con un diagnóstico principal de esquizofrenia, se observa más variabilidad en las rutas de acceso.

Conclusiones: La principal ruta de acceso para llegar a los servicios especializados de salud Mental es atención primaria. La ruta de acceso para los sujetos con un diagnóstico de esquizofrenia difiere de la encontrada en el resto de patologías más frecuentes, parece reflejar las características propias de esta enfermedad y su curso diferencial.

Financiación. Proyecto Financiado por Fondo Investigaciones Sanitarias (FIS) "Patrones de uso de los servicios de salud mental en España" (PI05/90210).

UNA APROXIMACIÓN A LA ACTIVIDAD DE MÉDICOS GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS EN LOS EE.UU. A TRAVÉS DEL NACIONAL AMBULATORY MEDICAL CARE SURVEY

J.M. Valderas Martínez et al

National Primary Care Research and Development Center. Manchester University. UK. Por el Grupo de Estudio de la Interfase Atención Primaria-Atención Especializada (Primary Care-Specialized Care Interface Working Group).

Antecedentes y objetivos: Existe la sensación generalizada de que EE.UU. ha de afrontar una situación de escasez de médicos especialistas. Sin embargo se desconoce cuál es el contenido de la actividad que realizan. Nuestro objetivo fue determinar la actividad en consultas ambulatorias de los médicos EE.UU., con énfasis en la actividad de los especialistas.

Métodos: Se obtuvo información sobre visitas ambulatorias realizadas en 2004 en EE.UU. recogidas en National Ambulatory Medical Care Survey. Este estudio de carácter anual se realiza sobre una muestra representativa de visitas relacionadas con atención directa al paciente en la que se asignan a cada médico un período de una semana de forma aleatoria. Se categorizó a los médicos según especialidad y se definieron tipos de relación con el paciente a partir de su naturaleza (atención primaria), origen (derivación) y conocimiento previo. Se definieron como "fuera de dominio" aquellas visitas relacionadas con diagnósticos que no eran propios de la especialidad del médico. Se utilizó como medida de case-mix el agrupador Johns Hopkins ACG.

Resultados: Se obtuvo información relativa a 906.393.444 visitas realizadas durante el año 2004 (mujeres: 58,8%. edad: 45 años (DE 0,8)). *Seguro privado:* 61,6%, *Medicare:* 23,4%, *Medicaid:* 10,2%. La banda de utilización de recursos del sistema ACG fue baja (mediana). Se observaron diferencias significativas en la distribución de visitas, entre especialidades. Los generalistas establecieron relaciones de Atención Primaria en un 88,5% de sus visitas, pero un 14,6% de este tipo de visitas fue realizada por especialistas, principalmente ginecólogos (23%) y cardiólogos (20%). De forma consistente, la mayor parte de la actividad de los especialistas se dedicó a visitas a pacientes conocidos que no provenían de una derivación y para visitas de rutina (40%). El ajuste por case-mix confirmó estas observaciones.

Conclusiones: Se dispone información relevante sobre la actividad ambulatoria de los médicos de EE.UU. que permitirá evaluar la necesidad de profesionales a partir de las funciones que realizan.

P-077

P-078

ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA EN HOSPITALES DE CRÓNICOS Y LARGA ESTANCIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

E.S. Saiz Ramiro, E.Z. Zafra Galán, R.L. López Lara, F.R. Ródenas Rigla, J.C. Calabuig Pérez et al

Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Universidad de Valencia. Conselleria de Sanitat.

Antecedentes y objetivos: El desarrollo de los cuidados de larga duración, plantea problemas a la hora de encontrar una clasificación adecuada de los pacientes que se atienden en hospitales de crónicos. En USA se utilizan distintos métodos de clasificación como los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) y los Grupos de Utilización de Recursos (RUG). En España no se ha definido un sistema de clasificación de forma homogénea. El objetivo del trabajo es analizar mediante estos sistemas la casuística en los hospitales de crónicos en Valencia y comparar sus resultados con los encontrados en USA.

Métodos: El estudio se basa en el encaje de registros de dos bases de datos que valoran los mismos pacientes. El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) recoge datos relacionados con el diagnóstico y permite agrupar la casuística mediante GRD. Por su parte el Minimum Data Set (MDS)-Resident Assessment Instrument (RAI) permite agrupar la casuística mediante los grupos de utilización de recursos (RUG). Al final queda una sola base de datos con 559 registros que tienen la doble valoración CMBD y RAI y que constituye la muestra del estudio. Se describe para cada sistema de clasificación la casuística de los hospitales de crónicos de la Comunidad Valenciana. En una segunda fase, los datos obtenidos se comparan con bases de datos americanas similares, disponibles en Internet.

Resultados: La muestra obtiene una complejidad similar al CMBD total de crónicos. Los hospitales de crónicos de Valencia muestran una reducida variedad de casuística. Los 25 primeros GDR suponen el 75% de las altas, este resultado es similar en los centros americanos. En cuanto a la clasificación RUG, Los hospitales de crónicos de Valencia muestran un porcentaje mayor en los grupos menos complejos y un porcentaje más bajo en los grupos más complejos. El peso medio de los GDR comparado con los GDR LTC americanos es bajo, indicando una baja complejidad de la casuística. El peso medio de los RUG comparado con los RUG americanos es bajo también.

Conclusiones: Existe una discordancia entre la estructura del recurso (hospital de crónicos) y su cartera de servicios y el tipo de paciente atendido. El perfil de pacientes en los hospitales de crónicos de Valencia, muestra una baja complejidad tanto en análisis descriptivos, como comparativos para GDR y RUG.

Financiación. Beca de investigación de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud.

UTILIZACIÓN DE UNA METODOLOGÍA SISTEMÁTICA PARA LA COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS ORIENTADA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

A. Benaque, C. Albiñana Cuadras, A. Pozuelo, X. Sintés, A. Guarga Rojas et al

Regió Sanitària Barcelona.

Antecedentes y objetivos: En la nueva organización territorial del Servei Català de la Salut, en la Región Sanitaria de Barcelona (RSB) con 5.000.000 de habitantes (17 ámbitos territoriales) y 32 hospitales de agudos existe la unidad de Planificación, Compra y Evaluación que mediante la integración de los sistemas de información pretende conseguir instrumentos o metodologías para adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de la población. Inicialmente se ha priorizado la utilización de dicha metodología para los 14 procedimientos quirúrgicos en garantía. El objetivo ha sido identificar las necesidades poblacionales de los procedimientos en garantía de lista de espera quirúrgica y orientar la compra de servicios territorial para dar respuesta a las mismas en cada ámbito territorial de la RSB.

Métodos: Para cada ámbito territorial se calculó el número de casos esperado de cada procedimiento a partir de las tasas ajustadas por procedimiento y se comparó el número de casos esperados con el número de altas hospitalarias reales de cada procedimiento (CMBD) y se analizó el comportamiento para cada ámbito. Además se profundizó en el número de altas hospitalarias mediante la comprobación si las altas realizadas en cada hospital se adecuó a su zona de influencia. El producto de estos análisis es utilizado para la contratación de servicios sanitarios, para cada ámbito territorial y cada hospital.

Resultados: Se presentan los datos descriptivos de cada procedimiento y ámbito territorial para los dos últimos años en que se ha utilizado dicha metodología (2005 y 2006) para contratación de servicios sanitarios, para adecuar la oferta quirúrgica con las necesidades de la población. Inicialmente se observa tanto un aumento paralelo en los casos esperados como en el número de altas hospitalarias reales para cada procedimiento. Existe variabilidad según territorios entre los procedimientos esperados y las altas hospitalarias.

Conclusiones: A pesar de que el período de implantación de dicha metodología se considera que es corto para observar mejoras en la adecuación de la contratación de servicios hospitalarios, concretamente en los procedimientos quirúrgicos en garantía, puede presumirse que su utilización sistemática ayuda a la compra de servicios orientada a las necesidades de la población.

P-080

P-079

CONVERGENCIA Y COMPLEMENTARIEDAD ENTRE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN HOSPITALES DE CRÓNICOS

E. Saiz Ramiro, E. Zafra Galán, R. López Lara, F. Ródenas Rigla, J. Calabuig Pérez et al

Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Universidad de Valencia. Conselleria de Sanitat.

Antecedentes y objetivos: El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y su capacidad para clasificar pacientes en grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), se han demostrado en diferentes estudios, insuficientes para explicar la complejidad de la casuística de pacientes en hospitales de crónicos, habiéndose desarrollado otros sistemas de recogida de datos como el instrumento de valoración de residentes (RAI) y de clasificación de pacientes como los grupos de utilización de recursos (RUG). El objetivo de este trabajo es analizar la convergencia la y la complementariedad de sistemas de clasificación en base a una muestra de 559 registros de hospitales de crónicos de Valencia, que contienen el CMBD y el RAI, ya que en dos sistemas de clasificación que miden el concepto "complejidad de la casuística" debe existir una alta relación estadística entre las variables respuesta al valorar la estancia como variable respuesta, a mas necesidad funcional, mas estancia.

Métodos: La validez de la hipótesis de convergencia se prueba mediante la correlación lineal y la regresión de las variables resultado que para este caso son los pesos relativos DRG LTC del año fiscal 2003 frente a los pesos relativos de CMI set B02 de los RUG. La hipótesis de complementariedad se efectúa partiendo de la clasificación por diagnóstico (GRD) ajustada según la capacidad funcional del paciente que se obtiene del RUG. Cada GRD queda dividido en 3 subgrupos (alto, medio, bajo) en función del tiempo de enfermería, que está en relación con su funcionalidad y elegimos la estancia como variable respuesta, a mas necesidad funcional, mas estancia.

Resultados: Para la convergencia, se visualiza un diagrama de dispersión en el que se aprecia que no existe relación entre variables (correlación Pearson 0,0069). En cuanto a la complementariedad los resultados no son concluyentes, ya que en algunos GRD no hay diferencias entre la estancia y la funcionalidad, mientras que para otros sí.

Conclusiones: Se rechaza la hipótesis de convergencia de sistemas de clasificación, ya que parecen medir cosas distintas por lo que en los hospitales de crónicos se debería contar con los dos sistemas. La hipótesis de complementariedad no es concluyente y debería seguir analizándose con mas efectivos y ajustar el GRD por otras variables de ajuste, como el índice de actividades de la vida diaria (ADL), el Barthel u otros.

Financiación. Beca de investigación de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud.

EFFECTIVIDAD DE LAS METIGLINIDAS FRENTE A SULFONILUREAS EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 SOBRE RESULTADO FINALES RELACIONADOS CON LA DIABETES

B. Pascual, R. Villegas et al

Agencia de Evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: En personas con DM2 y sobrepeso u obesidad pretendemos comparar la efectividad de las sulfonilureas (SU) frente a metiglinidas (MTG) sobre la presentación de complicaciones a medio y largo plazo (afectación ocular, renal, cardiovascular y de los pies, mortalidad, ingresos, consultas a urgencias...), calidad de vida y efectos adversos (EA).

Métodos: *Revisión sistemática:* Búsqueda en MEDLINE, Embase, sin limitación de idioma hasta junio 2006. *Criterios de inclusión:* ensayos clínicos aleatorizados en sujetos con DM2, índice de masa corporal superior a 25Kg/m² y mal control metabólico; fármacos a estudio MTG (Repaglinida o Nateglinida) frente a SU, en monoterapia o en terapia combinada oral-oral con igual fármaco asociado y una duración del tratamiento superior a 3 meses. Valoración crítica de estudios a texto completos según CASPE y escala de Jadad.

Resultados: De un total de 111 artículos localizados en la búsqueda, cumplieron los criterios de inclusión 12, de los que se rechazaron 5 por ausencia de enmascaramiento, aleatorización o medidas de resultados no incluidas en el objeto de la revisión. Los 7 estudios incluidos eran multicéntricos, en brazos paralelos, con un seguimiento medio entre 14 y 108 semanas. Las variables consideradas fueron cambios en el control glucémico, peso corporal, perfil lipídico y tensión arterial siendo comparables entre el grupo intervención y control. En ningún estudio se valoró la incidencia de mortalidad o morbilidad, los cambios en la calidad de vida o en el cumplimiento terapéutico. La incidencia de efectos adversos fue muy variable, pero sin diferencias significativas entre MTG y SU, al igual que la graduación de la severidad de los mismos. La hipoglucemia fue el EA mas frecuente sin diferencias entre grupos, excepto en un estudio con terapia combinada nateglinida o glibenclamida mas metformina.

Conclusiones: En personas con DM2, con sobrepeso u obesidad y mal control glucémico en la elección del fármaco hipoglucemiante debe considerarse la efectividad para reducir complicaciones a largo plazo y la mortalidad. La evidencia disponible apoya el uso de las SU ya que si ha demostrado una reducción de las complicaciones microvasculares y la tasa de hipoglucemias es comparable.

P-081

P-082

EFFECTIVIDAD DE LA INSULINA DETEMIR FRENTE A LA INSULINA NPH SOBRE EL CONTROL METABÓLICO Y LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA DIABETES

B. Pascual, R. Villegas et al

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: Evaluar la efectividad de la insulina detemir sobre el control metabólico, la presencia de complicaciones a corto (hipo e hiperglucemias), a medio y largo plazo (afectación ocular, renal, cardiovascular y de los pies) y los efectos adversos frente al tratamiento convencional con insulina NPH. **Métodos:** *Revisión sistemática:* Búsqueda en MEDLINE, Embase (1999-octubre 2006). *Criterios de inclusión:* ensayos clínicos (EC) aleatorizados en sujetos con diabetes tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2); fármacos a estudio en monoterapia o terapia combinada con igual fármaco; ensayo clínico aleatorizado con seguimiento mayor de 6 meses. Valoración crítica de textos completos según CASPE y escala de Jadad por dos revisores.

Resultados: De un total de 51 artículos localizados en la búsqueda cumplían los criterios de inclusión 8, de los que se rechazaron 5. Los 3 EC aceptados fueron en brazos paralelos, sin ciego. Las medidas de resultado aportadas fueron de eficacia (control glucémico) y seguridad (incidencia de hipoglucemia). En DM1 (2 EC) el tiempo de seguimiento medio fue entre 16 y 26 semanas. Ningún estudio mostró una diferencia de media de la HbA1c significativa entre los grupos a pesar de la superioridad del detemir en disminuir la glucemia basal venosa y los perfiles de glucemia capilar. La incidencia de episodios de hipoglucemia de cualquier tipo (incluidos menores y nocturnos) fue inferior en el grupo con detemir. En DM2 (1 EC) el tiempo de seguimiento fue de 24 semanas. No se observó diferencias entre detemir y NPH para el control metabólico, tensión arterial, perfil lipídico y efectos adversos. La incidencia de los episodios de hipoglucemia de cualquier tipo fue comparable, aunque el riesgo de hipoglucemias nocturnas fue inferior en los pacientes tratados con detemir.

Conclusiones: El detemir no muestra superioridad sobre la NPH en la reducción de la HbA1c, pero aporta un menor riesgo de hipoglucemias nocturnas en la DM1 y DM2. El limitado tiempo de seguimiento de los sujetos, el diseño de los EC no orientado a evaluar resultados en salud (morbimortalidad, calidad de vida) y la ausencia de estudios comparativos de coste-efectividad a largo plazo y de buena calidad metodológica, sugieren que el detemir estaría indicado ante un alto riesgo de hipoglucemias, cuando éstas sean frecuentes o constituyan un impedimento para mejorar el control y en los casos en que la dosis única sea la solución a problemas de tipo asistencial o social.

NOTAS DE CAMPO: UNA SECCIÓN PARA COMUNICAR CONOCIMIENTOS DESDE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

P. Godoy por el Equipo Editorial de Gac Sanit et al

Gaceta Sanitaria.

Antecedentes y objetivos: La sección Notas Campo apareció en la revista Gaceta Sanitaria el año 1999 con la pretensión de recoger conocimientos derivados de la práctica profesional de la salud pública. El objetivo de este trabajo es presentar la evaluación de esta sección en el período 2003-2006.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los principales aspectos publicados en los manuscritos. Se revisaron todas las notas publicadas en el período 2003-2006. Se clasificaron los contenidos y las instituciones a las que pertenecían los autores en grupos contruidos para este estudio. Se calculó el número total de autores y citas bibliográficas, su media, desviación estándar (DE), mediana y rango.

Resultados: En el período del estudio se publicaron 27 Notas de Campo con un total de 103 autores. Los principales contenidos fueron sobre gestión 25,2% (7/27), vigilancia epidemiológica 18,5% (5/27), salud internacional 14,8% (4/27), drogodependencias 11,1% (3/27), desigualdades 11,1% (3/27), y brotes 7,4% (2/27). Las instituciones con mayor número de artículos fueron hospitales 37,0% (10/27), agencias de salud pública gubernamentales 33,3% (9/27), universidad 14,8% (4/27), centros de salud 7,4% (2/27), escuelas de salud pública 3,7% (1/27), y organizaciones no gubernamentales 3,7% (1/27). La media de autores por nota fue de 3,9 (DE = 1,6) (mediana de 4 y rango de 1-7). El número total de citas bibliográficas fue de 257, con una media de 9,5 por artículo (DE = 4,6).

Conclusiones: Se considera que los contenidos de las notas han sido variados y representativos de los diferentes sectores de la práctica de la salud pública. El nivel de participación de las diferentes organizaciones se valora como óptimo. Se recomienda seguir captando artículos sobre aspectos novedosos de la práctica de la salud pública.

P-084

P-083

VARIACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: CRITERIOS DE INDICACIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA

F. Aizpuru, I. Guenaga, J. Alfonso, X. Sansinanea, A. Cifuentes, I. Garmilla, A. Escobar, K. Latorre et al

Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz. Hospital Santiago. Vitoria-Gasteiz.

Antecedentes y objetivos: La artroplastia de rodilla es un proceso considerado de alta variabilidad, como confirman datos publicados por el grupo de variaciones en la práctica médica de la red de investigación en resultados y servicios de salud. Esta variabilidad se atribuye sobre todo al amplio rango de gravedad con que se presentan los pacientes con artrosis de rodilla y a la discrecionalidad con que los traumatólogos indican la intervención. Se compara en este estudio la situación preoperatoria de una serie de pacientes intervenidos en los dos hospitales generales de Vitoria-Gasteiz.

Métodos: Se incluyó a 115 pacientes consecutivos intervenidos de artroplastia en los dos hospitales generales de Vitoria-Gasteiz a partir de octubre de 2005. Se comparó la situación preoperatoria de los pacientes de ambos hospitales en cuanto a sus características personales, comorbilidad, situación clínica y salud autopercibida según el cuestionario WOMAC, diseñado para medir dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla. La asignación de la población a uno u otro hospital responde a criterios geográficos exclusivamente.

Resultados: Las características personales —edad, talla, peso— de los pacientes de ambos centros (77 de uno y 38 del otro) fueron similares, así como la comorbilidad, tanto médica como del área osteoarticular. No se detectaron diferencias en cuanto a las pruebas diagnósticas a que se sometió a los pacientes. El estado de la articulación de los pacientes de uno de los hospitales era mejor según los signos subjetivos explorados —dolor en reposo ($p < 0,001$), capacidad de deambulación ($p < 0,001$), cojera ($p = 0,044$)—, signos objetivos —impotencia de extensión activa ($p < 0,001$), flexión pasiva ($p < 0,001$)— y estado articular autopercibido según el cuestionario WOMAC —subescala dolor 12,0 vs 10,3 ($p = 0,03$); subescala rigidez 4,7 vs 3,7 ($p = 0,007$); subescala capacidad funcional 44,0 vs 35,4 ($p = 0,001$).

Conclusiones: En un entorno con accesibilidad a la asistencia y características sociodemográficas similares, la indicación de artroplastia de rodilla se realiza en situaciones clínicas que pueden variar entre hospitales y/o entre especialistas. Deben explorarse las posibles causas subyacentes.

VALORACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

M. Ballestín, J. Guix, J.R. Villalbí et al

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Con la puesta en marcha de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) se definen unos objetivos estratégicos, uno de los cuales es el desarrollo de un Plan de Calidad que contribuya a conseguir otros objetivos estratégicos. Su laboratorio cuenta con un sistema de calidad propio que le ha permitido obtener la acreditación ISO 17025, pero para el conjunto de la organización se adopta como modelo la propuesta de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM).

Métodos: Se define la calidad como una estrategia de gestión para satisfacer las expectativas de los clientes, los empleados, los ciudadanos en general y los Organos de Gobierno. Se enuncian unos principios básicos, se formula una Política de Calidad con unos objetivos estratégicos, y se diseña un Plan operativo. El modelo de trabajo de calidad hace énfasis en la mejora continua; en la atención a los clientes/ciudadanos y clientes internos. un modelo inspirado en el modelo conceptual EFQM de procesos. El sistema organizativo hace recaer la gestión del Plan sobre el equipo directivo y sus asesores que priorizan los objetivos, establecen el sistema de evaluación e informan de los Resultados: *Los agentes del plan:* la Dirección es el punto de partida para la implantación, desarrollo y generalización de la filosofía de la mejora continua con el soporte de los mandos y del núcleo de calidad. El sistema de información y comunicación prevé un mecanismo de *feed-back* que permite a los profesionales conocer los datos principales que proporciona el Plan.

Resultados: Se enumeran algunos resultados obtenidos tras tres años de trabajo: Se ha construido el modelo y el mapa de procesos de l'Agència con la descripción y funcionamiento de 12 procesos a partir de una prueba piloto previa. Se han puesto en marcha de 5 grupos de mejora, inicialmente ligados a la valoración de la satisfacción de los clientes de diversos servicios. Se han realizado ocho encuestas de satisfacción a clientes externos y dos a clientes internos. Otras acciones incluyen los contratos programa con determinados clientes, la cartera de servicios personalizada, la evaluación externa de algunas dependencias, la exploración de las expectativas de ciertos clientes, y la creación de comités de calidad.

Conclusiones: Se aprecia una creciente implicación de la organización en la calidad, que se traduce en iniciativas desde diversas estructuras y no solo las generadas por la dirección. En las encuestas a cliente, para algunos servicios con más dimensión clínica lo mejor valorado es la fiabilidad y la capacidad de respuesta. En el cliente interno lo valorado peor son aspectos tangibles y empatía. La autoevaluación mediante cuestionario EFQM muestra progresos continuados a lo largo del tiempo en casi todas las dimensiones.

P-085