INFORMES del GETSIL

Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Lazarte

3 / DIC 04
cess@amr.org.ar
www.ilazarte.com.ar

[CONTENIDOS]

> Panorama actual de la investigación internacional

>> Síntesis Reportes GETSIL

. Estudio randomizado de evaluación del impacto de un paquete formado por una guía de autocuidado basada en la evidencia más consultas centradas en el paciente, sobre el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal y la satisfacción del paciente.

. La Organización del Test de Troponina en Síndromes Coronarios Agudos.

. Diagnóstico Molecular para Síndromes Hereditarios Predisponentes a Cáncer: Test Genético e Impacto Clínico.

. Descenso de la presión arterial para prevenir el infarto de miocradio y el accidente cerebrovascular: Una nueva estrategia preventiva.

>> Proyectos en curso

. Evaluación de la efectividad del screening de anti-HTLV I y II y anti-HBVc en unidades de sangre dadores de los servicios de salud municipales de la ciudad de Rosario

. Evaluación de exámenes preocupacionales.

Control ecográfico de colocación de DIU.

>> Documentos conceptuales

>> Novedades

>> Enlaces de interés

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Secretaría de Salud Pública

Instituto de la Salud
Juan Lazarte
Departamento de Economía

[EDITORIAL]

Desafíos de la ETS

M.Sc. Alicia Framarín. *Asesora Científica. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) Quebec (Canadá)*

La evaluación de tecnologías sanitarias es una actividad multidisciplinaria que consiste en sintetizar y analizar la información científica con el objetivo de guiar las decisiones clínicas y administrativas a todos los niveles del sistema de salud. Frente al desarrollo cada vez más rápido de la tecnología y a la presión que esto ejerce sobre el sistema de salud, la evaluación de tecnologías persigue el objetivo de asegurar la mejor calidad posible de la atención sanitaria y la utilización racional de los recursos, acercando al decisor la mejor información científica disponible. En Canadá, la primera unidad de evaluación de tecnologías, el «Conseil d'évaluation des technologies de la santé» (CETS) se creó en Québec en 1988. La «Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé» (AETMIS) sustituyó al CETS en junio de 2000. Existen más unidades en otras provincias canadienses y a nivel federal, a lo que se suman las actividades de evaluación de tecnologías que tienen lugar en universidades, hospitales universitarios e instituciones de salud pública.

El contexto actual del sistema de salud es propicio al desarrollo de la evaluación de tecnologías. Los recursos son cada vez más escasos, las necesidades de la población aumentan y las tecnologías se desarrollan a un ritmo creciente. Poco de lo que se hace se evalúa y es fácil de constatar que, mientras los costos aumentan en forma vertiginosa, los resultados en términos de salud son estables. La situación es aun más compleja si consideramos que la carga de enfermedad no cesa de aumentar debido a la aparición de nuevas enfermedades y al pasaje a la cronicidad de enfermedades agudas potenciado por la disponibilidad de nuevos tratamientos de ciertas enfermedades y el envejecimiento de la población. Las nuevas tecnologías no reemplazan las precedentes sino que se agregan. El desarrollo tecnológico trae además consigo cambios mayores en el modo de dispensación de servicios que se operan generalmente sin evaluación previa. Finalmente, la revolución que se vive en el campo de la comunicación hace que los pacientes mejor informados tengan exigencias cada vez más elevadas en torno a la atención sanitaria y recurran con más frecuencia a recursos legales a fin de obtener el acceso a las tecnologías y servicios existentes pero no cubiertos por los seguros de salud.

En ese contexto complejo, la evaluación de tecnologías aporta a los decisores, en todos los niveles jerárquicos de la organización, una información basada en el conocimiento científico, utilizando metodologías reconocidas. Evaluar es hoy en día una actividad indispensable para decidir tanto sobre la incorporación como sobre la cobertura de nuevas tecnologías y el reemplazo o la exclusión de tecnologías obsoletas, sobre la base de la inocuidad, eficacia, efectividad y eficiencia y también para apoyar los modelos de implantación, difusión y utilización de tecnologías y de modos de intervención en salud.

>>> *[continúa]*

>>> *[continuación de Editorial]*

La evaluación de tecnologías necesita integrarse (y no imponerse) a las preocupaciones de los decisores y responder a las prioridades de la organización o del sistema. Las necesidades de evaluación son enormes y las organizaciones de evaluación de tecnologías se ven confrontadas a múltiples desafíos: priorizar, producir evaluaciones útiles, de calidad, accesibles en tiempo oportuno, cuyos resultados son utilizados y tienen un impacto sobre la toma de decisiones. La calidad de las evaluaciones resulta del rigor de la metodología utilizada y exige tiempo y recursos humanos especializados. La accesibilidad en tiempo oportuno es un desafío constante, que pone en juego la capacidad de producir rápidamente una información rigurosa y exhaustiva. Los resultados de la evaluación de tecnologías necesitan una difusión amplia, rápida y eficaz a fin de que los administradores y profesionales implicados puedan acceder fácilmente a la información pertinente a la hora de tomar una decisión.

Un esfuerzo importante se consagra actualmente a la transferencia del conocimiento entre la evaluación de tecnologías y los decisores, por ejemplo a través de un proceso de evaluación interactivo y continuo. En el nivel macro decisional, que en Québec está representado principalmente el Ministerio de la Salud y de los Servicios Sociales y la «Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)», organismos encargados de la elaboración de políticas sanitarias y del pago de los honorarios profesionales, la AETMIS ha desarrollado estrategias de comunicación interactiva con los decisores a fin de poder ofrecer respuestas y resultados parciales durante el proceso de evaluación y previo a la publicación de un informe final. Este tipo de comunicación permite además de acotar correctamente las preguntas de los decisores, favorecer la transferencia de conocimientos a los decisores. El nivel meso decisional, que comprende las autoridades regionales, los centros hospitalarios y las redes locales de servicios, los interlocutores son muchos y diversos y la transferencia de conocimientos representa un desafío mayor. Actualmente la AETMIS está concretando acuerdos con los hospitales universitarios y las redes locales de servicios con el objeto de apoyar y coordinar las actividades de evaluación de tecnologías en dichas instituciones y promover la cultura y la práctica de la evaluación. Estas acciones contribuirán además a difundir los resultados de los trabajos de la Agencia a nivel hospitalario. A nivel micro decisional, es decir de profesionales de la salud, pacientes y ciudadanos, la difusión de la información es todavía principalmente pasiva. Sin embargo, cuando el informe lo exige, la AETMIS utiliza las vías de transmisión de la información de las asociaciones profesionales y los periódicos médicos. Actualmente, se está llevando a cabo un proyecto de vulgarización de la información y transferencia del conocimiento a los pacientes. A través de la página web de la Agencia (http://www.aetmis.gouv.qc.ca/) los pacientes tendrán próximamente acceso a información vulgarizada sobre algunos de los trabajos de la AETMIS. Finalmente, y siempre con el deseo de producir informes útiles que lleguen al decisor en tiempo oportuno, la AETMIS ha diversificado sus productos, ofreciendo además de los tradicionales informes completos de evaluación, notas breves, informes preliminares y otros tipos de productos.

La formación de los decisores y la promoción de la cultura y la práctica de la evaluación son aspectos esenciales a la interpretación correcta de los resultados de las evaluaciones y a la incorporación de los mismos en su práctica cotidiana. En este sentido, la AETMIS ofrece un curso de formación a distancia destinado a la formación de base en evaluación de tecnologías. Actualmente, y en el marco de un proyecto especial, se están preparando «módulos» breves de formación a distancia destinadas a los decisores en el campo de la salud.

El rol de la evaluación de tecnologías es acercar la información científica a la decisión. Sin embargo, uno de los desafíos actuales es cómo acercar la evaluación a la decisión. La información producida por la evaluación de tecnologías es solamente uno de los elementos de la toma de decisiones y en el futuro se deberá desarrollar una metodología apropiada para identificar y medir su impacto en las decisiones y en los resultados de salud.

>>

> Panorama actual de la investigación internacional

>> Síntesis de Reportes del GETSIL

Título
A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL TO ASSESS THE IMPACT OF A PACKAGE COMPRISING A PATIENT-ORIENTATED, EVIDENCE-BASED SELF-HELP GUIDEBOOK AND PATIENT-CENTRED CONSULTATIONS ON DISEASE MANAGEMENT AND SATISFACTION IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (Estudio randomizado de evaluación del impacto de un paquete formado por una guía de autocuidado basada en la evidencia más consultas centradas en el paciente, sobre el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal y la satisfacción del paciente)
http://www.ncchta.org/execsumm/summ728.htm

Agencia
NCCHTA, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, United Kingdom; http://www.ncchta.org

Referencia
Health Technol Assess 2003;7(28). Oct 2003.

Objetivos
La meta del estudio fue determinar si una combinación de autocuidados (usando una guía desarrollada con los pacientes) y atención por médicos entrenados en cuidados centrados en el paciente, mejoró los resultados clínicos y condujo a un uso costo-efectivo de los servicios del NHS (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido).

Conclusiones y resultados
Después de un año, la intervención resultó en un descenso de las consultas al hospital: 1.9 versus 3 al año ($p<0.001$) sin cambios en el número de consultas en el primer nivel. Los pacientes se sintieron más capacitados para manejar su condición ($p<0.05$). La intervención no redujo la calidad de vida y no elevó la ansiedad. El grupo de intervención reportó una disminución de las recaídas: 1.8 versus 2.2 ($p<0.01$); 74% de los pacientes del grupo intervención dijeron preferir continuar con el mismo modo de atención. Los datos cualitativos mostraron que la guía resultó efectiva, pero ciertas limitaciones organizacionales redujeron los alcances de las intervenciones centradas en el paciente para algunos de ellos. El análisis de costo-efectividad favoreció al autocuidado con respecto a los cuidados habituales.

Recomendaciones
Es probable que la difusión del uso de este método en manejo de enfermedades crónicas mejore la satisfacción global del paciente y reduzca el gasto en salud sin evidencia de efectos adversos en el control de la enfermedad. De cualquier manera, los datos cualitativos también sugieren que se debe dar más atención a la autorreferencia, a los mecanismos de acceso y a la redistribución del control hacia los pacientes, mediante un aumento de la adherencia a normas centradas en el paciente de parte de los médicos.

Métodos
El diseño fue un estudio por clusters con randomización de los centros de tratamiento. Diecinueve hospitales del noroeste de Inglaterra fueron randomizados en diez sitios de control y nueve sitios de intervención. Se reclutaron 700 pacientes (297 en grupo intervención y 403 en grupo control) con diagnóstico de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Los pacientes en los sitios control recibieron los cuidados habituales. La intervención incluyó entrenamiento de médicos para proveer cuidados centrados en el paciente; provisión a los pacientes de una guía informativa sobre las enfermedades, desarrollada con pacientes con anterioridad al estudio; negociación de un plan escrito de autocuidados y facilitación del acceso de los pacientes a los servicios luego de su autoevaluación. Los principales resultados medidos fueron las tasas de consulta ambulatoria en hospitales, calidad de vida y aceptabilidad de los pacientes. Otros resultados clínicos incluyeron ansiedad y depresión, capacitación del paciente, satisfacción del paciente, duración de las crisis y de los intervalos entre ellas y el tratamiento. La evaluación económica se centró en el uso de los recursos del sistema y la valoración costo efectiva usando EQ-5D. Los datos se obtuvieron por entrevistas al inicio y a los 12 meses, cuestionarios postales y registros médicos hospitalarios. Se realizaron entrevistas en profundidad con pacientes y médicos para comprender la experiencia de intervención.

>>

Título
THE ORGANIZATION OF TROPONIN TESTING IN ACUTE CORONARY SYNDROMES (La Organización del Test de Troponina en Síndromes Coronarios Agudos)
http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/HTA_march04_web.pdf

Agencia
NHS QIS, NHS Quality Improvement Scotland, UK, http://www.nhshealthquality.org

Referencia
Craig et al. 2004 Health Technology Assessment Report 4, Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland. ISBN 1-903961-42-4.

Objetivo
Determinar si el test de troponina (TT) es útil en clínica y redituable en el manejo del síndrome coronario agudo (SCA) y de serlo, considerar cómo un servicio como tal podría ser organizado por Escocia.

Conclusiones y resultados
Existe fuerte evidencia clínica que concluye que la troponina es superior a otras enzimas cardíacas para detectar daño miocárdico.

La evidencia indica que la medición de la troponina sólo es efectiva para mostrar daño cardiaco en las primeras 12 horas desde el comienzo de los síntomas.

La evidencia también sugiere que el test de troponina en la admisión del hospital en casos sospechosos de síndrome coronario agudo identifica cerca del 50% de los pacientes que van a tener un test positivo en las siguientes 12 horas. La evidencia actual indica que pocos de los analizadores cuantitativos y ninguno de los cualitativos son lo suficientemente sensibles y precisos para descartar o confirmar necrosis miocárdica

El análisis de costo consecuencia muestra que el costo variable de realizar el test es menor a £8.40, lo que indicaría que es rentable / redituable realizar el test en la admisión de pacientes con síntomas que sugieran el síndrome coronario agudo pero sin alto riesgo clínico ni marcadores ECG.

Recomendaciones
- El test de troponina debería estar disponible en Escocia en todos los hospitales que reciban pacientes con sospecha de SCA, incluyendo pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST.

- El TT debe ser utilizado conjuntamente con marcadores clínicos y ECG para realizar decisiones diagnósticas, evaluar el riesgo y la aptitud a un tratamiento médico o invasivo en pacientes con SCA.

- El momento y el valor diagnóstico del TT dependen de las características clínicas de los pacientes.

- El servicio del TT debe tener en cuenta necesidades locales, podría tener lugar en el laboratorio o administrarse en el punto de atención y dependerá de los requerimientos hospitalarios locales.

- Deben desarrollarse y aplicarse protocolos que aseguren el uso apropiado y óptimo del TT para facilitar un acceso equitativo al servicio de cateterización.

- Los profesionales de la salud deben explicar a los pacientes, utilizando los términos apropiados, el diagnóstico, como se llegó a él, las opciones terapéuticas, las acciones a tomar si los síntomas retornan luego del alta y deben asegurarse de que los pacientes entendieron la explicación. Es importante utilizar la ayuda de material escrito.

- Se necesita con urgencia un consenso en la definición de infarto de miocardio

Métodos
Se realizaron búsquedas sistemáticas en fuentes de literatura científica para identificar evidencia (por ej. Contribuciones de expertos, profesionales y grupos de pacientes, fabricantes y grupos de interés). La evidencia fue evaluada en forma crítica.

Se realizaron análisis de costo-consecuencia y se construyó un modelo económico para informar la organización sobre un servicio de TT rentable.

>>

Título
MOLECULAR DIAGNOSIS FOR HEREDITARY CANCER PREDISPOSING SYNDROMES: GENETIC TESTING AND CLINICAL IMPACT (Diagnóstico Molecular para Síndromes Hereditarios Predisponentes a Cáncer: Test Genético e Impacto Clínico) http://www.ccohta.ca/publications/pub_search_e.asp##

Agencia
CCOHTA, Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. Ottawa, Ontario, Canada, http://www.ccohta.ca

Referencia
CCOHTA Technology Report, Issue 41, November 2003. ISBN 1-894978-09-9 (print); ISBN 1-894978-10-2 (electronic)

Objetivos
- Evaluar la evidencia sobre la disponibilidad, costo y validez analítica y clínica de los tests genéticos para screening y diagnóstico de síndromes hereditarios predisponentes a cáncer.

- Documentar el impacto del test genético (TG) en el manejo clínico de pacientes con síndromes hereditarios específicos predisponentes a cáncer.

Conclusiones y resultados
Se listaron en un formulario el costo, disponibilidad y sensibilidad analítica y clínica de 20 síndromes hereditarios predisponentes en tres grupos distintos:
. Cuando el TG es generalmente parte del manejo clínico de familias afectadas
. Cuando el beneficio del TG ha sido demostrado, pero no es parte del manejo estándar.
. Cuando el beneficio clínico del TG no es claro.

También fue compilado un listado de servicios y laboratorios en Canadá de acuerdo a provincias y ciudades.

A pesar de que las nuevas técnicas moleculares se están desarrollando rápidamente, la implementación del TG para muchos desórdenes en el manejo clínico estándar no ha sido justificado. El alto costo, la validez analítica y clínica variable, la disponibilidad limitada, y aspectos legales-sociales-éticos afectan la integración del TG en el sistema de salud.

Métodos
Los investigadores buscaron en bases de datos electrónicas, contactaron laboratorios de tests genéticos y realizaron una búsqueda manual de artículos seleccionados. Dos revisores independientemente seleccionaron 457 artículos relevantes que llenaban los criterios predeterminados.

>>

Título
LOWERING BLOOD PRESSURE TO PREVENT MYOCARDIAL INFARCTION AND STROKE: A NEW PREVENTIVE STRATEGY (Descenso de la presión arterial para prevenir el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular: Una nueva estrategia preventiva) http://www.ncchta.org/execsumm/summ731.htm

Agencia
NCCHTA, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, United Kingdom; http://www.ncchta.org

Referencia
Health Technol Assess 2003;7(31). Nov 2003.

Objetivos
- Investigar la perfomance del screening de la medición de la presión arterial y otras variables para identificar a aquellos que desarrollarán o morirán a causa de enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular.

- Cuantificar en qué medida las drogas hipotensoras reducirán el riesgo de enfermedad cardíaca isquémica y de accidente cerebrovascular en casos designados como “screening positivo”.

Conclusiones y resultados
Bajar la presión arterial diastólica en 5 mm Hg reduce el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) en un valor estimado del 34% y de enfermedad cardíaca isquémica (CI) en un 21%, partiendo de cualquier nivel de presión arterial (PA) pretratamiento. Estas estimaciones, provenientes de estudios de cohorte, han sido corroboradas por los resultados de ensayos clínicos randomizados en pacientes con PA alta, media y baja. La PA es un pobre predictor de los eventos cardiovasculares.

Su pobre perfomance como screening está ilustrada en los hallazgos del mayor estudio de cohorte donde las personas en el 10% más alto de la distribución de la PA experimentaron solamente el 21% de los eventos cardíacos isquémicos y el 28% de los ACV a cualquier edad. Combinar varios factores de riesgo reversibles agrega poco al valor predictivo de la PA sola. Los principales métodos de screening deberían identificar a todos aquellos con una historia de eventos de enfermedad cardiovascular y utilizar la edad de las personas. Identificar a todos aquellos con una historia de infarto de miocardio (IM) o ACV en una población de 55 años o más debería incluir el 98% de todas las muertes por enfermedad cardíaca isquémica y accidente cerebrovascular.

Las cinco principales categorías de drogas hipotensoras -tiazidas, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ACE), antagonistas de los receptores de la angiotensina II y los bloqueantes de los canales cálcicos- reducen significativamente la PA en todos los niveles de pretratamiento. Las reducciones fueron similares en las dosis estándar de las cinco categorías; la reducción promedio fue de 9.1 de sistólica y 5 de diastólica. El efecto sobre la presión arterial fue aditivo al combinar dos drogas. No hubo efecto aparente de la edad. No hubo consecuencias metabólicas serias al utilizar estas drogas a dosis estándar.

Recomendaciones
La evidencia indica que la combinación de tres drogas puede reducir el ACV en dos tercios y la enfermedad cardíaca isquémica a la mitad. El informe sugiere evitar el término “hipertensos” dado que no es una enfermedad e implica de modo incorrecto otra categoría de pacientes (“normotensos”) que no se beneficiaría con una disminución de la PA. Siendo que la disminución de la PA mediante el uso de drogas seguras es efectiva para prevenir eventos cardiovasculares, se sugiere que dicha terapia preventiva sea utilizada más extensamente en personas en riesgo de ataque cardíaco o de ACV sin considerar la PA inicial.

Métodos
Identificación y análisis de estudios de cohorte y ensayos randomizados relevantes. Análisis estadístico para determinar eficacia de las drogas y los efectos adversos.

> Proyectos en curso

Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de la Salud "Juan Lazarte" (GETSIL). **"Evaluación de la efectividad del screening de anti-HTLV I y II y anti-HBVc en unidades de sangre dadores de los servicios de salud municipales de la ciudad de Rosario".** Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Departamento de Economía, Ciudad de Rosario.

Justificación
La búsqueda del virus de la hepatitis B (HBV) mediante anticuerpos anticore (anti-HBVc) y la de "human T-lymphotropic virus" (HTLV) I y II mediante sus anticuerpos específicos, se realiza desde hace años en diversos países y más recientemente, en algunos servicios de hemoterapia locales.

A pesar de que se reconoce la eficacia de estas determinaciones, continúa debatiéndose acerca de su efectividad y los costos que genera su implementación.

La difusión progresiva de estas técnicas supone su inclusión en los servicios de la Secretaría de Salud de Rosario, lo cual ha justificado una evaluación de su utilización en los servicios municipales.

Objetivos
::: General :::
- Evaluar la realización del screening serológico anti-HTLV I/II y anti-HBVc en los servicios de salud municipales de la Ciudad de Rosario.

::: Específicos :::
- Conocer la efectividad del screening, comparando su capacidad para identificar unidades de sangre infectadas con la capacidad del rastreo tradicional.

- Calcular los costos derivados del programa de screening y los costos generados por infecciones post transfusionales que podrían evitarse mediante el mismo.

- Estimar la utilidad del screening mediante los QALYs (años de vida ajustados a calidad) que ganarían los receptores de sangre sometida al nuevo chequeo, al disminuir la tasa de infecciones post transfusionales.

- Informar los resultados globales con un indicador de costo / utilidad (costos del screening versus QALYs ganados); indicador que podría ayudar en la comparación de esta intervención con otras de distinta índole.

Estado de avance
Como aproximación inicial, se realizaron entrevistas con personal ligado a la gestión del Centro de Sangre Municipal. Se constató en ellas que el nuevo screening viene desarrollándose ya desde el pasado mes de Agosto y se tomó contacto con la información de resultados de determinaciones que elabora el Centro. Se ha diseñado entonces un esquema para aprovechar esta información, comparando los resultados del nuevo screening con los del tradicional, de manera de evaluar la efectividad. Al mismo tiempo, se comenzó a calcular los costos de la implantación del programa. Se espera así realizar un primer informe en el mes de diciembre, acerca de los costos derivados de la identificación adicional de unidades de sangre infectadas. También se está realizando una búsqueda bibliográfica extensa, en procura de datos que permitan estimar lo que ocurriría con una cohorte de personas que recibiera sangre infectada con uno u otro virus. Se busca evidencia científica sobre los problemas de salud que eventualmente se generarían: su tasa de incidencia, su mortalidad potencial, el deterioro estimado en la calidad de vida que producirían y los costos relacionados. Esta "modelización", permitirá entregar en el mes de abril de 2005 una segunda parte del informe, tal vez la más substanciosa, acerca de la relación de costo / utilidad. De lo actuado hasta se presume que existe una serie de interrogantes que quedarán abiertos al fin de la presente investigación. Al respecto se elaborará una propuesta de trabajo que permita su abordaje.

>>

Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de la Salud "Juan Lazarte" (GETSIL). **"Evaluación de exámenes preocupacionales".** Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Departamento de Economía, Ciudad de Rosario.
Evaluación de la "Libreta de Sanidad" vigente en el municipio de Rosario

Justificación
La "Libreta de Sanidad" es un certificado sanitario de carácter individual que el estado municipal exige a quienes pretenden desempeñarse en determinados ámbitos laborales. Para su implementación, que data de 1942, el gobierno municipal de la ciudad de Rosario hace uso de las atribuciones que le confieren poder regulatorio sobre las condiciones de salud de la población. Si bien el mencionado documento ha sufrido modificaciones con el transcurso de las décadas, sus objetivos, destinatarios y propósito no se han visto sustancialmente alterados.

La obtención de la Libreta Sanitaria, que se extiende por demanda de los interesados, requiere someterse a un examen clínico individual, un examen de laboratorio para determinación serológica de sífilis, y la asistencia a un Curso de Buena Práctica de manipulación de alimentos. La exigencia de la Libreta contempla a un conjunto heterogéneo de personas que ejercen o buscan ejercer diversas ocupaciones, (obreros y empleados que manufacturan, despachan, reparten o manejan artículos alimenticios; personal de hoteles y bares; personal de servicio doméstico, peluqueros, personal de casas de belleza, y personal del transporte público de pasajeros). La normativa dispone además la posibilidad de someter a exámenes diferenciados al personal de cabarets, dancing, y cafés con camareras. Aún cuando todo este grupo diverso de ocupaciones no presenta rasgos laborales y/o sanitarios comunes, se adopta para con ellos el objetivo de descartar la presencia de enfermedades infecto-contagiosas.

Al momento actual existe opinión formada por parte de autoridades sanitarias municipales, que el conjunto de acciones requeridas para extender la Libreta no cumple adecuadamente con el propósito de preservar y asegurar la salud de la población. De éste modo se expresa la preocupación por adecuar y establecer nuevas normativas que contribuyan en forma efectiva a la protección sanitaria poblacional e interroguen la utilización de los recursos financieros y humanos destinados a este fin.

Objetivos
Ponderar el grado de pertinencia de la Libreta de Sanidad en sus aspectos epidemiológicos, sanitarios, jurídicos, institucionales y económicos, con el propósito de brindar elementos para su eventual modificación, en base a una descripción y análisis detallados de los procesos que actualmente la componen.

Estado de avance
El equipo de investigación trabaja actualmente haciendo uso de un conjunto de herramientas técnicas que le permitan obtener información cuantitativa y cualitativa precisa para el análisis. La multiplicidad de actores involucrados en la gestión del proceso de trabajo de la Libreta Sanitaria ha motivado la realización de entrevistas a los mismos. El acceso a fuentes secundarias está permitiendo dimensionar la magnitud de trabajadores que buscan su obtención y el producto sanitario que ese relevamiento permite obtener. La observación directa del contexto y de las prácticas realizadas permite la reconstrucción de los circuitos organizativos recorridos por los usuarios y de los procesos de trabajo desarrollados.

Se espera que durante el mes de diciembre estén elaborados resultados preliminares del estudio de manera de constituir un material de consulta y asesoría para quienes gerencian este dispositivo de salud pública.

>>

Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de la Salud "Juan Lazarte" (GETSIL). **"Control ecográfico de colocación de DIU"**. Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Departamento de Economía, Ciudad de Rosario.

Justificación
El presente trabajo se propone analizar la utilización de la ecografía en la colocación y posterior control del dispositivo intrauterino. Si bien cierta evidencia indica que la prescripción del control ecográfico tiene indicaciones restringidas y su realización sistemática y rutinaria para la población de mujeres que utilizan el DIU como método anticonceptivo, no estaría justificada, existe información que señalaría que dicha prescripción es una práctica frecuente en el ámbito de la Secretaría de Salud Municipal. Esta situación podría tener consecuencias tanto en la población de mujeres como práctica innecesaria cuanto en el conjunto de problemáticas que acarrea para el acceso a otros estudios ecográficos al competir en la agenda de turnos con otras indicaciones. La caracterización de esta práctica así como la indagación de las características y criterios de los prestadores permitiría orientar intervenciones para una utilización más racional y brindar insumos para la reorganización de los servicios de salud involucrados.

Objetivo General
Explorar los posibles motivos de utilización de la ecografía ginecológica para el control posterior a la colocación del DIU en servicios de ecografía del Hospital "Dr. Roque Sáenz Peña" durante el período marzo-agosto de 2004.

Objetivos Específicos
- Reseñar la evidencia científica actual sobre indicación de ecografía posterior a la colocación de DIU.
- Caracterizar la utilización de ecografía ginecológica en los servicios seleccionados.
- Describir y analizar las características de los médicos prescriptores.
- Indagar los criterios de utilización de la ecografía para control de colocación de DIU.

Estado de avance
Se realizó una búsqueda de las publicaciones referidas a DIU/ecografía, a través de los sitios de internet de diferentes organizaciones, empleando buscadores genéricos.

Las búsquedas fueron en Medline (PubMed), Cochrane Library, base de datos del CDR (Centre for reviews and dissemination), base de datos de INAHTA (International Association of Health Technology Assessment) y base de datos locales. No se utilizaron filtros metodológicos ni limites de fechas

A partir de identificar a diversos actores que participan en el problema a indagar se realizaron entrevistas de carácter exploratorio que posibilitaron el acercamiento y participación de profesionales involucrados en el nivel de decisión de la organización de los servicios de salud a los fines de redefinir y precisar el diseño de la investigación.

Se llevaron a cabo entrevistas con:
- Dirección del Hospital Roque Sáenz Peña.
- Coordinación del Servicio de diagnóstico por imágenes de la red de salud municipal.

Ejes de las entrevistas:
. Visualización de los puntos críticos del problema desde la perspectiva de la gestión y organización de los servicios de salud.
. Características de la infraestructura y recursos técnicos disponibles (ecógrafos, recursos humanos).
. Criterios de asignación de turnos para las ecografías.
. Características del sistema de información y de los registros de las intervenciones (historia clínica, solicitud de ecografía, estadísticas hospitalarias).

A partir de las entrevistas se visualizaron los siguientes componentes del problema:
. Aumento global de las solicitudes de ecografías en general.
. Disponibilidad de los registros de solicitud de ecografías ginecológicas con motivo de control del DIU sólo en unos de los efectores propuestos inicialmente en el protocolo de investigación original.
. Heterogeneidad en los criterios de solicitud de control ecográfico del DIU por parte de los profesionales médicos.

Propuesta y redefinición del trabajo:
En esta primera etapa de trabajo se propone circunscribir y delimitar el estudio en el Hospital Roque Sáenz Peña con los objetivos antes descriptos dada la factibilidad para su realización.

Se incluirá una ponderación de los estudios ecográficos en lista de espera para una mayor profundización de la situación de dificultades de acceso como consecuencia de la utilización de ecografías para control del DIU.

Dado las condiciones de factibilidad se prevé la prolongación del trabajo durante el año 2005 modificándose el cronograma presentado originalmente.

>>>

> Documentos conceptuales

Buglioli Bonilla, Marisa; Pérez Galán, Ana "Evaluación de tecnologías de salud." Rev Med Uruguay, 2002; 18: 27-35. [http://publicaciones.smu.org.uy/publicaciones//rmu/2002v1/art-4.pdf]

El presente artículo realiza un amplio recorrido por la evaluación de tecnologías de salud (ETS). En esta iniciativa se ofrece al lector una descripción del contexto global de surgimiento y difusión de la ETS en Canadá, Estados Unidos, España y Reino Unido y un análisis de los modelos de utilización e incorporación de las tecnologías y de las evidencias científicas. Se revisan asimismo los aspectos conceptuales, la base metodológica utilizada, los diferentes componentes de la evaluación y las principales tendencias observadas.

La ETS es definida como la forma integral de investigar las consecuencias clínicas, económicas y sociales del empleo de las tecnologías en salud y sus efectos directos e indirectos, deseados y no deseados. Se distingue del resto de la investigación en salud por su orientación política, es decir por su propósito de producir información útil para la toma de decisiones.

El objetivo principal de la ETS se ubica en su capacidad de contribuir a la comprensión del alcance y la utilidad del resultado del proceso de evaluación en los distintos niveles de toma de decisión en salud: definición de políticas, gestión de servicios de salud y ejercicio de la práctica médica.

Se sostiene que el objeto de la evaluación tiende cada vez más a la integralidad, abarcando no solamente medicamentos y equipos médicos, sino también acciones preventivas, procedimientos de mediana y alta complejidad e inclusive modos de organización en salud. Esta tendencia está acompañada por la aplicación del proceso de evaluación de tecnologías de salud no sólo sobre las nuevas tecnologías sino sobre las ya existentes, debido a la incertidumbre sobre su efectividad o en casos menos frecuentes por la demostración de efectos adversos que superan a los beneficios esperados.

> Novedades

:::: Publicaciones en el sitio web del Instituto Lazarte ::::

[Evaluación de Tecnologías Sanitarias]

Se encuentra disponible en el Sitio Web del Instituto de la Salud Juan Lazarte la presentación de la **Dra. Alicia Framarín** (Asesora Científica de la Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) Quebec, Canadá) **"La evaluación de tecnologías sanitarias: interfase entre la ciencia y la toma de decisiones en salud"** en las II Jornadas Nacionales de Epidemiología y III Jornadas de Economía y Gestión de Salud, realizadas del 26 al 28 de agosto de 2004 en la Ciudad de Rosario.
Descargar archivo: [http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/documentos/Framarin2004.pdf]

[Densitometría ósea y fracturas osteoporóticas]

Entre los días 21 y 23 de Octubre de 2004 tuvo lugar en la Ciudad de Buenos Aires la XXI Reunión Anual de la Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral (A.A.O.M.M.). En este marco se desarrolló un foro dedicado a la discusión de las Guías para el diagnóstico y tratamiento de la Osteoporosis y el Consenso SAO-AAOMM a través de las perspectivas clínica, sanitaria y antropológica. En este contexto miembros del GETSIL participaron como representantes del enfoque aportado por la Salud Pública a través de la presentación del Informe de Evaluación de Tecnologías de Salud **"Densitometría ósea y fracturas osteoporóticas"**. El informe completo se encuentra disponible en el Sitio Web del Instituto de la Salud Juan Lazarte.
Descargar archivo:
[http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/documentos/InformeLazarteDensitometriaOsea_sintesisdeagencias.pdf]

:::: Capacitación ::::

[Módulo Acreditable de Pos Grado en ETS]

Durante los meses de Septiembre y Octubre de 2004, se desarrolló en la Asociación Médica del Departamento de Castellanos (Rafaela) el Módulo Acreditable de Pos Grado en ETS, a cargo de docentes del GETSIL, en el marco del curso "Gestión en Sistemas y Servicios de Salud". El mismo estuvo organizado por la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud del Instituto de la Salud "Juan Lazarte". Entre los asistentes se contó con la presencia de profesionales vinculados a la práctica médica y a la gestión de instituciones de salud. Durante el año próximo se profundizarán las actividades de capacitación y asistencia técnica teniendo en cuenta las problemáticas priorizadas por los principales decisores involucrados en la gestión del sistema de salud del Departamento de Castellanos.

Informes: maestriadegestion@amr.org.ar

>>

> Enlaces de interés

CASPe (CASP España) [http://www.redcaspe.org/homecasp.asp]

CASP (Critical Appraisal Skills Programme) es un programa creado por el Institute of Health Sciences de Oxford (Universidad de Oxford y NHS R&D) para ayudar a los decisores de Salud a adquirir habilidades para la búsqueda de información y lectura crítica de la literatura científica en salud. CASP colabora con el Centro para la Medicina Basada en la Evidencia (Centre for evidence Based Medicine) de la Universidad de Oxford.

En España existe una red CASP (CASP España - CASPe) con múltiples nodos distribuidos por el territorio y una sede coordinadora ubicada en Alicante.

En este sitio se ofrece un conjunto de herramientas para lectura crítica tales como glosarios, lineamientos para la lectura de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, evaluaciones económicas, etc.
[http://www.redcaspe.org/herramientas/index.htm]

Clinical Evidence [http://www.clinicalevidence.com/]

Clinical Evidence, es una iniciativa del BMJ Publishing Group. Constituye la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para la atención de salud efectiva. A través de la síntesis de los conocimientos sobre los tratamientos y prevención de cerca de 200 problemas de salud, se promueve la toma de decisión informada. (Se requiere suscripción arancelada)

NLM Gateway [http://gateway.nlm.nih.gov]

A través del NLM Gateway se accede a diversas bases de datos de la US National Library of Medicine, entre las cuales están incluidas: Clinical Trials.gov, MEDLINE/PubMed, LOCATORplus, MEDLINEplus, DIRLINE, Meeting Abstracts, TOXLINE Special and HSRProj.

Health Evidence Network (HEN) [http://www.euro.who.int/HEN]

HEN es un servicio destinado a tomadores de decisión del sector salud de la región europea de la Organización Mundial de la Salud. Ofrece dos servicios: "respuestas a preguntas" para sustentar procesos de toma de decisión y fácil acceso a fuentes de evidencias tales como bases de datos, documentos y redes de expertos.

GETSIL / Equipo de trabajo

Coordinador: Mgr. Ernesto Báscolo / Economía: Mgr. Ernesto Báscolo, C.P.N. Susana Porcel de Peralta / Epidemiología: Mgr. Cecilia Augsburguer, Mgr. Sandra Gerlero / Gestión de Servicios y Sistemas de Salud: Dr. Andrés Agüero, Dr. Carlos Cáceres / Salud Pública: Dr. Abel Morabito, Dr. Néstor Ponce, Lic. Natalia Yavich / Informática: Prof. Edgardo Vega / Asesoría Externa: Dra. Alicia Framarín, Dr. Jorge Tomás Insúa y Dr. Julio Siedes.

INFORMES del GETSIL es una publicación bimestral, de distribución gratuita, elaborada por el Grupo de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Lazarte, en el marco del convenio de Cooperación Técnica suscripto con la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Los INFORMES del GETSIL pueden ser consultados en el sitio web del Instituto Lazarte: http://www.ilazarte.com.ar/