

Assistència, recerca, política sanitària i de recerca

Altres cops, com d'ençà el 1996 i de forma biennal, surt aquest Informatiu especial, que sols s'edita en català, amb les bases de la convocatòria de recerca clínica i en serveis sanitaris i amb les temàtiques prioritzades i finalment seleccionades. Aquestes sorgeixen de les diferents i variades propostes que varen arribar del *Call for topics*, de l'exercici d'escanjar l'horitzó que en diferents reunions va realitzar el Comitè Científic de l'Agència i sobre els mateixos temes que els tècnics de l'Agència, en el procés d'avaluació que porten a terme, consideren que hi ha buits de coneixement que cal omplir.

La convocatòria d'enguany, 2002, inclou 35 temes i disposa d'un pressupost com el de l'anterior convocatòria, havent-se d'agrair de nou l'esforç, tant del Servei Català de la Salut (CatSalut), com de la CIRIT (Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació), en mantenir i consolidar aquesta convocatòria de recerca clínica i en serveis sanitaris tan particular, sobre temes prioritzats i on, sota concurrència pública i oberta, pot participar tota la comunitat d'investigadors del nostre país. Com podreu veure, els temes i els enfocaments són diversos, des de variabilitat en la pràctica, d'alternatives assistencials, de cost-efectivitat, de necessitats, inadequació o de qualitat assistencial. Les tecnologies mèdiques objecte d'estudi són també diverses, des de preventives, diagnòstiques, terapèutiques o d'assistència a malalts crítics. Hi ha, doncs, una varietat de temàtiques i perspectives que abasten nivells assistencials, disciplines i camps d'especialització múltiples.

De la darrera convocatòria, la del 2000, hi ha un fet a destacar, a part de la bona acollida que va tenir entre la nostra comunitat científica. Més del 20% del limitat pressupost va anar a estudis amb un disseny d'assaig clínic controlat i aleatori. Poques agències públiques finançadores de recerca presenten percentatges tan alts quant al finançament d'estudis amb aquest tipus de disseny que millor serveix per avaluar l'efecte de les intervencions mèdiques. No cal dir que hi ha altres dissenys que, depenent de la qüestió de recerca que es plantegi, poden ser molt útils, però calia remarcar aquest afany, sorgit dels propis investigadors amb les propostes que van presentar sobre temàtiques específiques, de procurar el màxim de rigor i robustesa en la cerca de respostes.

El món de la recerca mèdica, com el món assistencial, està canviant, està canviant acceleradament i en aquest canvi hi ha al darrera forces demogràfiques, d'innovació científica i tecnològica i també econòmiques que pitgen amb força cap a una assistència més efectiva i eficient i cap a una recerca més multidisciplinària i més orientada a les necessitats dels individus i la població. Això no treu la necessitat també de progressar i ampliar el bagatge del coneixement científic sobre els mecanismes que a nivell genètic, molecular i cel·lular originen les malalties i les seves seqüeles.

Fora de les nostres fronteres també s'apropen canvis per tal de potenciar centres de recerca d'excel·lència amb la suficient massa crítica d'investigadors i de recursos per desenvolupar projectes de gran envergadura i major continuïtat que enllacin la recerca bàsica amb la clínica i l'epidemiològica i de serveis sanitaris. Això és quelcom que s'ha d'afavorir per tal de mantenir i potenciar encara més la rellevància que a Catalunya té la recerca biomèdica. Cal, doncs, aprofitar al màxim les sinèrgies entre les universitats, els centres assistencials i els organismes públics d'investigació sanitària per constituir nuclis que, funcionant en xarxa, siguin altament competents i competitius.

Això no treu, òbviament, que la recerca mèdica hagi de limitar-se a institucions de gran dimensió o dotació. Mai no ha estat així, ni a casa nostra ni en el camp mèdic o assistencial que és el que més directament ens pertoca. A qualsevol nivell poden plantejar-se preguntes interessants de recerca per

les quals valgui la pena esmerçar esforços i recursos per tal de respondre-les. Això és així perquè en medicina, com a ciència aplicada que és i a diferència d'altres camps científics o de coneixement, hi ha una estreta relació entre recerca i assistència, entre avenços en el coneixement i la seva aplicació pràctica. En el camp mèdic, tot i que també en d'altres, ciència i tecnologia es potencien mútuament, van aparellades, amb la fita específica de procurar reduir la mort prematura i la discapacitat, millorar la qualitat de vida percebuda i assolir guanys en la qualitat, l'eficiència i l'equitat amb què es proveeixen els serveis sanitaris.

Finalment, com a darrer punt, cal considerar que la recerca i el coneixement que d'ella se'n derivi han de servir per informar les polítiques sanitàries (*evidence-base health policy*), la qual cosa cada dia és, necessàriament, més així. Tanmateix, s'ha de tenir en compte que, malgrat que molts cops s'oblidi des del món de la recerca, el criteri final que prenguin els decisors es fonamentarà, no sols en el coneixement científic provinent de la recerca, sinó també en la factibilitat financera, les preferències dels votants, així com informació diversa en relació a la política cultural, de grups d'interès i líders d'opinió o dels mitjans de comunicació social. Per això és important que tant els recercadors i els polítics, com a activitats ben diferents i complexes, puguin entendre els interessos, percepcions, necessitats i prioritats amb les quals cadascun d'ells opera i acomodar mútuament les diferències així com els seus desiguals horitzons temporals. Sols així el bé comú podrà acabar guanyant.

Professor Joan Rodés

President del Consell d'Administració de l'AATM

Temes seleccionats i orientació per al seu plantejament

1 Estudi de la variabilitat i l'adequació de la pràctica clínica a Catalunya

Un estudi a Catalunya (1996) mostrà uns coeficients de variació superiors al 20% per als següents procediments: histerectomia (19,1%), colecistectomia (21,3%), reparació d'hèrnia (25,8%), prostatectomia (32,8%), apendicectomia (33,2%), extracció del cristal·lí (43,4%) i amigdalectomia (50,2%). Les dues primeres intervencions es classificarien com a variabilitat moderada (2,5 vegades), l'amigdalectomia com a variabilitat molt alta (8,5 vegades o més) i la resta com a variabilitat alta (3,5 vegades). Les implicacions d'aquestes variacions, no només en costos sinó també en termes d'equitat, són importants. Caldria ampliar l'anàlisi de la variabilitat amb altres tipus d'intervencions i fins i tot amb les que no requereixen hospitalització. Alhora

caldria proposar mesures per a la seva adequació. El mètode de l'ús apropiat té per objectiu disminuir la variabilitat i trobar fórmules per eliminar selectivament els procediments inadequats per alliberar recursos que poden utilitzar-se, aleshores, en procediments efectius. Per exemple, segons aquest mètode, en un estudi al País Basc (2000) es va detectar que la colecistectomia tenia un ús inadequat en un 19% de les indicacions, 34% d'ús dubtós i només en un 47% dels casos la intervenció fou adequada. La proposta fóra seleccionar una sèrie de procediments i identificar-ne la seva adequació per, amb els resultats obtinguts, recomanar que s'eliminessin els processos inadequats incentivant els que sí que ho són.

2 Desenvolupament d'instruments i sistema d'informació per a la mesura de la qualitat assistencial en l'atenció oncològica

A Catalunya, el càncer suposa la causa més freqüent de mort en els homes (31,7%) i la segona causa principal en les dones (21,6%). El Pla Director d'Oncologia a Catalunya 2001-2004 estableix, entre d'altres objectius, la necessitat de reduir la incidència i mortalitat pel càncer al nostre país, millorar la supervivència i qualitat de vida dels malalts i millorar l'accessibilitat de la població

garantint un diagnòstic precoç i un tractament apropiat i de qualitat. Els registres hospitalaris, sense proporcionar dades d'incidència com poden oferir els registres poblacionals de càncer, possibiliten altra mena d'estudis clínics i epidemiològics. En els darrers anys també s'ha insistit en la seva faceta com a instruments capaços de permetre avaluar la qualitat de l'atenció oncològica hospitalà-

ria, mitjançant una sèrie d'indicadors obtinguts de forma estandarditzada i sistemàtica (per ex. intervals consulta-diagnòstic-tractament, compliment de protocols terapèutics, mortalitat postquirúrgica, pèrdues de seguiment, confirmació histològica –especialment prequirúrgica-, presentació a comitè de tumors). En l'atenció oncològica es considera que ha d'haver-hi mesures adreçades a les diferents fases assistencials (cribratge, diagnòstic, tractament,

seguiment, tractament pal·liatiu), que aquestes han de mostrar la seva validesa i fiabilitat de manera apropiada i dins del marc de referència d'estructura, procés i resultat. L'objectiu d'aquest projecte fora, doncs, el desenvolupament d'indicadors la mesura dels quals permeti el monitoratge de la qualitat oncològica hospitalària, com també la comparació interhospitalària i així contribuir a oferir una millor assistència i uns millors resultats.

3 **Avaluació d'alternatives assistencials en la insuficiència cardíaca**

La prevalença de la insuficiència cardíaca (IC) a la població general oscil·la entre un 0.4% i un 2%, podent arribar a un 8-17% en persones amb més de 70 anys. A més a més de tenir una alta mortalitat (>50% en 5 anys), comporta una gran morbiditat i és una important causa d'ingrés hospitalari (>5% de les hospitalitzacions mèdiques) i d'utilització de recursos mèdics (1-2% de la despesa sanitària en països desenvolupats), fonamentalment pel cost dels ingressos hospitalaris. El tractament de la insuficiència cardíaca ha millorat molt en els darrers anys amb fàrmacs que han demostrat disminuir la mortalitat i el nombre d'ingressos hospitalaris. Tot i això, molts d'aquests són infrautilitzats en moltes ocasions, en part per necessitar un seguiment molt proper i freqüent. A nivell hospitalari s'ha proposat l'atenció d'aquests malalts en unitats especialitzades. La creació d'aquestes Unitats pot disminuir el nombre d'hospitalitzacions (36%-87%), l'estada hospi-

talària (35-50%), i el nombre d'assistència a Urgències, tot això amb estalvi de recursos per part dels hospitals. D'altra banda, els estudis a la literatura sobre l'eficàcia de l'atenció domiciliària o la intervenció per infermeres especialitzades són controvertits. L'objectiu de la proposta serà avaluar l'eficàcia en el nostre entorn de la intervenció específica per reduir la morbimortalitat i els costos sanitaris de la IC i per això es proposa, com objectiu, la realització d'un assaig clínic aleatoritzat on es compari l'atenció habitual de la IC en front d'una atenció especialitzada a domicili (per infermera i supervisió de metge de família i/o cardiòleg) o l'atenció hospitalària habitual versus l'atenció en una unitat especialitzada, avaluant com a resultat clínic principal la combinació de mort i reingressos per IC. Com a resultats secundaris es podrien avaluar els reingressos, la mort, i la qualitat de vida relacionada amb la salut.

4 **Gestió clínica transversal**

Hi ha un ampli consens en el fet que fenòmens com el major protagonisme de les malalties cròniques i degeneratives, l'envelliment de la població i els avenços tecnològics, entre d'altres, provoquen una àmplia mobilitat dels usuaris dins del sistema sanitari que portarà a canvis en el model i en la pràctica assistencial, que estaran més orientats a les persones i a les seves necessitats. La recerca en nous models de gestió està present en tots els àmbits assistencials. La proposta a investigar, dins dels possibles models de gestió clínica transversal, s'adreçaria a abordar aspectes com els següents: a) la continuïtat assistencial, aspectes conceptuals i com passar de la coordinació a la corresponsabilitat en els mateixos

objectius; b) el paper de les eines de suport als professionals, ja existents, i com incorporar-les a un model transversal, com adequar les expectatives a les possibilitats reals (ex. guies de pràctica clínica, protocols de procediment, trajectòries, etc.); c) el paper de les noves tecnologies de treball i comunicació, i com convertir-les en aliades en un procés de canvi; d) com transformar els sistemes d'informació parcials i compartimentats, de manera que evolucionin cap a sistemes integrats, amb visió longitudinal i de base poblacional, superant les estructures físiques que els encotillen i e) realitzar una anàlisi de l'ús de recursos sanitaris i dels possibles canvis generats pel nou model.

5 Estudi de la usabilitat del sistema d'atenció socio sanitària a les persones grans

El present projecte de recerca es situa en l'àmbit temàtic de l'atenció socio sanitària i la qualitat de vida de les persones grans, i de la recerca social participativa. En el III Pla de Recerca de Catalunya el situem en l'apartat de Salut i Qualitat de vida dins de la línia d'actuació de Serveis Sanitaris, epidemiologia i Salut Pública i concretament en el tema "d'organització, accessibilitat i efectivitat del Sistema Sanitari". La "usabilitat" dels dispositius socio-sanitaris és un terme que fa referència a la facilitat amb què les persones porten a terme les seves actuacions a través de l'ús del producte/recurs. És en aquest sentit que interessa en primer lloc conèixer als usuaris reals i potencials del recurs/producte i en segon lloc conèixer el context d'ús (facilitat d'aprenentatge i

d'ús del recurs, temps que necessita per trobar l'atenció adequada, nombre de passos que ha de donar i èxit de l'usuari en predir l'acció adequada). L'objectiu fóra l'estudi d'aquests dos propòsits en una mostra representativa de persones grans. Els estudis d'usabilitat en els processos de planificació han tingut com a conseqüència una reducció dels costos de producció (evitant el sobredisseny i reduint el nombre de canvis posteriors dels recurs/producte), una reducció dels costos de manteniment i suport (els sistemes fàcils d'usar requereixen menys suport a l'usuari), la reducció de costos d'ús (millora de la productivitat i la qualitat de les accions i decisions) i finalment la millora en la qualitat del recurs/producte (més competitiu en el mercat).

6 Estudi de l'efectivitat i l'eficiència de les Unitats Geriàtriques en els hospitals d'Aguts (UGA)

Les persones grans que ingressen a un hospital per una patologia aguda sovint perden la seva independència i, a l'alta, tenen una capacitat per a realitzar les seves activitats de la vida diària (rentar-se, vestir-se, aixecar-se, menjar, etc.) molt inferior a la que tenien abans d'iniciar-se el procés agut que va originar l'ingrés. Les Unitats Geriàtriques d'Aguts (UGA) són unes unitats d'hospitalització especialitzades que pretenen realitzar una atenció global i integral de les persones grans i posen un especial èmfasi en aconseguir o mantenir un bon nivell d'independència funcional. A més d'incloure un entorn físic adaptat, altres particularitats de l'UGA són la utilització de protocols de prevenció de discapacitat i de protocols de rehabilitació, la planificació de l'alta amb l'objectiu de retornar el pacient al seu domicili i la revisió

permanent de la literatura científica per tal de minimitzar els efectes adversos dels diversos tractaments o intervencions. Hi ha evidència provinent d'un assaig clínic aleatoritzat que mostra els efectes positius de la UGA en la millora de les capacitats de la gent gran per a realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i en la reducció del nombre de casos que requereixen ser intutucionalitzats en centres geriàtrics o socio-sanitaris. L'evidència científica sobre l'efectivitat de l'UGA és però limitada (inexistent en el nostre context), i es desconeix quin és el cost i el benefici addicional de l'UGA en relació amb l'hospitalització convencional, per la qual cosa l'objectiu d'aquesta proposta s'inscriu en generar coneixement sobre l'efectivitat i eficiència d'aquestes unitats.

7 Estudi de la utilització de serveis de salut mental en els centres de salut mental infantil i juvenil i d'adults de la xarxa de salut mental d'utilització pública i avaluació dels programes assistencials

Els centres de salut mental infantil, juvenil i d'adults constitueixen l'element nuclear de la xarxa de salut mental d'utilització pública, com a receptors de la demanda, com a punt de seguiment de tot el procés terapèutic i com a referent per la resta de serveis sanitaris, socials i de salut mental. La pràctica totalitat dels pacients atesos per la xarxa de salut mental tenen història clínica i registre obert en els centres de

salut mental. D'altra banda, la Direcció General d'Atenció al Menor (DGAM) del Departament de Justícia atén a les seves residències una població infantil i juvenil sotmesa a condicions socials adverses i on conflueixen diferents factors de risc per a la salut mental. Aquesta població és atesa per la xarxa de salut mental d'utilització pública a través dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) mitjançant

programes específics. Aquests programes han permès la detecció d'un alt percentatge de població amb trastorns mentals i la identificació de factors de risc i de situacions d'alt risc entre els residents. L'objectiu de la proposta és la realització d'un estudi multicèntric que per-

meti conèixer a) les característiques sociodemogràfiques i clíniques de la població atesa i b) determinar els patrons d'utilització de serveis de forma longitudinal i c) l'efectivitat de programes específics existents.

8 Auditoria de l'activitat i funcionament dels comitès ètics i d'investigació clínica

Recentment, un editorial conjunt de revistes mèdiques de caire general, ha tornat a posar d'actualitat aspectes relacionats amb l'ètica de la recerca biomèdica, la revisió per parells en la publicació dels seus resultats i d'altres conflictes d'interessos que envolten aquest món. Diversos codis i declaracions internacionals s'han desenvolupat per protegir, especialment, els subjectes humans en la recerca clínica (Helsinki, Belmont, CIOMS). La llei del medicament, d'altra banda, estableix la necessitat que tots els projectes d'assaigs clínics amb medicaments i productes sanitaris haguessin estat aprovats prèviament per un Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) acreditat, en el cas català, pel Departament de Sanitat i Seguretat

Social. A hores d'ara hi ha 34 CEIC acreditats. Malgrat aquesta garantia, poc més es coneix de les activitats que aquests CEIC, el seu procés de funcionament, els seus recursos a l'abast, així com les seves relacions amb altres instàncies de les institucions on estan ubicats. Fins i tot, en estudis multicèntrics, que constitueixen un 60% dels assajos que es realitzen, es coneixen casos de discrepàncies entre diversos CEIC. L'objectiu d'aquest estudi, amb les garanties de confidencialitat necessàries, seria realitzar una auditoria externa dels CEIC acreditats a Catalunya sobre la base d'enquestes, documents a l'abast (actes) i si es creu acceptable, comprovacions *in situ* del seu funcionament.

9 Tractament trombolític en l'infart agut de miocardi en els centre d'atenció primària

El tractament trombolític és útil en l'infart agut de miocardi únicament si s'administra durant les primeres 3 hores del dolor toràcic. Més enllà d'aquest interval el benefici és marginal. Recentment han aparegut els resultats d'un estudi multicèntric (34 centres) a Catalunya, durant 7 mesos (juny - desembre 2000) amb un reclutament de 1.450 pacients amb infart agut de miocardi elegibles per rebre tractament trombolític. L'estudi mostrava que en el nostre país els retards són considerables, inclosos els que hi ha entre l'arribada del pacient a un centre hospitalari (inici dolor fins arribar a l'hospital: 6,2 hores) i l'inici del tractament (Inici

dolor - fibrinòlisi 3,4 hores; 1^a assistència - fibrinòlisi 2,2 hores; arribada hospital fins fibrinòlisi: 1,2 hores). El problema d'aquest retard no té una solució fàcil. En tot cas, la sortida cal buscar-la fora de l'àmbit hospitalari, més a prop del pacient. Una possibilitat és als centres d'assistència primària (CAP), però sobre la qual no es té cap experiència en el nostre país. L'objectiu de l'estudi seria, dins del procés d'integració de l'assistència al pacient cardíopata amb els metges d'assistència primària, cardiologia hospitalària i administració sanitària, avaluar l'efectivitat i seguretat de la trombolisi als centres d'atenció primària.

10 Anàlisi del risc acumulat de falsos positius en la mamografia en una cohort de dones participants en un programa poblacional de detecció precoç del càncer de mama

El cribratge poblacional del càncer de mama es basa actualment en la mamografia com a test diagnòstic. Malgrat la generalització del seu ús (el 2002 tota la població femenina catalana d'entre 50 i 64 anys estarà inclosa en un pro-

grama de cribratge), la mamografia es troba lluny de ser un test perfecte, i el seu valor predictiu positiu és força baix (5-10%). A més de generar un intervencionisme innecessari, els falsos positius de la mamografia són responsa-

bles directes d'un dels efectes negatius del cribratge més reportats i difícils de pal·liar: el dany psicològic produït per l'angoixa davant el possible diagnòstic de càncer. Els programes intenten corregir aquest problema amb estratègies que tendeixen a minimitzar la taxa de reconvoctòria, augmentant l'especificitat de la mamografia sense perdre sensibilitat (consens després de la doble lectura, informació i educació de les dones perquè puguin valorar adequadament un resultat positiu, etc.). Tanmateix, aquesta qüestió s'agreuja enormement quan es consideren les probabilitats additives d'obtenir un fals positiu tenint en compte les successives mamogra-

fies de cribratge que efectuarà una dona al llarg de la seva vida. Estudis americans han demostrat un risc acumulat que pot arribar quasi al 50%. Aquest fet no ha estat, però, gens estudiat al nostre país. Tampoc no ha estat estudiat en el context d'un programa poblacional ni en els grups d'edat establerts a Europa com a població diana del cribratge. És per tant un tema rellevant, com a objecte de proposta, en un moment en què ja hi ha programes poblacionals amb sis o més anys de seguiment de la cohort de dones inicial, analitzar en el nostre medi el risc acumulat de falsos positius en la mamografia.

11 Factors que influeixen els trastorns de conducta alimentària en la població adolescent

Segons el document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya la necessitat d'establir prioritats obliguen a escollir aquells problemes de salut i aquells factors de risc, la reducció o supressió dels quals tingui un major potencial de millora de l'expectativa de vida i d'una bona salut. Menjar és una necessitat fonamental per poder viure. La prevalença d'aquests trastorns en les dades de què disposem mostren una prevalença d'aquests entre les dones de 14 a 30 anys del 4,2/100.000

per a l'anorèxia nerviosa i del 12,2/1.000.000 per a la bulímia nerviosa. No existeixen estudis en el nostre medi fets en població general que ens indiquin prevalença de l'anorèxia i bulímia, i tampoc no existeixen estudis que mostrin quins factors socioculturals, familiars i d'autopercepció de la imatge hi predisposen. L'objectiu seria estudiar les característiques que acompanyen aquests trastorns per incorporar-les en nous programes preventius i de cribratge d'aquests trastorns.

12 Importància, causes i impacte de l'hospitalització inadequada en els hospitals catalans

La modificació del concepte de llit d'hospital i la tendència a afavorir les alternatives a l'hospitalització fa que l'estudi de la "inadequació" dels ingressos i estades comporti un interès creixent per la gestió i la planificació sanitàries. L'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) és l'instrument més utilitzat per identificar l'hospitalització inadequada, i es disposa d'una versió espanyola validada. A Catalunya s'han fet estudis puntuals, amb una gran variabilitat en l'àmbit, tipus de pacients i tipus d'ingrés, de manera que els resultats són difícilment comparables. L'aplicabilitat dels resultats des de la perspectiva financera seria: planificar l'oferta de serveis hospitalaris i serveis alternatius (hospital de dia, consultes de diagnòstic ràpid, disminució de llistes d'espera); ajustar el finançament

hospitalari (marginalitat); ajustar els indicadors comparatius de funcionament hospitalari; desenvolupar estàndards per a cada procediment, GRD i proves. Des de la perspectiva dels hospitals, permetria: diagnosticar problemes organitzatius causants de demores; impulsar la gestió per processos i l'elaboració de guies clíniques; identificar casos susceptibles d'alta; monitorar l'eficiència hospitalària; millorar la qualitat assistencial. L'objectiu de la proposta és la realització d'un estudi multicèntric, amb una metodologia homogènia, que permeti obtenir estimacions del grau d'inadequació d'ingressos i d'estades, així com quantificar-ne les causes, els factors predictius independents i l'impacte sobre l'assistència i la despesa sanitàries a Catalunya.

13 Estudi de qualitat i avaluació econòmica en l'atenció del malalt crític; criteris d'ingrés i adequació entre centres

El nombre de llits per atendre malalts crítics a Catalunya es de 6-7 llits d'UCI per 100.000 habitants. Es calcula que el seu cost és tres vegades superior a l'hospitalització convencional, amb una mortalitat del 20-30% i una ocupació actualment a Catalunya superior al 85-90%. L'envelliment de la població i l'augment de tractaments més invasius de malalts immunodeprimits i d'infeccions nosocomials farà que la seva demanda augmenti. La preocupació per l'anàlisi de la qualitat assistencial i el cost econòmic que genera l'atenció del malalt crític és un tema d'importància tant per als malalts com per als professionals implicats, així com per la pròpia societat, que és en rea-

litat qui aporta els recursos utilitzats. Tot i diferents estratègies per tal d'optimitzar qualitat i despesa, cal implicar els professionals assistencials en la distribució dels recursos per tal de garantir la qualitat i l'equitat d'accés. Es proposa un estudi per analitzar l'impacte en la pràctica clínica de la integració del coneixement diari de la qualitat de vida dels pacients, els factors pronòstics i el cost econòmic atribuïble per tal de definir uns indicadors que permetin objectivament determinar els malalts que es podran beneficiar d'un tractament intensiu i mesurar el seu grau d'adequació a la proposta entre centres.

14 Cost-efectivitat de les tècniques de ressonància magnètica en el maneig dels malalts amb isquèmia cerebral aguda

La malaltia cerebrovascular ha representat, en els darrers anys, de l'ordre de 2 altes hospitalàries per cada 1.000 habitants (el part normal, la causa més freqüent d'hospitalització, ha representat un total de 7,5 altes per cada 1.000 habitants). Constitueix la primera causa de mort en les dones a partir dels 65 anys i en els homes a partir dels 75 anys, essent la tercera causa en les dones de 35 a 64 anys i la segona en els homes de 65 a 74 anys. Fins ara, el maneig clínic del malalt depenia de les dades aportades per la tomografia computada, la qual sols permet descartar la presència d'hemorràgia sense poder valorar l'extensió real de la lesió isquèmica. Les noves tècniques de ressonància magnètica (difusió,

perfusió, angiografia) aporten una informació funcional, precisa i precoç, valorant l'extensió real de l'infart, la presència d'àrees de penombra i l'existència d'oclusions vasculares. Diversos estudis en els darrers anys han demostrat la importància del tractament precoç en els malalts amb isquèmia cerebral aguda, que depèn de la localització i de l'extensió del territori cerebral afectat. Les tècniques de difusió per ressonància magnètica permeten definir aquests paràmetres en les primeres hores des de l'inici de la simptomatologia. L'objectiu de l'estudi és avaluar el cost-efectivitat d'aquesta tècnica diagnòstica en el maneig d'aquests malalts en comparació amb el procediment convencional.

15 Assistència inicial a l'accidentat: avaluació de l'eficàcia de protocols d'actuació conjunta entre assistència prehospitalària i hospital

Els accidents de trànsit, i els traumatismes d'alta energia en general, representen una de les primeres causes de mortalitat i discapacitat a la nostra societat. Segons l'OMS, els accidents/traumatismes seran la primera causa de mortalitat/discapacitat als països desenvolupats en les primeres dècades del segle XXI. Diverses experiències en altres àmbits han demostrat que una correcta integració entre els diferents components que actuen en el tractament de l'accidentat, des del lloc de l'accident fins a la seva reintegració social, és clau per aconseguir una millora de resultats en patologia traumàtica. Al nostre medi existeix una marcada variabilitat en la coordinació entre

assistència prehospitalària i hospital, substancialment diferent segons les àrees geogràfiques i el tipus d'assistència prehospitalària i hospitalària disponible. Això posa en qüestió l'accessibilitat de l'accidentat al sistema sanitari i l'equitat. És de cabdal importància la implementació de protocols d'actuació conjunta que, utilitzant les noves tecnologies ja a l'abast, optimitzin la coordinació i comunicació entre el component prehospitalari i hospitalari de l'atenció a l'accidentat. Disposar d'una correcta integració possibilitaria polítiques de control de qualitat capaces d'avaluar l'eficàcia i l'eficiència del sistema d'atenció a l'accidentat.

16 Estudi de l'efecte de la força muscular com a factor determinant de la qualitat de vida i la supervivència a les persones grans

Hi ha diversos treballs que han mostrat una associació entre diversos factors hormonals com ara la somatopausa, l'andropausa o la corticopausa i la pèrdua de massa i força musculars, la fragilitat o la pèrdua de l'autonomia funcional en les persones grans. A més, molt recentment el grup del professor Lamberts ha observat que la pèrdua de força muscular és un predictor molt potent i robust de mortalitat als 2 anys en les persones d'edat més avançada. Així doncs, sembla que la pèrdua de força muscular pot ser deguda, en part, a certs dèficits hormonals i, alhora, sembla ser un factor de risc de fragilitat i mortalitat en les persones

grans. La identificació de factors de risc és condició necessària per establir mesures preventives quan aquests factors són modificables. L'evidència científica al respecte és molt recent i es pot considerar preliminar però, si es confirmen aquestes hipòtesis, es podria pensar en tractaments hormonals substitutius i en programes per estimular l'activitat física que podrien tenir un impacte positiu sobre la qualitat (capacitat i autonomia funcional) i la quantitat de vida (mortalitat) d'un grup de persones cada com més nombrós i que consumeix més recursos socio-sanitaris.

17 Factors determinants en la despesa farmacèutica i paper dels diferents mètodes d'assignació dels pressupostos de farmàcia als equips d'atenció primària a Catalunya

En els darrers anys la despesa farmacèutica a l'atenció primària ha presentat un creixement més accelerat que el conjunt de la despesa sanitària, presentant una àmplia variabilitat entre Equips d'Atenció Primària (EAP) tant en consum com en import, havent-hi evidència d'una utilització de fàrmacs més eficient per part dels equips reformats *versus* el model convencional. L'any 2001 i amb una cobertura de la reforma d'atenció primària superior al 85%, la despesa farmacèutica generada pels 300 EAP de Catalunya ha estat molt variable (90-180 €/habitant/any). L'assignació de pressupostos de farmàcia als EAP és un dels mecanismes utilitzats per corresponsabilitzar als prescriptors en la despesa. Les fórmules

d'assignació capitatives constitueixen una alternativa més eficient i equitativa que les basades en costos històrics. No obstant això, també s'han desenvolupat altres fórmules basades en el cost/dosi diària definitiva (DDD) que semblen una bona alternativa a la capitativa. Cal conèixer els factors que a títol individual determinen la despesa farmacèutica en els EAP i aprofundir en l'elaboració de fórmules multivariants que permetin pressupostar la despesa en farmàcia amb criteris d'equitat. L'objecte del projecte pot ser tant avaluar els factors determinants de la despesa farmacèutica dels EAP com comparar diferents mètodes d'assignació de pressupostos de farmàcia als EAP.

18 Necessitat i avaluació de l'impacte d'una unitat d'hemodinàmica sobre la morbiditat i la mortalitat

Tot i que la incidència és de les més baixes del món desenvolupat, la cardiopatia isquèmica és responsable de més del 10% de les morts ocorregudes a Catalunya. Segons el Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària, l'any 1998 les malalties cardiovasculars van produir més de 80.000 ingressos igualment a Catalunya. En nombroses ocasions hom ha estudiat si la utilització de la coronariografia de formes més o menys intensives canviava el pronòstic dels pacients amb cardiopatia isquèmica sense arribar a observar-se diferències gaire importants en la mortalitat excepte quan aquestes diferències eren molt grans. Les unitats d'hemodinàmica són recursos cars, però imprescindibles

per al maneig correcte de certes formes de cardiopatia isquèmica que actualment tendeixen a concentrar-se a Barcelona si parlem de l'àmbit català. Al seu cost cal afegir, doncs, els desplaçaments dels pacients de Lleida, Girona i Tarragona des d'on, fins fa pocs mesos, s'havien de traslladar els pacients que necessitaven aquesta exploració. Tampoc no és gens menyspreable el cost humà de l'estrès pel fet d'allunyar-se del seu entorn habitual, ni el dels familiars que acompanyen aquests pacients, ni el cost econòmic social per les hores de feina que perden per aquest motiu. Malgrat tot, el principal motiu de preocupació és el retard originat per les llistes d'espera en els hospitals

de referència i l'impacte d'aquest retard en les decisions clíniques posteriors. L'objectiu de la proposta seria la quantificació, en termes de necessitats i d'impacte de la implantació

d'aquestes unitats, en termes d'efectivitat i eficiència, per tal d'obtenir criteris objectius per a la presa de decisions d'inversió sanitària en el terreny de les malalties coronàries.

19 Prova d'esforç o de medicina nuclear en la valoració de la isquèmia silenciosa o del dolor toràcic no conclouent d'isquèmia

Fins a un 5% dels pacients que arriben a urgències i són donats d'alta amb el diagnòstic de "dolor toràcic d'origen desconegut" presenten posteriorment un infart agut de miocardi amb una mortalitat significativament superior a la dels pacients que són ingressats. Als EUA s'atenen uns 5.000.000 de pacients a l'any amb aquestes característiques dels quals se n'hospitalitzen uns 3.000.000, però només en un 3% d'aquests casos s'acaba confirmant el diagnòstic de cardiopatia isquèmica. D'altra banda, se sap que els pacients diabètics tenen de 2 a 5 vegades més risc de patir isquèmia coronària. Hi ha un grup de pacients diabètics amb coronariopatia sense dolor toràcic i amb electrocardiograma normal (isquèmia silenciosa). En ells, un diagnòstic precoç suposaria canvis en l'esquema terapèutic amb tractaments d'eficàcia comprovada com ara l'ús de betabloquejadors.

Amb els criteris clàssics (dolor, ECG, marcadors bioquímics) es diagnostiquen la majoria d'infarts aguts de miocardi però cadascun d'aquests criteris presenta limitacions. Quan tot és negatiu s'ha proposat la pràctica d'una prova d'esforç convencional o bé la d'una SPET (Single Photon Emission Tomography) de perfusió miocàrdica argumentant que això podria representar un favorable impacte sobre l'estratificació de risc d'aquests pacients i una important reducció de les despeses sanitàries: estada hospitalària més curta, reducció d'ingressos innecessaris i disminució de noves consultes. L'objectiu és avaluar, a mig termini (12 mesos), els efectes de la incorporació d'una de les exploracions, o comparativament entre si i amb el maneig clàssic, un ampli grup de pacients amb dolor toràcic, ECG i marcadors bioquímics no diagnòstics.

20 Trets pronòstics i intervencions post-alta per reduir reingressos per agudització en els individus amb MPOC

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) té una prevalença del 5-10%, més freqüent en homes que en dones, en gent gran, i en fumadors i exfumadors. A nivell mundial representava la sisena causa de mortalitat l'any 1990, i es preveu que passi al tercer lloc l'any 2020. A Catalunya va ser la cinquena causa de mort en els homes durant el decenni 1983-1993. L'MPOC va representar l'any 1994 a Catalunya la quarta causa d'hospitalització entre els homes, i un 3% de les consultes ateses en atenció primària. Quant a limitació funcional mesurada en anys de vida ajustats per discapacitat (DALYs en les sigles angleses), o dit d'una altra manera, quant a càrrega (*burden*) de malaltia, es preveu que l'MPOC passi del dotzè lloc l'any 1990 al cinquè el 2020. La freqüència mitjana d'aguditzacions de l'MPOC que requereixen hospitalització és d'1 a 3 vegades l'any i si bé les causes més freqüents d'aques-

tes aguditzacions són les infeccions bronquials, bacterianes i/o víriques, juntament amb la pol·lució ambiental, es desconeixen els factors desencadenants en un terç dels episodis. La influència de la incidència d'aquestes exacerbacions sobre la història natural de l'MPOC és poc coneguda. Diversos estudis sobre el cost associat a l'MPOC estimen que aquests malalts gasten 3 vegades més que els individus sense MPOC (des de 800 fins a 8.000\$ per pacient amb MPOC i any, segons el país), sobretot degut a les hospitalitzacions. La present proposta tindria per objectius: a) estudiar els trets pronòstics de la malaltia així com l'impacte de les aguditzacions en el curs de l'MPOC i b) avaluar l'efectivitat i cost-efectivitat de les intervencions postalta amb el propòsit de reduir les hospitalitzacions per agudització de l'MPOC i millorar la supervivència i qualitat de vida d'aquests pacients.

21 Marcadors biològics del trastorn per dependència de l'alcohol

S'estima que a Espanya el percentatge de dependents de l'alcohol és aproximadament del 2% i que el percentatge de bevedors de risc es situa al voltant del 9,5% (Pla Nacional de Drogues 1999). Tanmateix, durant l'any 2000, més del 40% d'inicis de tractament notificats per la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències eren deguts a l'alcohol i d'aquests el 40% dels casos eren persones que, havent estat tractades prèviament, havien recaigut de nou en el consum. Determinats marcadors biològics permeten identificar individus amb major vulnerabilitat vers l'alcoholisme i també individus amb elevat risc de recaiguda durant el seu procés de recuperació d'aquesta malaltia. Fins al moment, les tècniques més utilitzades per

a la detecció d'aquesta predisposició són les de neuroimatge com és el cas de l'SPECT i els estudis genètics. En el nostre context, però, són escassos els estudis explorant la presència d'aquests marcadors per la qual cosa l'objectiu de la proposta fóra realitzar un estudi que integrés ambdós abordatges i permetés identificar precoçment les diferents subpoblacions. Això permetria, per una banda, desenvolupar tècniques d'intervenció més específiques millorant doncs la prevenció secundària en els grups de risc i la prevenció terciària o de recaigudes en la població alcohòlica i, per l'altra, disminuir enormement els costos a la sanitat derivats del fracàs dels tractaments.

22 Seguretat d'una estratègia de tractament antiretroviral intermitent guiada per la xifra de cèl·lules CD4

El nombre de casos nous d'infecció pel VIH no sembla baixar. La infecció VIH ha constituït la principal causa de mort en la població adulta jove. L'accés generalitzat als nous tractaments ha disminuït la morbiditat i mortalitat per infeccions oportunistes, però ha portat nous problemes com les alteracions metabòliques que s'associen a un major risc cardiovascular i als canvis corporals o lipodistròfia que condicionen una limitació important de la qualitat de vida. El gran cost que suposa el tractament antiretroviral indefinit podria incrementar-se per aquesta morbiditat de causa no infecciosa. El tractament antiretroviral produeix una reconstitució immunològica, però no pot eradicar la infecció per VIH. La reconstitució immunològica evita

el risc d'infeccions oportunistes. Les interrupcions de tractament antiretroviral no s'acompanyen d'un major risc de desenvolupament de resistències i tampoc no condicionen una caiguda brusca ni intensa de la xifra de cèl·lules CD4. D'altra banda, alguns estudis preliminars suggereixen que pot produir-se milloria en les alteracions metabòliques i potser en els canvis corporals en suspendre el tractament. Les estratègies de tractament intermitent són vistes favorablement pels pacients i poden suposar un estalvi econòmic molt important per tractar la infecció per VIH. L'objectiu de la proposta seria, doncs, avaluar l'efectivitat i seguretat d'estratègies de tractament antiretroviral intermitent.

23 Avaluació de les intervencions sobre el consum d'alcohol en l'atenció primària o factors predictors de la resposta en malalts admesos per a tractament de l'alcoholisme

El consum excessiu d'alcohol és un dels problemes més importants que afecten la salut pública. De les darreres enquestes es desprèn que a Catalunya un 7,5% de la població fa consums per sobre dels nivells de risc. A Catalunya, al voltant del 40% de les admissions a tractaments en recursos de la Xarxa d'Atenció a Drogodependències són degudes a l'alcohol. A Catalunya s'ha estimat la mortalitat per causes atribuïbles a l'alcohol en 3.000 morts/any i

576.251.204,8 €/any. Està, doncs, justificada la necessitat de detectar precoçment les persones amb nivells de consum nociu i intervenir-hi per reduir-lo fins a nivells acceptables, minimitzant-ne així els riscos. El consell breu s'ha mostrat com un valuós instrument aconseguint una reducció del 25% en la prevalença dels consumidors de risc i una reducció mitjana del 25% en la quantitat ingerida. S'està procedint a introduir en tota l'atenció primària de

salut un protocol d'intervenció estandarditzat, basat en la detecció precoç i el consell breu mitjançant el programa *Beveu Menys* (Departament de Sanitat i Seguretat Social). D'altra banda, la motivació pel canvi es considera una variable predictora de la resposta al tractament. S'han descrit diverses formes de mesurar aquesta variable: els judicis del terapeuta, preguntes obertes, balanç de decisions i nombroses temptatives psicomètriques. No hi ha en el nostre context un instrument psicomètric estandarditzat, vàlid, per avaluar l'estadi de

canvi en els pacients alcohòlics que demanen tractament. La proposta s'inscriu en algun dels següents objectius: 1) avaluar si s'assoleix una correcta disseminació del programa *Beveu Menys* en l'atenció primària de salut, i si aquesta intervenció disminueix la incidència i prevalença dels trastorns relacionats amb l'alcohol; o 2) validar en el nostre context un instrument psicomètric predictor de la motivació pel canvi que permeti optimitzar les opcions terapèutiques, reduint l'índex de fracassos dels primers tractaments.

24 Eficàcia d'un programa de psicoteràpia en els centres d'assistència pública en salut mental d'adults i infantil i juvenil

Des de fa un temps, els professionals que treballen en diferents institucions públiques de salut mental tan infantil i juvenil com d'adults, fan palès el seu interès per que aquest tipus d'atenció especialitzada formi part de la cartera de serveis ofertats per la xarxa pública de salut mental. Cal dir, però, que en aquests moments tots els centres depenents de fòrum realitzen diferents modalitats de psicoteràpia. Experiències i observacions empíriques similars posen de manifest la conveniència de la psicoteràpia des de diferents vessants: 1. Rendibilitat econòmica, en quant permet una disminució en el

número i temps de consum farmacològic, no substitutori.; 2. Rendibilitat social i qualitat de vida al disminuir el consum de serveis sanitaris, facilitar les tasques de reinserció i minvar les càrregues familiars; 3. Preventiva, en el cas d'evitar la cronificació o agreujaments de determinades patologies, sobretot aquelles més freqüents a la consulta d'atenció primària de salut: crisis evolutives, dols no resoltos, trastorns d'ansietat, etc. L'objectiu fonamental seria elaborar un estudi sobre l'eficàcia o efectivitat d'un programa de psicoteràpia als centres públics de salut mental.

25 Valor diagnòstic de signes i símptomes de sospita de càncer i el seu diagnòstic ràpid a l'atenció primària

El càncer és una malaltia important a Catalunya. Els càncers amb la incidència i mortalitat més elevada són pulmó, colon-recte, pròstata i mama. Quan un metge de família atén un pacient amb sospita de càncer ha de fer una valoració clara del risc de patir-lo. Els elements disponibles són els símptomes i signes que presenta el malalt, conjuntament amb els antecedents i factors de risc. Disposarà a més al seu abast d'algunes proves diagnòstiques bàsiques que el podran ajudar en aquest procés. I si es manté la sospita, el metge derivarà el pacient al servei de referència especialitzat. El Pla Director d'Oncologia a Catalunya 2001-04 assenyala com una de les prioritats la d'establir mecanismes de diagnòstic ràpid dels casos amb sospita de càncer. Darrera del diagnòstic ràpid hi ha la hipòtesi que els temps per al

diagnòstic i el tractament del càncer es poden escurçar i d'aquesta manera millorar la supervivència. Ara bé, en l'actualitat no coneixem prou quin és aquest retard diagnòstic, ni com aquest afecta en l'estadiatge i els diferents indicadors. Tampoc no es coneixen possibles mesures o intervencions a fer a l'atenció primària de cara a millorar el diagnòstic ràpid del càncer i el seu possible impacte en la supervivència i qualitat de vida dels pacients afectats. D'aquesta manera, es fa palesa la necessitat de realitzar, com a objectiu de la proposta, estudis que determinin quins símptomes i signes, aïllats o en conjunt, tenen un valor predictiu pel que fa a la sospita de càncer i quins son els intervals de temps entre primers signes i símptomes consultats a l'atenció primària i el diagnòstic de càncer als hospitals de referència.

26 Hàbits de tractament farmacològic de les demències a Catalunya i elaboració d'unes recomanacions terapèutiques basades en l'evidència

Les demències són un problema social de gran impacte en la qualitat de vida de la població anciana i dels seus familiars. Segons un informe del Grup de Prevenció en Atenció Primària i Promoció de la Salut, a Espanya la prevalença de les demències es situa entre un 5 i un 10% a partir dels 65 anys i la malaltia d'Alzheimer és l'entitat més freqüent (un 48% dels casos). A més, les demències, s'han associat a un increment de la mortalitat anual que, d'un 4,8% en la població general, passa a ser d'un 10,9% en els pacients diagnosticats de demències. El diagnòstic d'aquesta patologia és a vegades difícil i per altra banda les estratègies de tractament farmacològic de la malaltia d'Alzheimer han mostrat uns beneficis d'interpretació polèmica i que alguns autors consideren marginals. De fet els preus dels medicaments emprats són molt elevats i s'ha

plantejat un ús restringit a grups seleccionats de pacients. Actualment no disposem d'estudis realitzats en el nostre entorn que ens defineixin amb precisió quin és l'abordatge terapèutic d'aquests pacients, per tal de poder analitzar posteriorment l'efectivitat i eficiència de les diferents estratègies terapèutiques. Com a primers passos en aquest terreny, sent els objectius del projecte, caldria: (1) analitzar el tractament farmacològic que reben els pacients amb demència a Catalunya, la seva variabilitat i factors associats a la mateixa (incloent, entre altres, el tipus de demència i l'estadi evolutiu); (2) proposar uns patrons de referència per a la utilització de les diferents estratègies terapèutiques emprades en la pràctica real sobre la base d'una revisió de l'evidència disponible sobre eficàcia, toxicitat i cost-efectivitat.

27 Mesura de l'impacte de les noves tecnologies mèdiques en AVAQ o AVAD

El terme tecnologia mèdica inclou fàrmacs, equipaments mèdics i dispositius, procediments i tècniques mèdiques i quirúrgiques susceptibles de ser utilitzats pels professionals de la medicina per a la prevenció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació de condicions clíniques concretes. També s'hi inclouen els sistemes de suport, organització i administració en l'atenció sanitària. Per tant, una nova tecnologia pot ser un nou fàrmac o una nova tècnica quirúrgica, però també una nova forma d'administració o una nova via d'abordatge d'un fàrmac o tècnica quirúrgica ja establerts són noves tecnologies. Els anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) o ajustats per discapacitat (AVAD) són mesures que combinen la qualitat

de vida amb la quantitat de vida (supervivència). Una de les aplicacions d'aquestes mesures és en avaluació econòmica podent-se modelitzar juntament amb els costos econòmics. L'objectiu de la proposta fóra portar a terme una revisió sistemàtica que recollís tots els estudis cost-efectivitat que s'han realitzat al nostre entorn per avaluar noves tecnologies mèdiques on la mesura d'efectivitat hagi estat l'AVAQ o l'AVAD. Amb aquesta revisió sistemàtica s'hauria d'assolir: a) una llista d'intervencions amb els seus corresponents costos per AVAQ o AVAD guanyat (conegut en anglès com QALY o DALY league table), i b) una proposta d'estandarditzar mètodes per fer anàlisis cost-efectivitat en el nostre context.

28 **Cribratge de la hipoacúsia en nounats amb el test d'emissions otoacústiques (EOA)**

La freqüència d'hipoacúsies es xifra en: hipoacúsia bilateral greu en 1/1.000 nens, hipoacúsia unilateral greu en 5/1.000 nens i sordesa bilateral moderada en 1/750 nens. La manca de cribratge comporta que no s'estimuli precoçment el nen i que, en conseqüència, la maduració neurològica i el desenvolupament de llenguatge no siguin adequats. Fins a l'actualitat hi havia la possibilitat de diagnosticar els defectes d'audició mitjançant la mesura de l'activitat cerebral a través d'electrodes, però aquest és un mètode car i llarg de portar a terme. Recentment s'ha desenvolupat una nova prova diagnòstica: el test d'emissions otoacústiques (EOA) que consisteix en un petit

aparell que es col·loca al canal auditiu. L'evidència científica disponible suggereix, a través d'estudis prospectius, que el programa de cribratge universal amb EOA és més cost-efectiu que el programa de cribratge d'alt risc. Amb la detecció precoç de la sordesa, es pot començar l'estimulació i rehabilitació precoçment i amb això s'ha hipotetitzat que es podria evitar l'important cost social, humà i econòmic que comporta que un nen sigui sord-mut. L'objectiu de la proposta seria estudiar aquesta hipòtesi, és a dir, avaluar l'eficàcia i/o efectivitat del tractament precoç, a mig i llarg termini, en comparació amb els nens tractats més tardanament.

29 **Utilitat del sistema de monitoratge continu (sensor) de glucosa en la millora del control metabòlic a la diabetis mellitus**

La diabetis mellitus (DM) és una malaltia cada cop més freqüent. Al nostre medi la incidència de DM de tipus 1 és de 12,4 casos/100.000 habitants/any i la prevalença de DM de tipus 2 és del 10,4% en el grup d'edat > 30 anys. Les complicacions tardanes representen una despesa sanitària molt important i constitueixen la principal causa de morbiditat i mortalitat de la DM. Treballs prospectius han demostrat que les complicacions poden reduir-se amb un bon control metabòlic. Malgrat tractaments intensificats i determinacions de glicèmia capil·lar freqüents, moltes vegades és difícil optimitzar el control. El sensor de glucosa és un sistema portàtil tipus Holter que el pacient porta 72 hores

i que mesura els valors de glucosa al teixit intersticial de l'abdomen cada 5 minuts. Pot instal·lar-se ambulatoriament de forma ràpida i senzilla i la informació obtinguda s'utilitza per modificar el tractament. La milloria del control metabòlic i el descens del nombre d'hipoglicèmies ha de contribuir a disminuir les complicacions tardanes de la diabetis, la despesa sanitària i millorar la qualitat de vida del pacient. L'objectiu d'aquest projecte es avaluar la superioritat del registre amb sensor en comparació amb el perfil obtingut amb glicèmies capil·lars freqüents en la millora del control de la DM.

30 **Utilitat de l'espectroscòpia amb ressonància magnètica en el diagnòstic precoç del càncer de pròstata**

La incidència a Espanya del càncer de pròstata és d'aproximadament 40/100.000 habitants amb un creixement anual d'un 8%. La taxa de mortalitat a Espanya és de 18,1 per 100.000 habitants per any (7.200 individus per any). Les dues eines per al diagnòstic precoç del càncer de pròstata són el tacte rectal i el PSA (antigen prostàtic específic). El risc de càncer de pròstata és amb valors de PSA > 4ng/ml encara que el valor predictiu positiu és del 32%. La biòpsia transrectal està indicada amb PSA > 4ng/ml i especialment davant de pacients que tenen un aixecament seriati del valor del PSA. Aquestes indicacions suposen un alt índex de biòpsies

negatives amb el que representa en si la pràctica d'una prova invasiva per al pacient i també del cost (ecografia transrectal+biòpsia+anatomia patològica). L'estudi pretén analitzar el grup de pacients amb valors de PSA entre 4 i 15-20ng/ml i tacte rectal negatiu. Es realitzaria la prova de ressonància magnètica i espectroscòpia previ a la biòpsia prostàtica. Depenent del resultat es realitzaria tractament dels pacients amb càncer de pròstata, o seguiment dels pacients amb resultat negatiu de càncer de pròstata. L'objectiu és avaluar la capacitat diagnòstica de l'espectroscòpia amb ressonància magnètica i en el càncer de pròstata.

31 Beneficis en termes clínics i econòmics de les terapèutiques mínimament invasives

La terapèutica mínimament invasiva, en les seves diferents formes, cirurgia de mínim accés, l'endoscòpia flexible intervencionista i la radiologia intervencionista percutània, s'han introduït com una novedosa alternativa terapèutica que, transcendint múltiples especialitats mèdico-quirúrgiques, permet reduir l'agressió traumàtica al malalt sense comprometre l'efectivitat dels procediments convencionals amb cirurgia oberta. Tanmateix, moltes intervencions mínimament invasives s'han introduït sense haver estat avaluades en termes d'eficàcia, seguretat i cost en comparació a la tècnica o via tradicional. Assajos clínics controlats i aleatoris han mostrat, en alguns casos i posteriorment, que algunes intervencions proposades (per ex. histerectomia vaginal amb suport laparoscòpic) no oferien cap avantatge. A nivell econòmic s'han

de contrastar els avantatges d'un procediment menys invasiu (menors estades hospitalàries, menor convalescència i costos indirectes) amb altres costos afegits que aquestes tècniques comporten (material sofisticat que s'adquireix, cost del fungible d'un sol ús, d'esterilització si es reutilitza, cost de les complicacions –infeccioses, etc.-). L'objectiu d'aquesta proposta seria avaluar en termes d'eficàcia, seguretat i cost dues terapèutiques (cirurgia convencional *versus* terapèutica mínimament invasiva) adreçades a la mateixa condició clínica i sobre la que persisteixin incerteses quant al seu cost-efectivitat: un cas podria ser la comparació de les vies d'abordatge endoscòpic i convencional en el tractament de les hèrnies inguinals bilaterals.

32 Efectivitat i cost-efectivitat del tractament del càncer de pulmó a Catalunya

El càncer de pulmó és un dels tumors més prevalents al nostre país. És tractat quirúrgicament quan és possible, sovint amb radioteràpia i gairebé sempre amb quimioteràpia. Malgrat aquesta intensitat terapèutica, la supervivència és força baixa. La hipòtesi que sustenta aquesta proposta és que existeix una àmplia variabilitat en el tractament, en especial el quimioteràpic però no exclusivament, del càncer de pulmó als grans hospitals de Catalunya i, si bé l'efectivitat aconseguida és molt semblant, no succeeix el mateix amb el seu cost-efectivitat. L'objectiu de la proposta és realitzar un estudi multicèntric mitjançant la pertinent revisió d'històries clíniques i/o sistemes d'informació locals que permeti la comparació entre

els tractaments administrats als centres participants, els resultats assolits i els costos involucrats. També es valorarien els corresponents intervals diagnòstics i terapèutics, la procedència i característiques dels casos i la realització d'assaigs clínics. Els resultats de l'estudi permetrien, potencialment, reforçar la necessitat de protocolitzar l'assistència mitjançant guies de pràctica clínica compartides, reduir o eliminar els tractaments menys justificats i detectar incerteses susceptibles de ser estudiades en el futur. En suma, millorar la qualitat assistencial dels pacients amb el diagnòstic de càncer de pulmó i estimular la cultura de l'autoavaluació clínica i la transparència.

33 Adaptació de les equacions predictives de risc cardiovascular de Framingham al medi català mediterrani

Tot i que la incidència és de les més baixes del món desenvolupat, la cardiopatia isquèmica és responsable de més del 10% de les morts ocorregudes a Catalunya. Segons el Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària del Servei Català de la Salut, l'any 1998 les malalties cardiovasculars van produir més de 80.000 ingressos igualment a Catalunya. Per a l'avaluació del risc coronari en prevenció primària es fan servir les taules de les Societats Europees. Aquestes taules, com tantes altres

adaptacions, es fonamenten en l'equació de risc de Framingham on la incidència de malaltia coronària és de l'ordre de 3 a 4 vegades més alta que a Catalunya. Això compromet seriosament la fiabilitat de la predicció al nostre medi. Existeixen dades que suggereixen que la sobreestimació podria estar al voltant de dues vegades la realitat. L'efecte d'aquesta incertesa és doble: en primer lloc els metges que l'han d'aplicar són majoritàriament escèptics sobre la pròpia estimació i, en segon lloc, com que

del seu resultat en depèn sovint la instauració de tractaments hipolipemians i altres, ja que les guies internacionals i nacionals de prevenció així ho recomanen, pot estar conduint a un excés injustificat de la despesa sanitària farmacològica. La construcció d'una equació de

risc cardiovascular pròpia del nostre medi seria l'objectiu de la proposta ja que podria conduir a racionalitzar l'esforç preventiu i la despesa sanitària en la prevenció primària en aquest tipus de malalties.

34 **Estudi cost-efectivitat de l'estimulació elèctrica del nucli subtalàmic i avaluació de l'assistència als pacients parkinsonians**

La malaltia de Parkinson és una malaltia neurodegenerativa amb una prevalença aproximada a Catalunya de 250/100.000 habitants. Es diagnostiquen uns 15 nous casos per any/100.000 habitants a l'Estat espanyol. La incapacitat progressiva a la que es veuen sotmesos aquests pacients comporta una càrrega substancial per als pacients, la família i la societat. Aquesta malaltia arriba a produir greus limitacions físiques que són causa d'invalidesa laboral en més del 50% dels pacients afectats en el transcurs dels 5 primers anys. Atenent a l'heterogeneïtat i complexitat dels símptomes (motors, cognitius, disautònoms gastrointestinals, urogenitals, sexuals..) i a l'impacte que té la malaltia sobre la vida social i laboral dels pacients i de la seva família, el tractament requereix d'un abordatge integral i d'un equip multidisciplinari que hi treballi en coordinació. D'altra banda, entre les teràpies existents, s'ha demostrat que l'estimulació elèctrica del nucli subtalàmic (EENST) millora els símptomes de la malaltia en fase

avançada i redueix l'ús de medicació antiparkinsoniana. Els costos de la malaltia són elevats, tant directes (tractaments farmacològics i no farmacològics, exploracions, ingressos, consultes, etc) com indirectes (baixes laborals, necessitat de cuidadors, equipaments, transports, etc). S'ha calculat que només el tractament farmacològic en els pacients avançats suposa una despesa de quasi 3.000 € per pacient i any. L'objectiu de la proposta és doble: 1) avaluar quin és el grau de l'assistència rebuda per aquests pacients actualment en el nostre mitjà, en termes de la utilització dels recursos sanitaris existents: assistència primària, assistència hospitalària especialitzada i sociosanitària, i el grau de coordinació entre els professionals implicats, i 2) investigar, per una banda, el perfil clínic idoni dels pacients candidats a l'EENST i, per l'altra, portar a terme una anàlisi cost-efectivitat de l'aplicació d'aquesta tècnica.

35 **Detecció precoç, maneig del part prematur i seqüeles de la prematuritat**

La prematuritat extrema (pes en néixer inferior a 1.500 gr.) té una prevalença creixent (1,7-1,8 dels naixements), una supervivència del 90% però una morbiditat elevada (10-15% de discapacitats majors i 15-20% de menors) que en alguns aspectes persistirà tota la vida. Les seqüeles poden afectar totes les vessants de la persona (físiques, neurosensorials, cognitives, emocionals) i el seu coneixement permet una atenció precoç al nen afectat i ha de permetre millorar algunes actuacions perinatals. La prematuritat és la causa més freqüent de morbiditat i mortalitat neonatal i seqüeles neurològiques greus en països desenvolupats, amb un cost sanitari i social molt elevat. La por al part prematur fa ingressar a l'hospital la majoria de pacients amb episodis de contraccions prematures, representant el 25-40% d'ingressos en unitats hospitalàries de gestació de risc, tot i que el 80% de casos pariran a terme. La

mesura del cèrvix per ecografia és superior al control tradicional amb tacte vaginal per explorar les condicions del cèrvix. L'ecografia permet identificar les pacients que no han modificat les condicions del cèrvix i que tenen, per tant, molt baix risc de part prematur, però no hi ha estudis que avaluïn el cost-benefici de sistematitzar aquesta exploració en el maneig clínic de l'amenaça de part prematur. Les dades dels programes de seguiment dels nadons prematures són també escasses i molt variables. L'objectiu que es proposa és avaluar l'impacte de la introducció de l'exploració del cèrvix uterí en els protocols clínics de maneig de l'amenaça de part prematur, així com l'examen de les seqüeles de la prematuritat per tal de conèixer l'abast del problema i proposar mesures que modifiquin algunes actuacions perinatals per reduir-ne l'impacte.

Objecte

L'objecte de la convocatòria és la concessió d'ajuts a projectes de recerca clínica en serveis sanitaris.

Sol·licitants

Poden presentar sol·licituds a aquesta convocatòria les persones físiques o jurídiques que desenvolupin la seva activitat en centres sanitaris i de recerca en l'àmbit de Catalunya.

Import dels ajuts

L'import total per al conjunt dels projectes d'aquesta convocatòria és de 841.416,94 €. Els ajuts per a cada projecte de recerca s'atorgaran d'acord amb la seva adequació a les orientacions i objectius explicats en la secció anterior i a la valoració global que es faci del projecte i del seu pressupost. En cap cas l'import dels ajuts atorgats no ultrapassarà l'import total per al conjunt de projectes.

D'acord amb l'article 94-3 del Decret legislatiu 9/1994, de 13 de juliol, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, l'import de les subvencions concedides en cap cas no pot ser d'una quantia que, aïlladament o amb concurrència amb subvencions d'altres entitats públiques o privades, nacionals o internacionals, superi el cost de l'activitat a desenvolupar pel beneficiari.

Sol·licituds

1 Lloc de presentació:

Els interessats han de presentar la sol·licitud, adreçada a la **Direcció de l'AATM**, en paper, per duplicat la sol·licitud del projecte i per triplicat el curriculum vitae, i a més en format electrònic (disquet de 3,5 MB o CDROM), a la seu d'aquest organisme (*Travessera de les Corts, 131-159, 08028 Barcelona*), dins de l'horari d'atenció al públic, directament o per qualsevol dels mitjans que estableix l'article 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú.

2 Termini per a la presentació de les sol·licituds:

El termini de presentació de la documentació sol·licitada serà de 45 dies naturals a partir del dia següent de la publicació de la convocatòria al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya.

3 Documentació que s'ha d'adjuntar a la sol·licitud:

a) Sol·licitud del projecte segons el model que es pot obtenir a través d'internet al web de l'AATM (www.aatm.es).

- b) Autorització del responsable legal del centre, o dels centres en el cas de projectes coordinats, al qual pertanyen els investigadors responsables de la sol·licitud, segons el model inclòs a la sol·licitud que es pot obtenir a través d'internet en el web de l'AATM.
- c) Declaració de compromís de bona pràctica científica signada per l'investigador principal segons el model inclòs a la sol·licitud que es pot obtenir a través d'internet en el web de l'AATM.
- d) Vistiplau de la comissió de recerca del centre i vistiplau del comitè ètic o d'experimentació animal, si escau, apartat ja inclòs en el model de sol·licitud que es pot obtenir a través d'internet en el web de l'AATM.
- e) Curriculum de l'investigador principal i de tots els membres de l'equip de recerca segons el model que es pot obtenir a través d'internet al web de l'AATM.

Esmenes i millora de les sol·licituds

Si en examinar la sol·licitud, en qualsevol fase del procés de resolució, aquesta no reuneix els requisits establerts en la convocatòria o es considera convenient la seva modificació o millora, es requerirà l'interessat perquè, en un termini improrrogable de

10 dies, esmeni el defecte, aporti els documents preceptius o modifiqui i millori els termes de la sol·licitud. Si no ho fa així, es considerarà que ha desistit de la sol·licitud, la qual s'arxivarà sense més tràmit.

Valoració

L'avaluació dels projectes sol·licitants la durà a terme l'AATM, mitjançant un sistema d'avaluació per semblants (*peer-review*), d'acord amb uns criteris i uns terminis preestablerts. En una primera fase els projectes seran avaluats de forma anonimitzada i es tindrà en compte el visti-plau de la comissió de recerca i del comitè ètic, i el compromís de bona pràctica científica, a més del coneixement del tema, l'adequació i especificitat d'hipòtesis i objectius, l'adequació i especificitat de la metodologia, la rellevància científica i sociosanitària, la factibilitat i capacitat investigadora en els darrers 5 anys del grup investigador, la factibilitat del pla de treball i el cronograma, la disponibilitat dels recursos dels centres i la justificació del pressupost. En una segona fase,

es considerarà la capacitat de l'equip investigador i la seva solvència. Així mateix, es valorarà en cada projecte, atenent a la seves característiques i complexitat, el pressupost sol·licitat i els diferents ítems inclosos en aquest. Com a orientació, es considera que projectes de revisió i síntesi de la literatura no haurien de sobrepassar els 12.000-24.000€, mentre que estudis que necessiten recollida de dades primàries podrien arribar als 30.000-48.000€.

La Comissió de selecció estarà constituïda pel Consell d'Administració i el President del Comitè Científic de l'AATM i, a la vista de les sol·licituds i la seva avaluació, proposarà l'atorgament de l'ajut.

Atorgament

A la vista de la proposta de la Comissió de selecció, el president del Consell d'Administració de l'AATM resoldrà l'atorgament de l'ajut i la seva quantia.

L'atorgament de l'ajut es materialitzarà mitjançant resolució del president del Consell d'Administració. L'atorgament o no de l'ajut a cadascuna de les sol·licituds es notificarà per escrit als interessats.

Si en el termini de sis mesos comptadors des de la presentació de les sol·licituds no s'ha dictat resolució expressa per la qual s'atorguin les subvencions, s'entendran estimades les sol·licituds corresponents, en el benentès que el silenci positiu tindrà com a límit, en qualsevol cas, el crèdit pressupostari que estableix la present convocatòria. De conformitat amb el que estableix l'article 35 del Decret legisla-

tiu 9/1994, de 13 de juliol, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, serà nul de ple dret qualsevol acte administratiu que comporti superar el crèdit esmentat reservat per a aquesta convocatòria.

La resolució del procediment exhaureix la via administrativa. Serà aplicable el règim de recursos previst en la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú, modificada per la Llei 4/1999.

Es donarà publicitat a les subvencions atorgades mitjançant publicació en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, en el taulell d'anuncis de l'AATM i al seu web (www.aatm.es).

Acceptació de l'ajut

L'acceptació de l'ajut es formalitzarà posteriorment mitjançant la signatura d'un document entre l'adjudicatari i l'AATM, on s'establiran les directrius concretes per al desenvolupament del projecte de recerca, els terminis de realització del projecte i el compromís de l'adjudicatari de complir les condicions generals establertes en les bases de la convocatòria i les directrius que estableixi l'AATM al document.

En cas que l'adjudicatari sigui una persona jurídica s'haurà d'adjuntar al document fotocòpia autenticada dels estatuts de l'entitat amb la constància de la seva inscripció al registre corresponent, així com les finalitats de l'entitat i documentació que acrediti la representativitat actual de les persones signants.

Les empreses beneficiàries hauran de justificar que compleixen la quota de reserva per a la integració social dels minusvàlids, establerta per la legislació vigent d'acord amb l'article 92-6 del Decret Legislatiu 9/1994, de 13 de juliol, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de Finances públiques de Catalunya.

De conformitat amb l'article 33 de la Llei 1/1998, de 7 de gener, de política lingüística, serà recomanable l'ús del català en la documentació aportada.

La no signatura de l'esmentat document comportarà la renúncia a l'ajut. En aquest cas, si s'haguessin presentat altres sol·licituds per al mateix tema, l'AATM podrà atorgar l'ajut al sol·licitant que reuneixi els requisits exigits.

Responsabilitat

L'acceptació de l'ajut no implica cap mena de vinculació contractual entre la persona seleccionada i l'AATM. L'AATM no assumeix cap responsabilitat per l'actuació dels adjudicataris dels ajuts ni pels danys i perjudicis que els puguin sobrevenir amb motiu de la realització de l'activitat objecte de l'ajut, ni tampoc pels que puguin ocasionar a tercers.

Comprovació i control de l'Administració

Els beneficiaris han de facilitar la informació que els pugui requerir l'AATM.

L'AATM avaluarà els resultats dels treballs realitzats i la seva direcció certificarà a través d'un document estàndard que els projectes d'investigació han estat realitzats de conformitat amb el pla especificat en el document d'acceptació per tal que l'ajut es pugui fer efectiu.

Els beneficiaris estan obligats a facilitar tota la informació que els requereixi la Intervenció General de la Generalitat, la Sindicatura de Comptes o altres òrgans competents, d'acord amb el que estableix el Decret 9/1994, de 13 de juliol, pel qual s'aprova

el text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya.

De conformitat amb el que estableix l'article 98.3 del Decret legislatiu 9/1994, de 13 de juliol, pel qual s'aprova el text refós de la Llei de finances públiques de Catalunya, es requereix que els beneficiaris hagin complert llurs obligacions tributàries davant la Generalitat. Amb caràcter previ al pagament de les subvencions es comprovarà aquest compliment, i si escau, s'iniciarà el procediment de compensació de crèdits a percebre pel beneficiari fins a satisfer els deutes pendents, tant si són de naturalesa tributària com si no ho són.

Resultats dels treballs

Els investigadors, en qualsevol comunicació oral o escrita dels resultats dels seus treballs, hauran d'esmentar que han estat finançats per l'AATM.

L'AATM gaudirà dels drets d'explotació dels resultats dels projectes de recerca. Aquests drets, d'acord amb la normativa sobre propietat intel·lectual, es

concretaran als documents que l'AATM signi amb els beneficiaris.

Els resultats dels treballs s'han de lliurar en els terminis i formats que s'indiquin al document a què fa referència la base 8.

Forma de pagament

Els imports de les subvencions seran lliurats formalment un cop s'hagi presentat la documentació que acrediti que s'han portat a terme els projectes subvencionats i s'hagin presentat els justificants de les despeses efectuades.

No obstant això, es podran atorgar bestretes del 80% de l'import, de forma que l'aportació dels fons adjudicats es faci efectiva de la manera següent: el 20% de l'import quan s'adjudiqui el projecte, el 60% en pagaments periòdics durant el període de desenvolupament del projecte. La resolució en què s'atorguin

aquestes bestretes inclourà la forma i quantia de les garanties que, si escau, hagi d'aportar el beneficiari.

Només s'acceptaran com a documents justificatius de les despeses els originals de les factures, amb els requisits legals que estableix la normativa vigent, lliurades a nom del beneficiari de la subvenció, i que siguin acreditatives de les despeses realitzades sens perjudici del retorn posterior dels originals que s'aportin juntament amb les còpies, si així se sol·licita. Caldrà adjuntar a les esmentades factures una relació ordenada d'aquestes.

Incompliment

Si els adjudicataris no compleixen les condicions de l'atorgament per causes que els siguin directament imputables, l'ajut es reduirà en proporció a l'incompliment esmentat, sens perjudici que es pugui disposar la revocació total, en cas de no poder assolir els objectius i, en tot cas, amb la notificació i l'audiència prèvies de l'adjudicatari, el qual podrà justificar les causes de l'incompliment.

L'incompliment de les condicions que figuren en el present anunci comportarà la revocació de l'ajut, l'obligació de retornar les quantitats percebudes, amb abonament de l'interès de demora fixat per la Llei de Pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2002, des de la data de pagament, sens perjudici de la responsabilitat en què s'hagi pogut incórrer.

Incidències

La Direcció de l'AATM resoldrà tots els dubtes i les incidències que puguin sorgir en el transcurs d'aquesta convocatòria i tot allò que, fent-hi referència, no prevegin aquestes bases.

AVENÇ INFORMATIU

III SEMINARI INTERNACIONAL

IMPACTE I
RELLEVÀNCIA
SOCIAL DE LA
RECERCA
BIOMÈDICA



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Organitzen

Fundació Salut, Innovació i Societat
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Lloc

Saló d'Actes de l'Institut d'Educació Contínua (IDEC)
Balmes, 132-136. Barcelona

Dia

Divendres, 31 de maig de 2002

La recerca biomèdica comporta un elevat consum de recursos humans, financers i tecnològics. Al mateix temps, fruit d'aquesta recerca, sorgeixen nous procediments preventius, diagnòstics, terapèutics, pal·liatius o rehabilitadors que suposen, d'una banda, una reducció de la mortalitat prematura o de la discapacitat i, d'altra banda, un augment de la qualitat de vida percebuda i la capacitat funcional. D'aquesta relació deriva el propi concepte de benefici o impacte de la recerca biomèdica, en el sentit econòmic de retorn (payback), pel caràcter predominant d'inversió que tenen els recursos destinats a investigació, desenvolupament i innovació (I+D+I).

La reclamació creixent de rendició de comptes (*accountability*) per part dels contribuents i dels financers, així com la necessitat d'un major volum d'in-

formació amb l'objectiu d'optimitzar la prioritització i finançament selectiu, al temps que s'introdueix la seva gestió explícita i transparent, ha convertit la identificació i mesurament dels resultats de la recerca en una exigència inajornable.

El Seminari, organitzat conjuntament per la Fundació Salut, Innovació i Societat (FSIS) i l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM), amb el suport de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), pretén, en aquesta tercera edició, presentar la metodologia desenvolupada per al càlcul del retorn i de l'impacte social de la I+D+I, així com la discussió sobre els avantatges i limitacions d'altres mesures comunament utilitzades, com ara l'impacte bibliomètric i l'examen del "creixement científic" en connexió amb qüestions com la propietat intel·lectual i les patents.

9.00 Inauguració del Seminari**9.30-10.45 Primera sessió****Payback de la recerca biomèdica: modelització i validació**

- Moderador *Dr. Joan Josep Artells*
 Director. Fundació Salut, Innovació i Societat
- Ponent *Professor Martin Buxton*
 Health Economics Research Unit. University of Brunel
- Discussió *Dr. Joan Rodés*
 President Consell Administració de l'AATM
- Dr. J.J. Navas*
 Director científic. Institut Català de la Salut

11.00-12.15 Segona sessió**Bibliometria: avantatges i limitacions en la mesura de l'impacte social de la I+D biomèdica**

- Moderadora *Dra. Àlicia Granados*
 Directora gerent. Institut Català de la Salut
- Ponent *Dr. Jordi Camí*
 Director. Institut Municipal d'Investigació Mèdica
- Discussió *Dr. Manuel Carrasco*
 Sotsdirector general d'Investigació.
 Instituto de Salud Carlos III (pendent de confirmar)
- Dr. Salvador Peiró*
 Cap de la Unitat de Gestió Sanitària.
 Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

12:15-13:45 Pausa**12.30-13.45 Tercera sessió****Producció científica i propietat intel·lectual**

- Moderador *Dr. Joan MV Pons*
 Director. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
- Ponent *Professor Pascual Segura*
 Centre de Patents. Universitat de Barcelona
- Discussió *Dr. Jesus Acebillo*
 President. Fundació Salut, Innovació i Societat
- Dr. Fernando García Alonso*
 Director. Agencia Española del Medicamento

13.45-14.00 Clausura**WORKSHOP****Aplicacions del model "Buxton" del càlcul del "payback" de la I+D biomèdica****Horari** 15:30 – 17:45 h.**Lloc** Aula 446. Institut d'Estudis de la Salut (Balmes, 132-136. Barcelona)**Director** *Professor Martin Buxton*. Health Economics Research Unit. University of Brunel.**Conductora** *Dra. M. Dolors Navarro*. Responsable de Coordinació i gestió de la recerca. AATM**Relator** *Sr. Aníbal García*. Economista. Unitat de Recerca. AATM**informatiu AATM**

és una publicació periòdica que es distribueix gratuïtament. Té com a finalitats difondre les activitats d'avaluació, recerca i docents de l'Agència i contribuir a la disseminació de resultats en avalució de tecnologies mèdiques. Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ del titular del *copyright*.

Les persones interessades a rebre-la poden adreçar-se a:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Trav. de les Corts 131-159
 Pavelló Ave Maria . 08028 Barcelona
 Tel: 93 227 29 00 . Fax: 93 227 29 98
 e-mail: diraatm@olimpia.scs.es
<http://www.aatm.es>

COMITÈ EDITORIAL

J.M.V. Pons
 A. Parada
 I. Parada
 E. Rius Umpiérrez
 I. Guillamón (coordinació)

CORRECCIÓ

AATM

DISSENY

J. López Corduente

IMPRESSIÓ

L'abecedari

CONSELL D'ADMINISTRACIÓ**President:** J. Rodés Teixidor**Vicepresident:** D. Serrat Congost**Conseller delegat:** M. Argente Giralt

Vocals: A. Oriol Bosch,
 A. Granados Navarrete,
 JMV Pons Rafols, J. Camí Morell,
 JM Borràs Andrés, R. Barba Boada

Secretari: JR Luesma Pons**COMITÈ CIENTÍFIC****President:** JM Antó Boqué**Secretari:** JMV Pons Rafols

Vocals: J. Bosch Genover, J. Calaf Alsina,
 M. Casas Galofré, S. Erill Sáez, J. Gené Badia,
 JR Germà Lluch, X. Gómez-Batiste Alentorn,
 F. Gudiol Munté, A. Laupacis,
 G. López Casanovas, JJ Navas Palacios,
 Á. Olazábal Zudaire, G. Permanyer Miralda,
 R. Rodríguez Roisin, A. Sitges Serra,
 R. Suñol Sala, E. Tolosa Sarró,
 J. Vallejo Ruiloba, M. Vilardell Tarrés

© Agència d'Avaluació de
 Tecnologia i Recerca Mèdiques

ISSN 1577-1865
 Dipòsit legal: B-24262-93



Agència d'Avaluació
 de Tecnologia i Recerca Mèdiques



CatSalut

Servei Català
 de la Salut



Generalitat de Catalunya
 Departament de Sanitat
 i Seguretat Social