

**Tipología de las publicaciones en Health Services Research: Revisitando el concepto y ámbito de trabajo.**

**Autores**

Clara Bermúdez-Tamayo (1), (2), (3)

Rubén Alba-Ruiz (2)

On behalf of Grupo de trabajo de Investigación en Servicios de Salud. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

(1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Spain.

(2) Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, Spain.

(3) CIBER de Epidemiología y Salud Pública. CIBERESP, Spain.

Autor para la correspondencia:

Rubén Alba-Ruiz

E-mail: [ruben.alba.ruiz@gmail.com](mailto:ruben.alba.ruiz@gmail.com)

## **Tipología de las publicaciones en Health Services Research: Revisitando el concepto y ámbito de trabajo.**

### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Analizar la tipología de los trabajos publicados en las revistas de mayor impacto en el área de “Health Services Research”.

**Diseño del estudio:** Estudio descriptivo, con un abordaje cuantitativo y cualitativo. Para el análisis cuantitativo se utilizaron indicadores bibliométricos. Se utilizó un programa de análisis de texto que permite explotar grandes conjuntos de textos mediante búsquedas de carácter contextual o estadístico.

**Fuente de información:** se seleccionaron los artículos con mayor “Impact factor” publicados en las revistas con la temática “HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES”.

**Principales Resultados:** Los países que más artículos han publicado en revistas de mayor factor de impacto son USA (41,2%) y Reino Unido (16,7%). Los autores proceden mayoritariamente de las universidades (57%) y de los hospitales (17,58%) y la financiación es mayoritariamente pública (35%). En cuanto a las medidas de resultados utilizadas relacionadas con el paciente, la mayoría analiza la salud global (19,3%) destacando la calidad de vida. Con respecto a las relacionadas con la organización, se han evaluado con una mayor frecuencia las relacionadas con los profesionales (13,6%). El análisis cualitativo, describe los diferentes temas abordados clasificados por subtemáticas.

**Conclusiones:** Los resultados describen la tipología actual de los artículos publicados en HSR, incluyendo aspectos relacionados con las metodologías y poblaciones estudiadas, como las temáticas abordadas.

**Palabras Clave:** Investigación en Servicios de Salud, Investigación, Cuidados en Salud

**A Typology of Publications in Health Services Research: reviewing the concept and the field of study**

**ABSTRACT:**

**Objective:** to analyse the typology of studies published in the journals in the field of HSR.

**Data sources:** the articles selected were published in journals from the first quartile, “Health Services Research” category.

**Study design:** cross-sectional, quantitative and qualitative approach. Quantitative: *ISI* and *Pubmed* database fields were used to identify the values. Qualitative: analysis of textual data was performed using the content of the titles, abstracts and mesh terms with the constant comparison method.

**Principal findings:** countries which have published the most articles are USA(41.2%), UK(16.7%). Authors come from universities(57%), hospitals(17.58%). The majority of financing is from state funding(35%). The measure used, relating to the patient was overall health(19.3%), emphasis on quality of life. Relating to the organisation, the evaluation frequently focused on professionals(13.6%). The qualitative analysis describes the different subjects broached classified by subcategories.

**Conclusions:** The results allow identify the field of study of HSR, including methodologies, population groups, as well as the subjects and topics investigated.

**Key words:** Health Services Research, Research, health care

## INTRODUCCIÓN

Los estudios que se realizan en la línea de investigación en servicios de salud (HSR) son cada vez más frecuentes, tomando mayor importancia en el ámbito científico y político. Por ello, por qué se está investigando y publicando bajo esta denominación. La investigación en servicios de salud (HSR) surge como respuesta a las preocupaciones de la gestión y la política sanitaria en materia de acceso, costes y calidad de la atención. Se consolida a finales de los años 60 (1), consiguiendo un reconocimiento más amplio en la década de los 70 y 80, con la creación de organismos públicos en diversos países.

Su desarrollo durante los últimos 20 años se expresa con el importante número de trabajos publicados y revistas científicas que se ocupan del tema (2), la realización de numerosas reuniones nacionales e internacionales y la cantidad de recursos públicos y privados que se asignan (3).

La definición de HSR está en constante evolución y ha sido definida de forma diferente por varios autores y organizaciones. En los años 70, se definió como un campo que desarrolla métodos para mejorar el acceso a la atención, moderar la tasa de médicos, los precios y asegurar la eficacia de la atención (4). Unos años después se precisa además que un estudio sea clasificado como HSR si cumple dos criterios: tratar algunas características de estructura, procesos o efectos de los servicios de salud personales; y que al menos una de las características esté relacionada con un marco conceptual distinto de la ciencia biomédica contemporánea aplicada.

Posteriormente se empieza a ampliar esta definición, delimitando las disciplinas involucradas: *“HSR es un término multidisciplinario reconocido, centrándose especialmente en temas genéricos como la organización y financiación en atención primaria, patrones de utilización, pacientes y relaciones con los proveedores, la epidemiología social de la conducta, sistema de información sanitaria, vigilancia y evaluación de los servicios de salud”* (5). *“HSR es la integración de análisis epidemiológicos, sociológicos, económicos y otros utilizados en estudios de salud”* (6)

En la década de los 90, Steinwachs (7) define HSR como *“un campo de investigación que examina el papel de la organización, las finanzas, los recursos humanos, la tecnología y la prevención en la previsión de servicios de atención sanitaria, y su impacto en la utilización, costes y calidad de la atención. El campo se basa en muchas disciplinas para hacer frente a esta amplitud de la investigación”*.

En 1995, IOM establece una nueva definición destacando el carácter multidisciplinario del sector, la gama de base a la investigación aplicada, y la necesidad de comprender los efectos de los servicios de salud en individuos y poblaciones: "la HSR es un campo multidisciplinar de investigación, tanto básica como aplicada, que examina la utilización, costes, calidad, accesibilidad, prestación, organización, financiación, y los resultados de servicios de salud para aumentar el conocimiento y la comprensión de la estructura, procesos y efectos de los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones" (8).

Posteriormente, la Academy for Health Services Research and Health Policy (9) define HSR como "un campo multidisciplinar de la investigación científica que estudia cómo los factores sociales, los sistemas de financiación, estructuras organizativas y procesos, tecnologías de la salud y los comportamientos personales, afectan el acceso a la atención sanitaria, la calidad y el coste de la atención sanitaria, y en última instancia, la salud y bienestar. Sus campos de investigación son los individuos, familias, organizaciones, instituciones, comunidades y poblaciones". Esta nueva definición incluye los comportamientos personales y los factores sociales, reconociendo la importante influencia de estos factores sobre la necesidad de servicios y los posibles beneficios o el impacto de los servicios de salud en el estado de salud y bienestar.

La AHRQ (10) define además la HSR como "*un único "campo de investigación". Los investigadores del servicio de salud abordan una amplia gama de temas, incluyendo la educación del consumidor, los resultados del paciente y la eficacia de la atención, la calidad de atención sanitaria y seguridad del paciente, la atención al paciente, la atención de salud para las minorías, niños, ancianos y otras poblaciones especiales, y el acceso a la atención sanitaria, utilización, costos y financiamiento*".

En la actualidad, el HSR está desarrollado en muchas áreas y organismos, como universidades, organizaciones profesionales, grupos de políticas de salud, centros clínicos, federales, estatales y locales. Los resultados se usan para mejorar el diseño de los beneficios en atención sanitaria, desarrollar nuevas políticas para optimizar la manera de financiar la atención recibida, facilitar el acceso a los servicios de salud, y mejorar los resultados del paciente, o simplemente para aumentar el conocimiento existente.

Esta multiplicidad de campos, hace que esta área tenga un desarrollo propio diverso. El presente trabajo pretende proporcionar argumentos para seguir avanzando en la definición de la línea de investigación,

planteando un razonamiento inductivo, con el enfoque 'grounded theory', como método para construir conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos y no del marco teórico existente para analizar la tipología de los trabajos publicados en las revistas de mayor impacto en el área de "HSR".

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un análisis descriptivo de los artículos publicados en las revistas de mayor impacto de HSR, con un abordaje cuantitativo y cualitativo.

### **Selección de los artículos**

Para analizar la tipología de los trabajos sobre HSR, se seleccionaron los artículos con mayor “Impact factor” publicados en las revistas con la temática “HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES” del *Journal Citation Report (JCR) de Thomson Reuters*. Recordemos, que el “Impact factor” se inventó para ayudar a los bibliotecarios a decidir a qué revistas suscribirse, por lo que da una idea aproximada de la influencia que tiene una revista científica en su campo. El periodo de inclusión fue 2010, no se seleccionaron más años porque los resultados fueron suficientes como para alcanzar el punto de saturación del discurso, dada la homogeneidad del perfil seleccionado y porque el último JCR publicado hasta la fecha de realización del trabajo fue de 2010. La búsqueda de revistas se realizó en las bases de datos de *Pubmed y Web of Science*. El número de artículos incluidos por cada revista se presenta en la tabla 1. Para la indexación de los artículos se utilizó el gestor de referencias *Procite 5*.

### **Análisis cuantitativo**

Se utilizaron indicadores bibliométricos para identificar los valores de las variables. Para la identificación de las medidas de resultados, se utilizó el software gratuito de minería de texto *AntConc3.2*, que permite explotar grandes conjuntos de textos mediante búsquedas de carácter contextual o estadístico.

- País
- Filiación para ver la procedencia de los autores. Se identificaron 5138 autores, para los cuales se ha normalizado el nombre y se han eliminado los duplicados.
- Fuente de financiación.
- Sexo
- Grupos de edad
- Tipos de estudio
- Medidas de resultado utilizadas: Relacionadas con los pacientes (salud global, salud física, salud mental), comportamiento individual del paciente y del entorno, relacionadas con la organización (uso de recursos, profesionales, calidad).

Se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas

### **Análisis cualitativo**

Para el análisis cualitativo de texto y creación de índices temáticos se utilizó también el software *AntConc3.2*, que nos permitió analizar las temáticas abordadas en los artículos. El análisis de datos textuales se desarrolló mediante el análisis de contenido de los títulos, resúmenes y descriptores de los artículos y el método de las comparaciones constantes. El proceso de análisis se realizó en las siguientes fases:

- Lectura completa del título, resumen y *descriptor*.
- Segmentación de unidades de información comprensibles por sí mismas.
- Definición de categorías abiertas iniciales sobre cada segmento informativo.
- Construcción de subcategorías dentro de un mismo código y comparación entre ellas.
- Elaboración de un mapa conceptual de resultados.
- Triangulación de resultados entre el equipo investigador atendiendo a criterios de rigor, confiabilidad y calidad de la investigación cualitativa.
- Redacción final de resultados.

Las dimensiones analizadas, a partir del Health Research Classification System del UK Clinical Research Collaboration (11).

### **Organización y prestación de servicios**

1. Recursos humanos y desarrollo profesional
2. Diseño de nuevas formas de organización y gestión
3. Diferencias en el acceso y la atención sanitaria
4. Efectividad y evaluación de resultados de los modelos de atención, tecnologías, incluyendo calidad de vida
5. Evaluación de la calidad de la atención incluyendo seguridad del paciente
6. Evaluación de la experiencia del servicio, demandas actuales y futuras por parte de los usuarios y consideración de sus opiniones y necesidades.
7. Desarrollo y evaluación de intervenciones y tecnologías para mejorar los servicios

### **Salud y bienestar económico**

1. Análisis coste-beneficio, coste efectividad de los servicios y tecnologías, incluyendo modelos de evaluación económica

2. Análisis económico de la productividad y resultados de los servicios
3. Cálculo de costes y uso de recursos

### **Evaluación y apoyo a políticas**

- Evaluación de políticas locales, provinciales o nacionales/ Síntesis y evaluación de la evidencia para informar a las políticas

### **Ética**

- Ética de la investigación, incluido el uso de datos personales, reclutamiento, material biológico, consentimiento y confidencialidad.

### **Gestión de la investigación**

- Instrumentos y nuevas formas para la evaluación de resultados en salud

### **Recursos e infraestructura de los servicios de salud**

- Desarrollo y distribución de recursos para uso de la comunidad incluyendo sistemas informáticos/ Infraestructura de soporte para redes, ensayos, consorcios y centros.

Para triangular los resultados, se usaron múltiples líneas de visión dirigidas hacia el mismo punto en diferentes momentos y distintos espacios. Con una comparación constante de los datos, analizados por separado y cotejados por los investigadores. También se triangularon mediante la revisión de investigadores externos.

## **RESULTADOS**

Los 8 países que más artículos han publicado en revistas de mayor factor de impacto en la línea de HSR son USA (41,2%), Reino Unido (16,7%), Canadá (5,9%), Países Bajos (5,14%), Australia (3,27%), Alemania (1,80%), España (1,5%), Francia (1,4%) (tabla2).

Después de normalizar los nombres, se encontraron 3754 autores. Analizando el lugar de trabajo de los autores, se encuentra que mayoritariamente, proceden de Universidades (57%) y Hospitales (17,58%). Con respecto a la financiación, 578 registros (47%) ofrecen información sobre su procedencia. Si bien, algunos registros muestran más de una agencia de financiación (tabla 3).

Se observa que en esta línea de investigación, el sector público es el mayor financiador (subvenciones nacionales, autonómicas o locales u otros organismos públicos), representando el 35% de los trabajos publicados.

La mayoría de los artículos (44%), tienen como población de estudio a las mujeres, mientras que el 18% estudian a los hombres. Se han encontrado que el 25,2% estudian a ambos sexos, y un 12,1% no se ha especificado en la base de datos. Como se observa en el gráfico 1, la edad más representada en los estudios de la línea HSR son los de mediana edad y adultos.

Con respecto a los métodos utilizados, el 56% corresponden a estudios descriptivos (encuestas poblacionales, estudios de prevalencia y cuestionarios a grupos específicos), seguido por estudios analíticos, 26,4% (caso-control, cohortes, prospectivos, retrospectivos, factores de riesgo) (tabla 4).

En cuanto a las medidas de resultados utilizadas relacionadas con el paciente, la mayoría de los trabajos (19,3%) analiza la salud global (incluyendo aspectos de salud física y mental), dentro de las cuales destaca la calidad de vida (8,1%) y estado de salud (2,4%). La salud física se evalúa en el 15% de los estudios, con una mayor frecuencia la mortalidad (4,4%) y las complicaciones (3,7%). La salud mental se evalúa en un 7% de los estudios, incluyendo la depresión y la salud mental global como medidas más frecuentes. Las medidas relacionadas con el comportamiento individual del paciente y el entorno fueron consideradas en el 13% de los trabajos, las más utilizadas fueron Satisfacción, aprendizaje y actitud en salud.

Con respecto a las medidas de resultados relacionadas con la organización, se han evaluado con una mayor frecuencia las relacionadas con los profesionales (13,6%), destacando Comunicación (5,9%), Errores médicos (2,8%) y Motivación (2,3%) (tabla 5).

En el anexo 1, se describen las temáticas abordadas en los trabajos.

## **DISCUSIÓN**

Health services research es un área multidisciplinar con un objetivo implícito de mejorar la atención sanitaria a los pacientes. El objetivo principal de la investigación en servicios de salud es identificar las maneras más eficaces de organizar, administrar, y prestar atención sanitaria de alta calidad, reducir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente (12). Actualmente representa una de las prioridades nacionales más importantes en la investigación en Salud Pública casi todos los países Europeos (13).

El presente trabajo presenta varias limitaciones, la principal, el período tomado para la selección de los resultados. Sería interesante realizar un futuro trabajo dentro del marco de este estudio, para ver la evolución del término HSR, tomando como muestra un periodo más amplio.

El trabajo, recoge la tipología de artículos que se están tratando actualmente en esta línea y que han sido publicados en las revistas de mayor factor de impacto. El factor de impacto es una medida que refleja el número medio de citas de los artículos publicados en revistas de ciencias y ciencias sociales. Se usa como indicador de la importancia relativa que una revista tienen dentro de su campo, considerándose más relevante que las revistas de menor factor de impacto (14). La información obtenida en este artículo es de utilidad para todos aquellos investigadores y gestores, que quieran tener una idea general del estado actual del HSR.

Según los datos del estudio, los trabajos de la línea de HSR, se realizan en diversos países de todos los continentes. Si bien, la mayor parte de los artículos publicados pertenecen a autores que residen en los Estados Unidos. Esto se corresponde con los artículos de áreas afines como Ciencias de la Salud, Ciencias de la Vida y Ciencias Sociales y Humanidades. Según el informe SCImago (15), el país que encabeza la lista para estas categorías es Estados Unidos.

Un porcentaje importante de la investigación se publica desde los hospitales, esto indica que los resultados podrían tener una posible influencia en el mejoramiento de los centros sanitarios y una aplicación en los mismos. *Los resultados y productos obtenidos de la HSR permiten a los proveedores, pacientes, aseguradoras, políticos, etc, obtener mejoras en las decisiones de atención sanitaria. También se pueden utilizar para mejorar el diseño de las prestaciones de salud, desarrollar nuevas políticas para optimizar la financiación y pagos en atención, facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria, y mejorar los resultados en pacientes.* (16).

Destacar el importante número de artículos que se centran en las mujeres como grupo de estudio, esto podría responder a la importancia del estudio específico y de manera independiente, de los hombres y las mujeres, de realizar investigación con perspectiva de género (17).

El diseño de investigación más utilizado son los estudios descriptivos (encuestas poblacionales, estudios de prevalencia, etc.), ya que suelen ser más económicos que otros tipos de diseño y su realización suele

tardar menos tiempo, aspecto fundamental para la toma de decisiones y para la gestión clínica. También destaca la utilización de estudios de evaluación económica, siendo éste propio de la línea de HSR, ya que permite unificar conjuntamente información de uso de recursos y de resultados de salud, aspectos importantes para los sanitarios (18).

La medida más utilizada en HSR es calidad de vida, siendo la más completa, por incorporar varias medidas. Los instrumentos para medir la calidad de vida son muy diversos y suelen incluir tanto salud física como mental además de diversos aspectos como la gravedad, el bienestar o el apoyo social (19). También destaca el considerable uso de medidas relacionadas con seguridad del paciente, esta es una prioridad en la agenda política de muchos países, de la Organización Mundial de la Salud (principalmente a través de la Alianza Mundial sobre la Seguridad del Paciente), el Consejo de Europa, la OCDE y diversas asociaciones de pacientes, médicos, enfermeras, farmacéuticos, y hospitales. Aunque buena parte de los temas valorados como prioritarios son comunes con otros procesos de consenso en otros países (27), no se han hallado estudios que permitan realizar comparaciones con los resultados del proceso de priorización desarrollado.

La descripción de las temáticas abordadas en los estudios, pone de manifiesto el amplio abanico de aspectos que se tratan dentro de la línea de HSR. El material obtenido puede ser útil tanto para aquellos profesionales que se dediquen a la investigación en HSR.

## **Bibliografia**

1. Lohr KN, Steinwachs DM. Health Services Research: An Evolving Definition of the Field. Health services research: an evolving definition of the field. Health Serv Res. 2002 Feb; 37(1):7-9.
2. ISI web of Knowledge. [Último acceso en Diciembre, 2010]. Disponible en: <http://www.isiwebofknowledge.com/>
3. Pittman P. Health Services Research in 2020: Data and Methods Needs for the Future. Health Serv Res. 2010 Jul 28.
4. Panel on Health Services Research and Development of the President's Science Advisory Committee. March 1972. Improving Health Care through Research and Development: Report of the Panel, Oce of Science and Technology, Executive Oce of the President, p. 1. Washington, DC: U.S. Government Printing Oce.
5. Marshall JE. Introduction to health services research. Medical Care, 23:381-382, 1985.
6. Last JM. A Dictionary of Epidemiology, 2d ed. New York:Oxford University Press, 1988.
7. Steinwachs DM. Health Services Research: Its Scope and Significance. In: P. Forman, ed. Promoting Health Services Research in Academic Health Centers. Washington, DC: Association of Academic Health Centers, 1991. p.23-72.
8. Institute of Medicine. In Health Services Research: Work Force and Educational Issues, edited by M. J. Field, R. E. Tranquada, and J. C. Feasley, p. 3. Washington, DC: National Academy Press. 1995.
9. AHRQ. Health services research. [Último acceso en Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/fund/minortrg.htm>
10. UK Clinical Research Collaboration. Health Research Classification System. January 2009. [Último acceso en Diciembre de 2010]. Disponible en: [http://www.hrcsonline.net/hrcs/files/HRCS\\_Document.pdf](http://www.hrcsonline.net/hrcs/files/HRCS_Document.pdf).
11. Hay JW. Where's the value in health care?. Value Health. 2006 May-Jun;9(3):141-3.
12. La Torre G, Mannocci A, McCarthy M, Ricciardi W, Bes-Rastrollo M. [Public health research: are there differences among northern, southern and eastern European countries? A perspective from national associations of public health]. Gac Sanit. 2010 May-Jun ;24(3):253.e1-5.
13. Yung WK. Impact Factor number reflects sustained high quality. Neuro Oncol. 2010 Sep;12(9):893.
14. SCImago Research Group. SIR World Report 2010: Global Ranking. Disponible en: <http://www.scimagolab.com>.

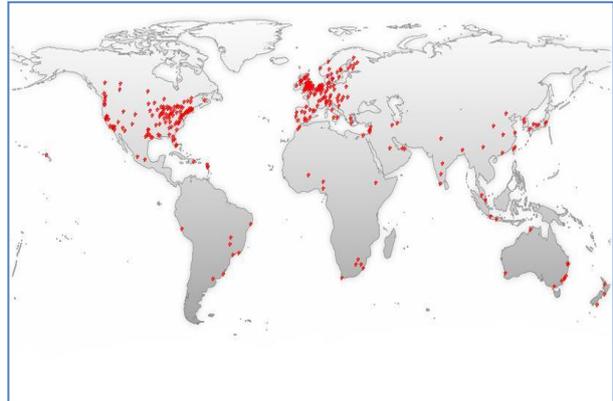
15. Hlatky MA, Heidenreich P. The year in epidemiology, health services research, and outcomes research. *J Am Coll Cardiol*. 2009 Dec 15;54(25):2343-51.
16. Spector JA. *Gender Studies: New Directions in Feminist Criticism*, Madison: University of Wisconsin Press. ed., 1986.
17. Drummond M, Barbieri M, Cook J, Glick H, Lis J, Malik F, Reed S, Rutten F, Sculpher M, Severens J. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Practices Task Force report. *Value in Health*. 2009;12:409-18.
18. Happich M, Moock J, von Lengerke T. Health state valuation methods and reference points: the case of tinnitus. *Value Health*. 2009 Jan;12(1):88-95.
19. Sonis A. *Investigación en servicios de salud*. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud 1989. Documento 20. Washington.
20. Dault M, Lomas J, Barer M, on behalf of the Listening for Direction II partners. *Listening for direction II. National consultation on health services and policy issues for 2004-2007*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation and Institute of Health Services and Policy Research; 2004

**Tabla 1. Revistas analizadas**

<b>Revista</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Health Aff (Millwood)	158	12,90
Qual Saf Health Care	144	11,76
J Pain Symptom Manage	118	9,63
Med Care	102	8,33
Value Health	101	8,24
Med Decis Making	74	6,04
Am J Manag Care	73	5,96
Int J Med Inform	70	5,71
Health Qual Life Outcomes	61	4,98
Med Educ	59	4,82
Implement Sci	50	4,08
Health Policy Plan	48	3,92
Stat Methods Med Res	48	3,92
Health Technol Assess	42	3,43
Med Care Res Rev	42	3,43
J Med Internet Res	25	2,04
Milbank Q	10	0,82
Total	1225	100,00

**Tabla 2. Países que han publicado en revistas de HSR**

Country	n	%
UNITED STATES	505	41,22
UK	205	16,73
CANADA	73	5,96
NETHERLANDS	63	5,14
AUSTRALIA	40	3,27
GERMANY	22	1,80
SPAIN	19	1,55
FRANCE	17	1,39
SWEDEN	14	1,14
SWITZERLAND	14	1,14
CHINA	11	0,90
TAIWAN	11	0,90
BELGIUM	10	0,82
ITALY	10	0,82
JAPAN	9	0,73
NORWAY	9	0,73
AUSTRIA	8	0,65
BRAZIL	8	0,65
FINLAND	8	0,65
DENMARK	5	0,41
ISRAEL	5	0,41
NEW ZEALAND	5	0,41
PORTUGAL	5	0,41
OTROS	40	3,27
No especificado	109	8,90
Total	1225	100,00



**Tabla 3. Descripción de los artículos publicados en HSR**

	N	%
<b>Procedencia de los autores</b>		
Universidad	2152	57,33
Hospital	660	17,58
Grupos de Políticas de Salud	320	8,52
Agencias federales, estatales y locales	251	6,69
Organización profesional	56	1,49
Otros (Fondos, Farmacias, Laboratorios, sin especificar)	315	8,39
<b>Total</b>	<b>3754</b>	<b>100,00</b>
<b>Fuente de financiación</b>		
Agencias federales, estatales y locales	400	37,88
Hospitales y Organizaciones de la Salud	147	13,92
Fundaciones	147	13,92
Academias	140	13,26
Farmacéuticas/Laboratorios/Sector Privado	117	11,08
Otras organizaciones públicas	83	7,86
Asociaciones /Sociedad Profesional	22	2,08
<b>Total</b>	<b>1056</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 4. Tipos de estudio**

<b>Tipo de estudio</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estudios descriptivos: Encuestas poblacionales, estudios de prevalencia y cuestionarios a grupos específicos)	690	56,33
Estudios analíticos: Caso-control, cohortes, prospectivos, retrospectivos, factores de riesgo.	323	26,37
Estudios de evaluación económica y de análisis económico	73	5,96
Estudios: ensayo clínico: experimentales, cuasiexperimentales), ensayos comunitarios	56	4,57
Estudios cualitativos (focus groups, interviews)	49	4,00
Revisiones sistemáticas y metanálisis	30	2,45
otros	4	0,33
	1225	

**Tabla 5. Medidas de resultado utilizadas**

<b>Relacionados con el paciente</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Relacionados con la organización</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Salud Global</b>			<b>Uso de recursos</b>		
Quality of Life	112	8,13	Hospitalization	21	1,53
Health Status	33	2,40	Length of Stay	20	1,45
Quality of Health	10	0,73	Utilization	16	1,16
Quality-Adjusted Life years	7	0,51	Bed Occupancy	14	1,02
Disease Progresión	2	0,15	Office Visits	7	0,51
Disability Evaluation	2	0,15	Readmisión	6	0,44
Total	266	19,32	Total	84	6,10
<b>Salud Física</b>			<b>Desempeño de los profesionales</b>		
Mortality	60	4,36	Communication	81	5,88
Complications	51	3,70	Medical Errors	38	2,76
Fatigue	30	2,18	Motivation	31	2,25
Adverse effects	15	1,09	Medication Errors	14	1,02
Treatment Outcomes	13	0,94	Nonverbal Communication	9	0,65
Hospital Mortality	9	0,65	Clinical Competence	5	0,36
Life Expectancy	8	0,58	Drug Information	5	0,36
Motor Activity	6	0,44	Confidentiality	4	0,29
Drug Toxicity	5	0,36	Total	187	13,58
Pain Measurement	3	0,22	<b>Quality</b>		0,00
Early Detection	3	0,22	Continuity of Patient	6	0,44
Adverse Drug Reactions	2	0,15	Infection Control	4	0,29
Drug Resistance	2	0,15	Quality Indicators	7	0,51
Total	207	15,03	Safety Indicators	93	6,75
<b>Salud Mental</b>			Total	110	7,99
Depresión	50	3,63	<b>Total</b>	<b>1377</b>	<b>100</b>
Mental Health	40	2,90			
Adaptation	3	0,22			
Affective Symptoms	2	0,15			
Conflict	1	0,07			
Total	96	6,97			
<b>Patient individual behavior and del entorno</b>					
Satisfaction	49	3,56			
Learning	32	2,32			
Attitude of Health	21	1,53			
Self Efficacy	15	1,09			
Social Support	10	0,73			
Preferentes	8	0,58			
Self Care	8	0,58			
Medication Adherence	6	0,44			
Health Knowledge	6	0,44			
Attitude to Computers	6	0,44			
Patient Participation	5	0,36			
Attitude to Death	3	0,22			
Patient Acceptance	3	0,22			
Behavior Control	2	0,15			
Cooperative Behavior	2	0,15			
Total	176	12,78			

## Anexo 1. Temáticas abordadas

### 1. Organización y prestación de servicios

Contenido	Items
a) Recursos humanos y desarrollo profesional	<p><b>1. Modelos de formación profesional:</b> comunidades de práctica, educación en competencias interculturales, intervenciones dirigidas a mejorar el ambiente de trabajo, simulación basada en la web para mejorar las habilidades de los profesionales.</p> <p><b>2. Trabajo en equipo y participación de los profesionales:</b> liderazgo, el trabajo en equipo, actitudes y las barreras, percepción de la participación de profesionales.</p> <p><b>3. Aspectos organizacionales:</b> acreditación de servicios de salud, uso de sistemas electrónicos de información organizacional, incentivos.</p> <p><b>4. Modelos de apoyo para la toma de decisiones:</b> recordatorios para la conducta médica segura, sistemas de apoyo a la decisión clínica, efectos de los sistemas informatizados de apoyo a las decisiones clínicas en el desempeño profesional y los resultados del paciente, evaluación de modelos analíticos de decisión, tutoriales para el modelado de decisiones médica, listas de espera.</p> <p><b>5. Actitudes ante la toma de decisiones:</b> efecto de pensamiento inconsciente en la toma de decisiones clínicas, efectos de los errores médicos en el bienestar psicológico, decisiones médicas comunes, percepciones de los médicos sobre la eficacia de las intervenciones médicas, características del médico/a y de la práctica asociadas a la adherencia a las guías basadas en la evidencia.</p> <p><b>6. Aspectos relacionados con el desempeño profesional:</b> estrés, satisfacción, comunicación con el paciente, burnout, motivación, ética en la práctica clínica.</p>
b) Diseño de nuevas formas de organización y gestión	<p><b>1. Coordinación y atención continuada:</b> gestión de casos, gestión de enfermedades, nuevos servicios de atención domiciliaria, nuevos modelos de atención a mayores, atención de la salud integrada, coordinación entre e interniveles, coordinación de la prevención, redes de opinión entre los especialistas en el cuidado.</p> <p><b>2. Nuevos modelos de práctica profesional:</b> telemedicina, medicina individualizada, prescripción enfermera, elaboración de nuevas guías de práctica clínica.</p> <p><b>3. Tiempos y listas de espera:</b> estrategias para mejorar la lista de espera, protocolos para reducir los tiempos entrada a urgencias.</p>
c) Variación/ diferencias en el acceso y a la atención sanitaria	<p><b>1. Desigualdades en salud:</b> análisis de las desigualdad en el acceso y en la atención sanitaria (p.e. parejas del mismo sexo, etnia, ingresos), intervenciones para reducir las desigualdades en salud.</p> <p><b>2. Análisis geográfico.</b> Análisis geográfico de hospitalización, pruebas diagnósticas, cirugía.</p> <p><b>3. Variabilidad de la práctica clínica:</b> características del paciente relacionado con la heterogeneidad de los efectos del tratamiento y del curso de la enfermedad, diferencias en las prácticas entre profesionales.</p>
d) Efectividad y evaluación de resultados de los modelos de atención, tecnologías, incluyendo calidad de vida	<p><b>1. Mejora de la calidad de los servicios:</b> Evaluación de la calidad en los servicios, mejoras en los resultados de los servicios, estimación de los resultados a largo plazo, eficacia de las intervenciones basadas en la Web.</p> <p><b>2. Adherencia al tratamiento.</b> Evaluación de intervenciones para mejorar la adherencia a medicamentos, adherencia a la medicación.</p> <p><b>3. Implementación de guías:</b> Asociación entre la adecuación a las guías y los resultados clínicos, barreras para la implementación de guías y protocolos.</p> <p><b>4. Evaluación de resultados en los pacientes y cuidadores:</b> Medición de la ansiedad, dolor, resultados relacionados con poblaciones específicas (pe. cuidadores).</p>
e) Evaluación de la calidad de la atención incluyendo seguridad del paciente	<p><b>1. Errores en la medicación.</b> Evaluación de intervenciones de efectos adversos, errores de medicación e infecciones asociadas, comparación de métodos para identificar pacientes con riesgo de problemas relacionados con los medicamentos, manejo de alertas de seguridad de medicamentos, conciliación de medicación,</p> <p><b>2. Interrupciones y distracciones.</b> Intervenciones para reducir las interrupciones y distracciones durante la administración de medicamentos.</p> <p><b>3. Participación de los pacientes para la mejora de la seguridad:</b> Eficacia de las intervenciones destinadas a promover la participación de los pacientes para mejorar la seguridad, métodos para solicitar informes de los pacientes de los efectos adversos, el punto de vista del paciente en los eventos adversos .</p> <p><b>4. Evaluación de la cultura de evaluación de la seguridad del paciente por parte de los profesionales:</b> Evaluación de la cultura de la seguridad del paciente, clima de seguridad hospitalaria y resultados de seguridad.</p> <p><b>5. Efectos adversos:</b> Riesgo de caídas en el hospital y las fracturas, resultados de un programa de intervención para infecciones, métodos para la prevención de infecciones, evaluación prospectiva de las infecciones nosocomiales, registro de resultados adversos, causas de los eventos adversos en los hospitales y las posibles estrategias de prevención, resultados quirúrgicos adversos, Clasificación de eventos adversos</p>

	(p.e. del NHS Escocia) <b>6. Iniciativas de mejoras de la calidad:</b> La ética, la supervisión y las iniciativas de mejora de calidad, El bienestar psicológico y la calidad de la atención, Revisando la fiabilidad información de salud en línea
f) Evaluación de la experiencia del servicio, demandas actuales y futuras por parte de los usuarios y consideración de sus opiniones y necesidades.	<b>1. Decisiones compartidas:</b> Decisiones compartidas, comunicación con el paciente sobre las preferencias de tratamiento. <b>2. Preferencias, expectativas, opiniones y conocimientos de los pacientes:</b> Los pacientes proporcionando las respuestas, estudio de las quejas, expectativas con respecto a la atención, comunicación sobre las preferencias de tratamiento, creencias, estilos de vida, razones para las decisiones individuales en contra del consejo médico, registros médicos del paciente en manos de los pacientes, reducción de las barreras del paciente al tratamiento, alfabetización en salud, auto-gestión y adherencia al tratamiento, opinión sobre mejoras organizativas. <b>3. Información sobre salud para pacientes:</b> Información sobre salud en Internet, redes de intercambio de información.
g) Desarrollo y evaluación de intervenciones y tecnologías para mejorar los servicios	<b>1. Atención sanitaria mediada por Internet:</b> Historia clínica electrónica y práctica médica en casa, Almacenamiento de información, Sistemas para recordatorios, Sistema de información hospitalaria para la detección de eventos adversos, Telemedicina (pe.Telemonitoreo para pacientes diabéticos), Patrones de utilización y características de los usuarios de un intervenciones en Internet (programa pérdida de peso), Uso de Internet para promover el cambio de comportamiento en salud, Comunicación mediada por Internet: Comunidades virtuales, Email. <b>2. Atención sanitaria mediada por teléfono:</b> Atención sanitaria vía telefónica (mSalud), Móvil' las necesidades de salud y oportunidades, Sistemas para recordatorios, La calidad, la seguridad y el contenido de las consultas telefónicas y cara a cara. <b>3. Historia clínica y registros electrónicos:</b> Registros sanitarios electrónicos, Almacenamiento de información, Historia clínica electrónica y práctica médica en casa, Sistemas de ordenes médicas, Sistema de información hospitalaria para la detección de eventos adversos, cómo los registros médicos proporcionan retroalimentación de información a los hospitales <b>4. Modelos organizacionales:</b> Sistemas organizativos: Atención domiciliaria, listas de espera, Procesos clínicos: Guías de práctica clínica, protocolos, adecuación a protocolos: Participación de los pacientes en las guías <b>5. Terapias, pruebas y medicamentos.</b> Medicamentos, Pruebas genéticas, terapias alternativas, procedimientos diagnósticos, procedimientos terapéuticos, terapias para el dolor, Simulación por ordenador

#### Salud y bienestar economico

a) Análisis coste-beneficio, coste efectividad de los servicios y tecnologías.	<b>1. Evaluación económica de tecnologías sanitarias.</b> Coste-efectividad medicamentos, coste-efectividad de intervenciones y tratamientos, costo-efectividad y eficacia de los biomarcadores. <b>2. Análisis económico y presupuestario.</b> Evaluación de los umbrales de disposición a pagar, impacto de la adhesión a los fármacos en los resultados clínicos y costos de hospitalización, tendencias en el gasto de atención de salud.
b) Análisis económico de la productividad y resultados de los servicios	<b>1. Análisis organizacionales.</b> Reestructuración/cambio de la prestación de asistencia sanitaria y cambio de la productividad, indicadores de rendimiento para la gestión. <b>2. Análisis de carga económica:</b> La carga clínica y económica de los servicios, carga financiera de la asistencia sanitaria, tendencias.
c) Cálculo de costes y uso de recursos	<b>1. Patrones de uso de recursos sanitarios.</b> Uso de recursos de mayores con fibromialgia, patrones de uso de medicamentos de pacientes diagnosticados con fibromialgia. <b>2. Costes de la atención médica y tratamiento:</b> Los costos del tratamiento (p.e pacientes terminales), Costos de la atención médica (pe entre los pacientes con enfermedad cardiovascular)

#### Evaluación y apoyo a políticas

a) Evaluación de políticas locales, provinciales o nacionales	<b>1. Impacto en la utilización de recursos sanitarios.</b> Impacto de la aprobación de un nuevo medicamentos en el presupuesto, el efecto de la tecnología de información sanitaria sobre la calidad en los hospitales, programa de acción mundial sobre e-salud, efecto del tratamiento en los costes sociales.
b) Evaluación de la evidencia para informar a las políticas	<b>1. Aplicabilidad de la evidencia científica a las políticas</b>

### Gestión de la investigación

a) Ética de la investigación, incluido el uso de datos personales, reclutamiento, material biológico, consentimiento y confidencialidad.	<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Legislación y jurisprudencia</b></li><li><b>2. Consentimiento informado.</b> Intervenciones para mejorar la comprensión del paciente en el consentimiento informado</li><li><b>3. Testamento vital</b></li></ol>
b) Instrumentos y nuevas formas para la evaluación de resultados en salud	<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Cuestionarios y escalas de medición:</b> Cuestionarios para la evaluación de la satisfacción del paciente, interpretación de las categorías de respuesta en las escalas de clasificación efectuada por los pacientes, validación y comparación, valores de utilidad y elementos de los instrumentos de calidad de vida, calidad de medición de vida útil, diseño y validación de cuestionarios.</li><li><b>2. Resultados cualitativos.</b> Efecto del recuerdo sobre las valoraciones de los pacientes, la percepción subjetiva de la carga.</li><li><b>3. Medidas de salud sintéticas:</b> La esperanza de vida saludable, calidad de medición de vida útil.</li></ol>

### Recursos e infraestructura de los servicios de salud

a) Desarrollo y distribución de recursos para uso de la comunidad incluyendo sistemas informáticos, Infraestructura de soporte para redes.	<ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Mejoramiento del diseño del hospital</b></li><li><b>2. Implementación de sistemas de información en salud:</b> Problemas y desafíos de la implantación de sistemas de información de salud ( futuro de la tecnología de información sanitaria centrado en el paciente, registros electrónicos de salud y de confiabilidad y validez de las medidas de calidad)</li></ol>
--	--