n.º 1 2005

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias

¿Hay relación entre el valor de la salud y los recursos que se emplean para alcanzarlo?

Iniciamos año y, como en otros ámbitos de la vida, desde el Notas nos proponemos iniciar una serie de editoriales que versen sobre el valor de la salud y la exigencia social de una mayor efectividad en la utilización de recursos para alcanzarla.

Es posible iniciar esta andadura con una afirmación, con la que en principio, es fácil estar de acuerdo: "Resulta deseable que los recursos empleados por el sistema sanitario público se asignen racionalmente, cualquiera sea el nivel de gasto". De esta expresión de deseo se desprenden dos palabras claves asignar y racionalmente. *En el lenguaje coloquial, racional es actuar con arreglo a la razón, discernir lo bueno de lo malo, lo falso de lo verdadero. En economía, racional significa actuar para maximizar la utilidad o desde el punto de vista social, maximizar el bienestar social.*

Desde el punto de vista individual, ser racional significa, que las personas tratan de alcanzar el conjunto de bienes más preferido con arreglo a la restricción presupuestaria que tengan, lo que les obliga a escoger, por orden de preferencias y aplicar sus recursos a los bienes y servicios más deseados hasta agotar el presupuesto; esto es asignar racionalmente sus recursos.

Socialmente también es deseada la asignación racional, como afirmábamos en el párrafo anterior, es decir que debe establecerse un orden de preferencias sociales (prioridades) que nos permita conocer cual es la definición de bienestar que nuestra comunidad desea. Pero, inmediatamente se plantea otra pregunta, como conocer estas preferencias o dicho de otra manera que valor tiene la salud para la comunidad, lo que nos ilustrará su orden de prioridad. Aproximaciones a este valor, eminentemente subjetivo, se obtienen a través del estudio de la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de vida. Así puestos habremos alcanzado un bosquejo que permite priorizar aquello que para la sociedad es mas preciado, pero como favorecer unas acciones significa necesariamente dejar otras sin hacer -y esto no agrada a nadie- es muy importante que este ejercicio sea riguroso, trasparente y participativo.

Sin lugar a dudas no se puede olvidar la otra cara de la moneda, la asignación de los recursos necesarios para alcanzar las prioridades establecidas, sin vincular recursos y resultados no es posible la eficiencia. Vale la pena remarcar que dentro de los objetivos establecidos como prioritarios, al tratarse la sanidad de una política pública, se incorporan contenidos de equidad, por lo que no todo vale para disminuir el coste sanitario, sino que cabe preservar el esfuerzo para alcanzar el objetivo socialmente establecido. Es eficiente, entonces, tener en cuenta el coste adicional por alcanzar un determinado nivel de equidad.

No sería ni racional, ni ético, actuar en favor de algunos sin considerar lo que aportan en el margen (al último incluido) los beneficios diagnósticos y terapéuticos de la práctica clínica -entiéndase como ganancias en "años de vida" o en "vida a los años"- respecto de los costes que la sociedad soporta. Cabe así, valorar una determinada práctica en términos de alternativas: no solamente para pacientes que están en espera, con costes que acabarán presumiblemente soportando ellos mismos, sino con aquellos que, por ejemplo, no pueden beneficiarse de un programa de educación sanitaria, porque el sistema no encuentra dinero para ello, o de nuevas prestaciones, para las que no se pueden financiar las inversiones necesarias.

Llegados a este punto parece oportuno concluir que las decisiones en el ámbito sanitario deben tener en cuenta la racionalidad y resistirse a la inmediatez, la inercia profesional, la presión corporativa o la propia sectoralización de la organización asistencial [1].

[1] López-Casasnovas G. Discurso de entrada a la Real Academia de Medicina de Catalunya. Junio 2002

sumario

¿Existen niveles asistenciales en cirugía oncológica? 2

Estudio de los factores que pueden explicar las diferencias en la prevalencia poblacional por trastornos mentales entre territorios. 3

¿Qué sabemos de la eficacia de la monitorización fetal preparto en embarazos de bajo riesgo? 4

Una revisión sistemática de la efectividad de los modelos educativos para paciente con diabetes. 4

Notas bibliográficas

Publicaciones

Algunas publicaciones de las Agencias pertenecientes a la red INAHTA del año 2004 que se encuentran disponibles en páginas web:

- Home-Based Chemotherapy for Cancer: Issues for Patients, Caregivers, and the Health Care System

AETMIS Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (formerly CETS)

http://www.aetmis.gouv.qc.ca

- Photodynamic therapy in the Treatment of Exudative Age-Related Macular Degeneration (AMD) with Subfoveal Neovascularization

AETMIS Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (formerly CETS)

http://www.aetmis.gouv.qc.ca

- PET-TAC: Indicaciones, revisión sistemática y meta-análisis

AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria

http://www.isciii.es

- Terapia de soporte hepático artificial "Molecular Adsorbent Recirculating System" (MARS(r))

AETS Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitaria

http://www.isciii.es

- Diagnostico Genético de la Hipercolesterolemia Familiar Mediante LIPOCHIP

AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucia

http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/documento.asp?id=3

- Eficacia de la fisioterapia para el tratamiento del Linfedema asociado a postmastectomía

AETSA Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucia

http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/aetsa/documento.asp?id=3

- Health technology assessment on the Net: a guide to Internet sources of information, 6th Ed.

AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research

www.ahfmr.ab.ca

¿EXISTEN NIVELES ASISTENCIALES EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA? ¿LOS QUE MÁS HACEN, LO HACEN MEJOR?

Introducción: En los últimos años, muchos estudios han tratado de evaluar la percepción, subjetiva, que algunos profesionales tienen sobre el hecho de que enfermos afectados de patologías complejas, como puede ser el cáncer, no han sido tratados de manera tan apropiada como habría sido posible, bien sea en cuanto a la precocidad de la atención, la terapéutica escogida o los resultados de ésta.

El ejemplo mas claro de esta situación es la discusión en la literatura, relacionada con los servicios sanitarios, sobre la asociación entre volumen de procedimientos quirúrgicos efectuados en un hospital y sus resultados clínicos. Diferentes estudios, en el ámbito anglosajón, sugieren que habrían podido reducirse muertes hospitalarias si ciertos procedimientos complejos se hubieran hecho en hospitales con experiencia quirúrgica más amplia. Pero se ha constatado también, en múltiples contextos, una notable variabilidad en el tratamiento quirúrgico realizado.

Objetivos: Este trabajo plantea se tres objetivos: 1) Realizar una revisión de la literatura de experiencias previas sobre la relación entre volumen y resultados; 2) Analizar los datos del CMBDAH 1996-2000 para algunos cánceres y procedimientos quirúrgicos en cuanto a volumen realizado y relación con mortalidad hospitalaria, ajustando por otras variables influyentes (incluido el índice de comorbilidad de Charlson); 3) Elaborar unas recomendaciones que ayuden a alcanzar una mejora de la equidad en su vertiente diagnóstica y terapéutica y de la calidad asistencial.

Metodología: El estudio se centra, tanto en la revisión de la literatura como en el análisis de los datos referidos a Cataluña (CMBDAH), en los procedimientos quirúrgicos de enfermedades oncológicas de riesgo elevado (cáncer de esófago, páncreas, pulmón, hígado, estómago) o en aquella cirugía que por la incidencia o multidisciplinariedad merece una especial atención (mama, recto y próstata). Los puntos de corte que definen el volumen, exceptuando los casos de cáncer de mama, son: <=5; 6-10 y >=11 intervenciones/año.

Resultados: Los principales resultados muestran que la literatura internacional, en general, aboga por la concentración en centros de excelencia de los procedimientos quirúrgicos complejos dirigidos a cánceres de baja incidencia. En cánceres más comunes, hay que elaborar guías de práctica clínica con el fin de generalizar técnicas quirúrgicas que, hoy en día, parecen más frecuentes en los centros de volumen alto.

Los resultados quirúrgicos en nuestro contexto evidencian unos resultados muy desiguales en cuanto a mortalidad y práctica quirúrgica, siendo sólo en las hepatectomías parciales y pancreatectomías donde la mejora en los resultados (menos mortalidad) se asocia de forma estadísticamente significativa a un incremento del volumen de intervenciones. En el esófago, los centros de volumen bajo tienen una mortalidad superior a la de los centros de volumen intermedio o alto. También se constata una amplia variabilidad en el abordaje quirúrgico de algunos procesos oncológicos. Así, la cirugía de mama conservadora, la cirugía de cáncer de recto-ano sin colostomía, la prostatectomía y la gastrectomía totales son más comunes en los centros de volumen alto.

Discusión: El examen de la relación entre volumen y resultados interviene directamente en el frágil equilibrio entre una planificación que pretende optimizar la efectividad y la eficiencia mediante la concentración en centros de excelencia de aquellos procedimientos especialmente complejos y costosos y, aquella otra planificación que hace prevalecer la equidad y la accesibilidad de los enfermos a servicios asistenciales mediante su descentralización. Cada una de estas políticas presenta consecuencias sobre pacientes, sus familias, profesionales y centros, en la siguiente tabla se sintetizan los pros y contras de estas alternativas.

Los resultados quirúrgicos evidencian unos resultados muy desiguales en cuanto a mortalidad y práctica quirúrgica.

PROS

1. Aumentar la experiencia individual de los equipos quirúrgicos, de otros profesionales implicados y de la misma organización.
2. Puede disminuir la mortalidad operatoria y las complicaciones quirúrgicas y favorecer unos mejores resultados a largo plazo, menos recidivas, más curaciones.
3. Más eficiencia al favorecer economías de escala.
4. Incrementa la motivación e implicación de profesionales en el proceso terapéutico.
5. Informes de anatomía patológica más sistematizados. Posibilidad de registros de TNM más detallados.
6. Mayor facilidad para terapéuticas coadyuvantes, algunas ya centralizadas, y mejor calidad en el seguimiento.
7. Mayores facilidades para la actualización de conocimientos y la introducción de nuevas tecnologías.

CONTRAS

1. Pérdida de adaptabilidad a los cambios tecnológicos de los (super) especialistas.
2. Mayor incomodidad (y gastos) para enfermos y sus familiares que tienen que desplazarse.
3. Aumento de las listas de espera en los centros de referencia.
4. Derivación de enfermos para terapéuticas paliativas a centros de alto nivel tecnológico.
5. Disminución de la equidad y la accesibilidad.
6. Mayor poder de presión de los centros de referencia para mejorar su reembolso. Dificultades para la entrada de otros hospitales.
7. Posibilidad de deseconomías de escala superando un cierto nivel.
8. Falta de motivación y mejor nivel técnico de los especialistas de los hospitales de menos volumen.
9. Peligro de indicaciones inapropiadas con el fin de alcanzar los volúmenes mínimos indicados.

No parece aconsejable, en buena parte de los procesos oncológicos, la concentración indiscriminada y no planificada de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en centros de volumen alto, ya que ello puede comportar más inconvenientes que ventajas, especialmente en aquellas patologías en que los centros de volumen bajo realizan un número considerable de procedimientos.

Hay que favorecer, a nivel formativo y en la práctica cotidiana, la experiencia y las habilidades técnicas mediante casuísticas suficientes. Tienen que desarrollarse sistemas de información que, recogiendo todo el proceso asistencial, permitan evaluar los resultados de una forma que se ajuste mejor a la complejidad de los enfermos y que incorpore, a la vez, otras medidas de resultado.

Referencia: Pla R, Pons JMV, González JR, Borràs JM. ¿Existen niveles asistenciales en cirugía oncológica? ¿Los que más hacen, lo hacen mejor? Informe sobre la relación entre volumen de procedimientos y resultados en cirugía oncológica. Marzo de 2003.

FACTORES QUE PUEDEN EXPLICAR LAS DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA POBLACIONAL POR TRASTORNOS.

Introducción y objetivo: El patrón de morbilidad en la mayoría de las sociedades desarrolladas viene dominado por las enfermedades crónicas y, entre ellas, de manera cada vez más destacada, los trastornos mentales. Estos problemas de salud tienen una importante repercusión sanitaria por las discapacidades que ocasionan y las disfunciones sociales que comportan. Es así que la OMS ha estimado que supone la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad, justo por detrás de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes.

Las características individuales no son suficientes para explicar la variabilidad territorial de los trastornos mentales.

Datos recientes han puesto de manifiesto la existencia de diferencias territoriales en la prevalencia poblacional de trastornos mentales, por eso es fundamental conocer como se distribuye la morbilidad psiquiátrica por el territorio para planificar los servicios asistenciales y valorar en que medida se cobren las necesidades de la población.

Los estudios de diferencias territoriales, tanto en lo que se refiere a la prevalencia de morbilidad como los ingresos y tratamientos por problemas mentales, han mostrado importante variaciones entere áreas o regiones. Los factores que pueden justificar estas diferencias son los relacionados con las diferencias sociodemográficas, la diferencia en la oferta de servicios y diferencias en los indicadores de necesidad.

Metodología: Se han utilizado diversas fuentes de información, referidas a tres áreas: prevalencia de personas hospitalizadas por trastornos mentales, prevalencia poblacional de trastornos psicológicos y características sociodemográficas y económicas de las unidades territoriales estudiadas. Se realiza una regresión logística a dos niveles y se analizan los resultados para los dos sexo separadamente.

Resultados y discusión: La prevalencia de personas hospitalizadas por trastornos mentales en el período 1996-99 en Cataluña se encuentra alrededor de 8 casos por 1.000 habitantes, y es un poco superior en los hombres que en las mujeres. Esta cifra presenta una variabilidad territorial, según sector sanitario del paciente, que es importante. Los niveles altos de hospitalización por trastornos mentales se concentran en la zona centre y nordeste de Cataluña y muestran un patrón territorial parecido para ambos sexos.

La distribución territorial por sectores sanitarios, tanto de la prevalencia poblacional como de la de personas hospitalizadas por trastornos mentales, presenta una importante dispersión. Los resultados no muestran una correlación entre las zonas geográficas con prevalencias altas (o bajas) de trastornos mentales y prevalencias altas (o bajas) de personas hospitalizadas.

Los factores que explican la variabilidad territorial de la prevalencia poblacional y de la de personas hospitalizadas por trastornos mentales son aspectos relacionados con las necesidades en salud (principalmente a nivel individual), las condiciones socioeconómicas y la oferta de servicios sanitarios.

Los resultados de este estudio muestran que no es suficiente con las características individuales para explicar la variabilidad territorial de los trastornos mentales (poblacionales y de personas hospitalizadas) sino que también son importantes las de la zona de residencia de las personas. Este hecho tiene implicaciones tanto a la hora de establecer políticas de prevención como para planificar los recursos asistenciales.

Los datos sociodemográficos y económicos que proceden de los sistemas de información disponibles son poco sensibles y específicos para los análisis territoriales en salud. Tampoco la oferta de recursos sanitarios de hospitalización se puede atribuir territorialmente de manera clara. Es necesario potenciar la investigación en el ámbito de la sociología de la salud para mejorar la disponibilidad de indicadores del estatus social, de características del entorno, de los recursos sanitarios y de otros determinantes sociales de los problemas de salud a nivel individual y territorial.

Referencia: Gispert R, Puig X, Autonell J, Ribas G, Giné JM, Coll JJ. [BREU] Estudio de los factores que pueden explicar las diferencias en la prevalencia poblacional y en la de personas hospitalizadas por trastornos mentales entre territorios. Junio de 2004.

- Living Donor Liver Transplantation in Children
AHFMR, Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca

- Audition publique - Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause - Rapport d'orientation
ANAES L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
http://www.anaes.fr

- CCQ (céphalées chroniques quotidiennes) : diagnostic, rôle de l'abus médicamenteux, prise en charge
ANAES L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
http://www.anaes.fr

- Live Donor Liver Transplantation - Adult Outcomes: A Systematic Review
ASERNIP Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures
http://www.surgeons.org/asernip-s/

- Intraoperative Ablation for the Treatment of Atrial Fibrillation
ASERNIP Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures
http://www.surgeons.org/asernip-s/

- El cribado neonatal de la hiperplasia suprarrenal congénita. Aplicabilidad en Galicia
AVALIA-T Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia
http://avalia-t.sergas.es/

- Eficacia diagnóstica y utilidad clínica de la tomografía por emisión de positrones (PET) en la recurrencia del cáncer de mama y ovario
AVALIA-T Axencia de Avaliación de Tecnoloxias Sanitarias de Galicia
http://avalia-t.sergas.es/

Publicaciones del Servicio de Salud del Principado de Asturias

- Guía para el diagnóstico y el tratamiento del Cáncer de Mama en el Principado de Asturias
www.pricast.es

Agenda

I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria "Cuidando a la Comunidad"

Madrid, del 21 al 24 de septiembre de 2005

Fecha límite envío comunicaciones 1 de mayo de 2005

www.faecap.atlasit.com

XXV Jornadas de Economía de la Salud

¿Dónde estamos 25 años después?

Barcelona, 13-15 de julio de 2005

Fecha límite para la recepción de abstracts 30 de marzo de 2005

www.aes.es

Ficha Técnica

EDITA:
Servicio de Salud del Principado de Asturias

PROMUEVE:
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

DISTRIBUYE:
Unidad de Análisis y Programas
Dirección de Atención Sanitaria
Plaza del Carbayón 1 y 2
33001 – Oviedo

REDACCIÓN:
Elvira Muslera Canclini
Carmen Natal Ramos
Mª Dolores Martín Rodríguez

Tfno. 985 10 85 52
Fax. 985 10 85 19
E-mail:
analisis.programas@sespa.princast.es

EDICIÓN:
Ana Gutiérrez Fernández

D.L.: As-1134/2001

EFICACIA DE LA MONITORIZACIÓN FETAL PREPARTO EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO

Introducción: Uno de los principales objetivos de la actuación clínica en la fase final del embarazo y parto es preservar el bienestar fetal y materno, tratando de detectar precozmente los factores de riesgo que los puedan comprometer o alterar. Por lo tanto, la aplicación de cualquier intervención debe buscar, principalmente, la reducción de la mortalidad perinatal. En embarazos normales sin factores de riesgo, la aparición de complicaciones para el feto es infrecuente, pero pueden presentarse de manera súbita.

Hay una serie de métodos, tanto clínicos como complementarios, para la evaluación fetal antes del parto. La cardiotocografía antenatal, test no estresante o registro basal no estresante, se utiliza ampliamente como el primer método de monitorización fetal antenatal. La cardiotocografía, junto con las medidas realizadas con Doppler y las imágenes con ultrasonidos, han reemplazado a las medidas de laboratorio usadas en el pasado. Su indicación más habitual es en embarazos complicados en los que se cuestiona el bienestar del feto, y en embarazos postérmino, cuando hay disminución de movimientos fetales, hipertensión arterial, retraso en el crecimiento o sangrado en la embarazada.

Objetivo: Síntesis de la información científica disponible sobre la eficacia de la monitorización fetal electrónica antes del parto, especialmente en embarazos de bajo riesgo.

Método: Para la elaboración del documento se utilizaron: Informes de Agencias de Evaluación y Revisiones Sistemáticas más recientes, las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el Proceso Asistencial Integrado sobre embarazo, parto y puerperio de la Consejería de Salud de Andalucía y alguna Guía de Practica clínica por considerarla como estándar de actuación habitual.

La intervención que se tuvo en cuenta fue la monitorización fetal electrónica realizada antes del parto frente a cualquier otro tipo de monitorización, por ejemplo auscultación cardiaca intermitente o cualquier otro método alternativo de monitorización fetal.

Las medidas de resultado que se valoraron fueron:

Medidas de resultado de hipoxia fetal: Mortalidad fetal tardía; mortalidad perinatal y morbilidad perinatal (minusvalías en el desarrollo neurológico)

Medidas intermedias: como puntuación de Apgar al primer minuto o ingresos en unidades de cuidados intensivos

Medidas de resultado maternas: Partos con instrumentación (cesárea y parto vaginal instrumental)

Resultados y Conclusiones: Sobre la base de la evidencia disponible, la realización de cardiotocografía previa al parto de forma rutinaria no tiene efecto significativo sobre la mortalidad o morbilidad perinatales. Tampoco lo tiene sobre la incidencia de intervenciones o de inducciones del trabajo del parto.

La calidad de la evidencia disponible sobre la eficacia de la monitorización electrónica fetal antes del parto es débil, aunque se ha encontrado una revisión sistemática rigurosa, los ensayos en que se basa presentan importantes debilidades metodológicas.

Los protocolos recomendados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia dejan la cardiotocografía sólo como una indicación opcional en embarazos de bajo riesgo y a partir de la 40ª semana de gestación.

Referencia: Eficacia de la Monitorización Fetal Preparto en Embarazos de Bajo Riesgo. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Abril 2004.

¿SON COSTE-EFECTIVOS LOS MODELOS EDUCATIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE SUFREN DIABETES?

Objetivo: Evaluar la efectividad clínica y la intervención educativa más coste-efectiva para pacientes con diabetes comparándolas con el cuidado habitual.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de todas las bases electrónicas disponibles, se buscaron también las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados y se realizó una consulta a expertos, a quienes también se preguntó sobre publicaciones adicionales que estos tuvieran recogidas.

Se seleccionaron los ensayos clínicos controlados y los ensayos clínicos aleatorios, siempre y cuando presentaran un seguimiento mayor de 12 meses. Los datos fueron sintetizados de forma narrativa, ya que la diversidad de los estudios no permitió la realización de un metanálisis.

Resultados: Se seleccionaron 24 ensayos que comparaban la educación con un grupo control o con otra intervención educativa. La calidad de los estudios y la metodología empleada por los mismos ha sido baja para los estándares actuales.

Como parte de la intensificación del tratamiento, la educación en pacientes con diabetes tipo I, produjeron mejoras significativas en el control metabólico y en la reducción de complicaciones, en el largo plazo. En la diabetes de tipo II, no se alcanzaron resultados consistentes respecto a las medidas de control metabólico, debido a la diversidad de programas educativos utilizados. También se encontraron resultados inconsistentes respecto al control metabólico de ambos tipos de diabetes, ya que en algunos pocos estudios de baja calidad, se producían efectos significativos.

No se encontraron evaluaciones económicas que comparan el cuidado habitual con las intervenciones educativas.

Conclusiones: La educación, como parte de la intensificación del tratamiento, produce mejoras en el control de la diabetes de tipo I. Los resultados mixtos presentados en la diabetes de tipo II, significan que no está clara la figura educativa que produce los beneficios.

El análisis de los costes y la información recogida indican que en las regiones donde los costes asociados con la educación de los pacientes fueron entre £500-600 por paciente, los beneficios a largo plazo, hubieron de ser muy modestos para ofrecer un perfil coste-efectividad atractivo.

Las investigaciones en el futuro deberían centrarse en ensayos clínicos aleatoarios controlados con diseños claros e hipótesis explícitas con un rango de resultados a evaluar en intervalos más largos.

Referencia: Loveman E, Cave C, Green C, Royle P et al. The clinical and cost-effectiveness of patient education models for diabetes: a systematic review and economic evaluation. HTA 2003; Vol.7: Nº 22.