n.º 3 2004

notas de evaluación

Gobierno del Principado de Asturias

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Indicadores de resultados para medir las actuaciones de los servicios de salud

Puede decirse que es unánime la consideración de que el principal objetivo de un sistema sanitario es conseguir mejoras en la salud de una población, de donde se deduce que se constituirán en indicadores de resultados todas aquellas medidas que puedan representar objetivamente este aumento de la salud o una disminución de los riesgos y efectos adversos en individuos, grupos o población general. Pero también se reconoce, actualmente en los países más desarrollados, que la percepción de la salud expresada a través de las medidas de calidad de vida son, también, una estimación de la contribución que desde el sector sanitario se hace a la salud de la comunidad. De ésta última hemos hablado en la editorial anterior.

Dedicaremos estas líneas a las valoraciones, que podrían denominarse más "objetivas", las que habitualmente se identifican como medidas de resultado. Se definirán, entonces, como resultados del sector sanitario, el impacto de los procesos realizados sobre los hombres y mujeres de la comunidad de referencia. Estos resultados o desenlaces pueden ser cambios favorables, o no, en el estado de salud actual o potencial de esas personas y comunidades que puedan ser atribuidos a la atención sanitaria recibida. Como indicadores de estos resultados se utilizan medidas "duras" como son las relacionadas con la mortalidad y supervivencia, las complicaciones, la incapacidad, los factores de riesgo y el uso de los servicios sanitarios.

La utilización de estos indicadores lleva implícito que para mejorar la salud bastarían las intervenciones sanitarias, obviando los otros determinantes de la salud. No obstante, la influencia de estos determinantes no exime a los servicios de salud de analizar el impacto de sus intervenciones en la población.

Con este propósito, la literatura científica se ha esforzado en desarrollar un marco conceptual para la evaluación de las organizaciones sanitarias que contempla una serie de dimensiones relacionadas con cada una de las metas que éstos deben alcanzar. Consecuentemente, es conveniente identificar indicadores de resultados que sean capaces de valorar en qué medida se alcanzan los objetivos propuestos.

Estas dimensiones son la efectividad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la relevancia y la eficiencia. La efectividad es la dimensión esencial, la razón de ser de los sistemas de atención sanitaria y sintetiza su funcionamiento global; dentro de esta dimensión se encuentran aspectos tales como la seguridad (evitar riesgos y daños), la calidad técnica, la adecuación, la continuidad de la atención. La equidad valora el grado en que las personas tienen la misma oportunidad de recibir una atención efectiva. La accesibilidad valora cómo la organización optimiza la distancia y el tiempo hasta la prestación del servicio. La aceptabilidad se refiere al grado de satisfacción que reconocen las personas atendidas. La relevancia aporta información sobre la forma en que se establecen las prioridades -¿cuáles son los problemas de salud prioritarios?- y la eficiencia, finalmente, valora cómo se alcanzan los mayores beneficios para la comunidad con los recursos dados. La experiencia práctica de estas dimensiones puso de manifiesto que éstas tienden a solaparse y que es posible desarrollar grupos de indicadores en áreas intermedias y que en muchos casos estarán sólo disponibles las medidas de productividad, que son las que estiman la relación entre recursos y resultados.

Pero en cualquier caso, disponer de un conjunto de indicadores de resultado, aun cuando muchos de ellos contemplen resultados intermedios, es decir, evalúen procesos, permitirá a las organizaciones hacer comparaciones en tres direcciones. Una, que señale el grado de cumplimiento de las metas y objetivos que la propia organización se ha marcado; otra, que valore las distancias que la separan del resto de organizaciones de su entorno, y una tercera, que al contemplar ciertos aspectos cualitativos, como son los que tienen que ver con la aceptabilidad y la relevancia, sea posible responder no sólo a la demanda de servicios que realiza la ciudadanía, sino también a sus preferencias.

sumario

Evaluación de las intervenciones sanitarias para dejar de fumar

Varias intervenciones han mostrado ser eficaces y coste-efectivas, pero han de adecuarse a las necesidades del fumador

2

Decisiones informadas: una (e)lección de sexo

Tanta atención por el sexo de la descendencia es una conducta inherentemente sexista

Actitudes sociales y expectativas juegan un papel importantísimo en la construcción del rol de género y de conducta social

3

Notas bibliográficas

Algunas publicaciones de las Agencias pertenecientes a la red INAHTA del año 2003, que se encuentran disponibles en páginas web:

Infections nosocomiales: comment interpréter les taux? L'exemple des infections du site opératoire

ANAES, L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

www.anaes.fr

Post-Vasectomy Testing to Confirm Sterility: A Systematic Review ASERNIP Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures

http://www.surgeons.org/open/asernip-s.htm

Planificadores 3D y simulación del tratamiento. Situación en España. Supervivencia asociada a su aplicación.

AVALIA-T Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia
Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

http://www.sergas.es/gal/default.asp

Evaluación de la eficacia y efectividad del cribado poblacional del cáncer colorrectal. Aplicabilidad en el Sistema Nacional de Salud.

AVALIA-T Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia
Subdirección Xeral de Planificación Sanitaria e Aseguramento

http://www.sergas.es/gal/default.asp

Evaluación de la necesidad clínica y de los criterios estructurales, técnicos y humanos de un centro de referencia para la atención de las personas con acondroplasia.

CAHTA (AATM) Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research

www.aatm.es

Stems recubiertos de fármacos antiproliferativos para el tratamiento de la estenosis coronaria.

CAHTA (AATM) Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research

www.aatm.es

EVALUACIÓN DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES SANITARIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Introducción: El tabaquismo es considerado en la actualidad el mayor problema de salud pública prevenible de los países desarrollados. Dado que la dependencia del tabaco está reconocida como trastorno mental y del comportamiento, es decir, como una enfermedad, resulta necesario conocer cuáles son las mejores estrategias terapéuticas que permitan disminuir la prevalencia de este problema, sobre todo teniendo en cuenta que España es uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia de tabaquismo.

Objetivo: El objetivo del trabajo es proporcionar información sobre la evidencia científica de la eficacia y efectividad de las mejores alternativas de tratamiento del tabaquismo disponibles.

Metodología: El informe se basa en una revisión bibliográfica sistemática, exhaustiva y estructurada sobre todos aquellos trabajos existentes en la literatura científica que revisan los distintos métodos terapéuticos disponibles para lograr la deshabituación tabáquica.

De manera paralela, en el informe se incluye información sobre las distintas estrategias de apoyo asistencial para dejar de fumar implantadas en cada una de las Comunidades Autónomas españolas, de manera que se pueda establecer cuál es la situación actual en nuestro país. Esta información ha sido recogida a través de un cuestionario elaborado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) y por la Subdirección de Promoción de la Salud y Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública.

Resultados: Se presentan las distintas intervenciones para las que existe evidencia científica de alta calidad sobre la eficacia terapéutica. Los resultados se basan en el efecto combinado observado en los ensayos aleatorios controlados disponibles. Como medida sumarizada de resultado (eficacia de la intervención), se expone la razón entre las tasas de abstinencia a medio plazo (6-12 meses) observadas en el grupo de tratamiento respecto al grupo de comparación o control, expresada como odds ratio (OR) y su intervalo de confianza al 95%. De tal manera que un OR de 2 se interpreta como que el tratamiento duplica el porcentaje de abstinencia a medio plazo respecto al grupo control.

Las evidencias científicas disponibles permiten considerar como fármacos de primera línea para la deshabituación tabáquica la terapia sustitutiva de nicotina en sus distintas presentaciones (TSN) y el bupropión. La indicación debe valorarse en fumadores que han expresado su deseo de dejar de fumar, están en la fase de preparación/acción de realizar un intento serio y con un consumo de 10 o más cigarrillos al día.

Tanto la TSN como el bupropión deberían prescribirse dentro de un programa reglado de tratamiento de la adicción, en el cual el fumador establece una fecha en la que dejará por completo de fumar y contará con el apoyo asistencial necesario. Ambos fármacos tienen contraindicaciones y situaciones especiales de indicación que deben ser adecuadamente valoradas por un profesional médico.

La valoración del uso de terapia farmacológica debe realizarse tras un diagnóstico del estatus del fumador, así como de su historia clínica personal, para poder adaptar a cada caso el tratamiento según ciertos aspectos importantes a considerar: a) Nivel de intención y motivación para dejar de fumar; b) La disponibilidad del asesoramiento o ayuda; c) Historia de intentos de abandono anteriores y procedimientos de ayuda utilizados; d) Valoración de contraindicaciones y potenciales efectos nocivos y e) Preferencias personales del fumador en el uso de una u otra terapia.

El tratamiento farmacológico es considerado como un complemento del apoyo motivacional, especialmente útil en las primeras fases de la intervención para afrontar los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar. La evidencia científica sobre la eficacia de los fármacos de primera línea es de alta calidad basada en ensayos aleatorios controlados. Sin embargo, es necesario disponer de información de calidad sobre la efectividad a medio y largo plazo (mantenimiento de abstinencia en periodos superiores a 1 año), e impacto global a nivel poblacional del incremento en el uso del tratamiento farmacológico sobre las tasas poblacionales de abandono del tabaquismo y consolidación de la abstinencia.

Varias intervenciones han mostrado ser eficaces y coste-efectivas, pero además han de adecuarse a las necesidades del fumador

En el Reino Unido se ha estimado que el coste adicional por año de vida ganado logrado con el consejo médico o consejo intensivo para dejar de fumar comparado con no hacer nada es menor a 1.000 libras esterlinas (1.439 €), y se sitúa entre 1.000 y 2.400 libras (1.439-2.758 €) para la terapia sustitutiva de nicotina, entre 640-1.500 libras (921-2.158 €) para el bupropión y entre 900 a 2.000 libras (1.295-2.878 €) para el tratamiento combinado.

Conclusiones: Existen distintas intervenciones asistenciales para el tratamiento del tabaquismo y para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo que han demostrado ser eficaces y coste-efectivas y que deben ser utilizadas de forma adecuada a las necesidades de cada fumador que solicita apoyo para dejar de fumar.

El registro sistemático de la condición de

fumador en la historia clínica de cada paciente y el consejo médico oportunista para dejar de fumar deben constituir una práctica rutinaria generalizada en el ámbito de la Atención Primaria de salud, siendo ésta una de las aproximaciones más eficientes.

Sería prioritario garantizar el acceso a las intervenciones más intensivas requeridas especialmente por fumadores con alta dependencia, graves problemas de salud y alto riesgo que no han logrado dejar de fumar con intervenciones de nivel inferior de intensidad. Una pequeña proporción de fumadores podría beneficiarse de tratamientos intensivos en unidades especializadas o en grupos de apoyo intensivo ofrecidos desde la Atención Primaria. Los fumadores de alto riesgo (con enfermedades debidas o agravadas por el tabaquismo, mujeres embarazadas...) deben tener prioridad en el acceso a los tratamientos más eficaces disponibles.

Debería considerarse también una prioridad la oferta de tratamiento del tabaquismo a los profesionales sanitarios, dada su responsabilidad en el ofrecimiento de apoyo asistencial a los fumadores y su carácter modélico. Esta intervención es necesaria y urgente, dada la aún elevada prevalencia de tabaquismo detectada en este sector en nuestro país.

Referencia: Lydia Gorgojo Jiménez y otros. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. AETS, setiembre, 2003.

DECISIONES INFORMADAS: UNA (E)LECCIÓN DE SEXO

Introducción: Los determinantes y la determinación del cociente o razón de sexos han intrigado a la humanidad desde muy antiguo. El sexo del recién nacido, inevitablemente, tiene implicaciones familiares, sociales, culturales, médicas y biológicas. Pocos otros aspectos del desarrollo humano pueden ser más significativos que el propio género; constituye un hecho central en la identidad de uno mismo como ser humano.

Las técnicas de selección de sexo: Preconcepción o antes de la fertilización: 1) mediante la selección de espermatozoides (con el cromosoma X o Y) para producir embriones varones (XY) o mujeres (XX); 2) antes de que los embriones sean transferidos a la mujer (preimplantación) creándose los embriones por fecundación in vitro (FIV) y seleccionándose mediante diagnóstico genético preimplantatorio (DGPI) aquellos embriones con el sexo particular que se desee para transferir; 3) una vez que el embarazo está establecido (postimplantación), mediante el diagnóstico genético prenatal y la terminación del mismo (aborto) para así detener el desarrollo de un feto de sexo no deseado.

Las técnicas de selección de sexo antes de la concepción se basan en la separación y selección de espermatozoides (sperm sorting) que lleven el cromosoma X de aquellos con el cromosoma Y. Se fundamentan en diferencias identificables entre estas células, siendo la principal distinción reconocible el mayor tamaño del cromosoma X y el mayor contenido de ADN. La citometría de flujo utiliza un colorante fluorescente que se une al ADN de los cromosomas, siendo separados posteriormente los espermatozoides mediante un láser que induce la fluorescencia. Constituye una técnica patentada que aún no dispone de la autorización de la Food and Drug Administration (FDA) americana para su comercialización. La literatura médica sobre la efectividad y seguridad de la técnica de citometría de flujo en células humanas, espermatozoides, es relativamente escasa. Según muestran los pocos estudios existentes, parece ser más efectiva para "producir" niñas (precisión alrededor del 90-95%) que niños (precisión del 75-80%). El procedimiento significa una pérdida sustancial de espermatozoides, por lo que se requiere un número mínimo de espermatozoides móviles que puedan ser utilizados posteriormente para inseminación artificial (también puede utilizarse FIV/inyección intracitoplasmática (ICSI)).

En ciertas culturas y por condiciones sociales y económicas diversas, la selección de sexo se ha desarrollado considerablemente, favoreciéndose los varones. Esto ha sido gracias a la difusión de las incruentas técnicas de ecografía y el aborto selectivo. En estas culturas donde aún impera este afán, las técnicas preconcepcionales de selección de espermatozoides pueden tener un gran mercado potencial. En China nacen en la actualidad 117 varones por cada 100 mujeres, cuando a finales de los 70 la razón de sexo estaba próxima a 106. Sin duda han influido las políticas de control de la población y del tamaño de las familias, aunque desequilibrios semejantes se constatan en la India y Corea del Sur.

Tanta atención por el sexo de la descendencia es una conducta inherentemente sexista

No suele ser éste el caso de las sociedades postindustriales, donde no parece existir una determinada preferencia o, como algunas encuestas más modernas muestran, esta preferencia podría ser hacia las mujeres.

Aspectos legales: Las técnicas de selección de sexo (preconcepción, preimplantación, prenatal) no deberían conducir a creer que con las mismas se pretende determinar el sexo de un embrión o criatura. Estos métodos brindan la posibilidad de elección (y rechazo) entre un rango diferentes de gametos, embriones o fetos.

En las legislaciones, que en diferentes países regulan la reproducción humana asistida (RHA), las técnicas de diagnóstico preimplan-

Molecular diagnosis for hereditary cancer predisposing syndromes: genetic testing and clinical impact.
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
http://www.ccohta.ca

Auto-titrating nasal continuous positive airway pressure systems in the management of obstructive sleep apnea.
CCOHTA Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment
http://www.ccohta.ca

Strong inorganic acid mists containing sulphuric acid; Evaluation of the carcinogenicity and genotoxicity.
GR Health Council of the Netherlands
http://www.gr.nl

Diagnostic and therapeutic modalities for coronary artery disease
MSAC Medical Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

Placement of artificial bowel sphincters in the management of faecal incontinence
MSAC Medical Services Advisory Committee
http://www.msac.gov.au

Early thrombolysis for the treatment of acute myocardial infarction: a systematic review and economic evaluation
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the Serum, Urine and Ultrasound Screening Study (SURUSS)
NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment
http://www.hta.nhsweb.nhs.uk

The effectiveness of pharmacological therapies for young people and adults with Autism Spectrum Disorder (ASD)
NZHTA New Zealand Health Technology Assessment
http://nzhta.chmeds.ac.nz

Agenda

5th European Conference on Health Economics

London, 8-11 September 2004

London School of Economics and Politial Science

www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare

Formación específica 2004 gcSalud

Curso: Nuevas tecnologías y sus repercusiones en el sistema sanitario

Oviedo, 15-17 de octubre 2004

Parque Tecnológico de Asturias (Llanera)

http://tematico.princast.es/trempfor/iaap/iaap2003/zona_publica.cfm

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

D.L.: As-1134/2001

tatorio de los embriones suelen estar reguladas y limitadas a ciertas circunstancias -razones médicas- y las técnicas de selección de espermatozoides no disponen de un marco legal bien definido. Tanto en España como en el Reino Unido, Canadá o Australia (Estado de Victoria) no se permite la selección de sexo médicamente asistida por razones no médicas. Tampoco en Austria, Francia, Alemania, Noruega o Suecia.

Todas estas regulaciones, sin embargo, han surgido antes de la introducción de las técnicas prefertilización con citometría de flujo. Como se reconoce, las leyes que gobiernan y rigen el uso de tecnologías de RHA suelen ir por detrás de la misma tecnología siendo en ocasiones obsoletas en el mismo momento de su promulgación, aunque también hay que admitir que difícilmente la ley puede entrar a contemplar o responder a todas las complejas circunstancias individuales que caracterizan esta área.

Para algunos autores, la prohibición de la selección de sexo por razones no médicas presente en algunos países es una completa inconsistencia, aunque tanto la Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina, como la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo se oponen a la selección de sexo por razones no médicas. En los países donde los censos poblacionales muestran una tendencia creciente al desequilibrio de sexos como en China, India y Corea del Sur, se han introducido recientemente medidas legislativas para combatir la situación. Aun reconociéndose que son más importantes las intervenciones educativas que las iniciativas legales, algunos autores consideran que la ley, aunque se incumpla, tiene la virtud simbólica de reafirmar la igualdad de género y que si se permitiese legalmente la selección de sexo por razones sociales sería un mensaje equivocado en el sentido de que la sociedad aprueba la desigualdad de género.

Aspectos sobre consumo de recursos: El hecho de que una criatura sea de un sexo "equivocado"según el punto de vista de algunas familias, sea varón o mujer, no puede en ningún caso definirse como enfermedad, como tampoco los progenitores que solicitan la determinación y selección del sexo en su progenie por razones no médicas pueden ser considerados pacientes o enfermos, aunque algunos autores los mencionen como tales y algunos incluso sugieran una disfunción psicológica subyacente.

No hay tampoco que olvidar que la distribución de los recursos es un problema de primera magnitud en lo que se refiere a la salud. La selección de sexo por motivos no terapéuticos nos sitúa frente a la alternativa que opone la toma de decisiones con arreglo a criterios estrictamente individuales o su resolución atendiendo a planteamientos de interés colectivo.

Ética kantiana y utilitarista: Antes de cualquier juicio moral, hay que preguntarse si la nueva tecnología, la nueva aplicación instrumental del conocimiento científico, puede provocar algún daño en los individuos a los cuales se pretende aplicar o si este daño puede ser extensible a la comunidad, a la sociedad o a la humanidad en su conjunto. La valoración del riesgo, sin embargo, no resulta simple, especialmente cuando este riesgo se refiere a la esfera social o psicológica. En muchos casos, éstos se desconocen o no están al alcance, siendo entonces difícil diferenciar la evaluación del riesgo de la simple opinión o prejuicio.

Desde un punto de vista de posibles consecuencias, las principales cuestiones que pueden surgir harían referencia a la discriminación por razón de género y a la alteración futura en la razón y equilibrio, nunca exacto, de sexo en la especie humana. El punto de vista feminista afirma que tanta atención por el sexo de la descendencia es una conducta inherentemente sexista, especialmente en el caso del primogénito, y más si se tiene en cuenta cómo las actitudes sociales y las expectativas juegan un papel tan importante en la construcción del rol de género y de conducta social.

Actitudes sociales y expectativas juegan un papel importantísimo en la construcción del rol de género y de conducta social

Discriminación y libertad reproductiva: Algunos autores señalan la paradoja de que, atendiendo a la libertad reproductiva y asumiendo que no exista ningún tipo de coerción externa (social o personal), no tendría que haber problema en dejar a aquéllos que disponen de recursos suficientes que lo puedan adquirir. La libertad, en este sentido, está cuando la gente es libre de hacer aquéllo que no es conforme a los valores de otros, siempre y cuando no haya prejuicios a terceros ni al conjunto de la sociedad. Su prohibición sería contradictoria cuando a los progenitores se les concede libertad absoluta para elegir los condicionantes ambientales o externos que pueden contribuir, en gran manera, a configurar el carácter y personalidad de sus niños o niñas.

Podría también afirmarse que, ante la duda, estar a favor de la libertad, en este caso libertad reproductiva, incluye la selección de sexo de la progenie. Pero no puede haber libertad sin responsabilidad, de la misma forma que a la libertad y autonomía de los individuos hay que añadir otras cuestiones relevantes que hacen referencia a la justicia (justicia distributiva e igualdad de oportunidades), al potencial daño (que se inflinge o se evita) y a las obligaciones de las generaciones presentes sobre las futuras.

Referencia: Joan MV Pons, Decisiones informadas: una (e)lección de sexo. AATRM, octubre 2003.