

Sendagairik onena, prebentzioa

Prebentzio politikak zer kostu eta zer eraginkortasun duten ikertzen denean, immunizazio alorrekoak izaten dira ikerketarik gehienak. Honako txerto hauek eraginkortzat jotzen dituzte: B hepatitisaren aurkako txertoa (nerabeentzat), A hepatitisaren aurkako (arrisku handiko helduentzat) eta pneumokokoaren aurkako (60 urtetik gorakoentzat)



KOMUNITATE zientifikoak aho batez onartu du diagnostikoa. Ez dago prebentzioa baino sendagai hoberik hainbat gaitzi aurre egiteko: minbiziari, infekzioei, bihotzeko eritasunei, birusek eragindakoei eta endekapenezkoei. Osasun arlo guztietan ugari-tu dira prebentzio ekimenak, baina behin kanpainak amaitzen direnean, ia inork ez du egiten ebaluazio-ikerketarik, eta analisi ekonomikoak egiteko lanik ere ez dute hartzen, nahiz eta jakin alderdi ekonomikoa funtsezkoa dela: baliabideak urritzen dituztenean, horri heldu behar izaten zaio lehentasunak jartzeko.

Baliabideen eta emaitzen artean zer lotura dagoen jakiteko, ebaluazioa egitea behar-beharrezkoa da, baina osasun publikotik prebentzioaren arloan egiten diren jardura asko eta asko bere horretan bukatzen dira; milioika euro gastatu bai, baina gero ez da jakiten zer emaitza eman duten eta zenbateraino izan diren eraginkorrak.

Espanian egin izan diren ebaluazio ekonomiko guztiak aintzat hartuta, bostetik bakarra soilik egin dute prebentzioaren gaiei lotuta. Ebaluazio terminoa maiz samar erabiltzen da, baina ez beti behar bezala. Programa edo ekimenen bat abian jarri eta aldatetaren bat gertatzen denean –mese-derako, jakina–, esku-hartze horren ondorioztat jotzen da maiz, joera hedatu samarra da hori, baina inork ez du aintzat hartzen agian beste azalpen alternatiboren bat eduki dezakeela aldatetarako, eta, halaber, inor gutxi hartzen du lana emaitzak kontrol talde batekin aztertzeke. Badira, ordea, hori baino gauza itxuragabeagoak: askotan, programaren arduradunek

berek jartzen dituzte ebaluaketa irizpideak, eta horrek kolokan jartzen du objektibotasuna.

Sendagaiak prebentzio-helburuekin erabiltzea ere ez da medikuen begikoa. Proba horiek erietxe publiko eta pribatuetan egiten dituzte, baina horietako asko laborategiek finantzatzen dituzte, gero sendagaiak merkatuan salduko dituzten laborategi horiek berek.

Analisi zorrotzak

Herrialde anglosaxoiek hamarkadak daramatzate ebaluazio zorrotz eta zehatzak eginez, analisi ekonomiko egokiak izaten dituzten ebaluazioak. Horren adibide da Ameriketako Estatu Batuetan egin duten ikerketa bat, zeinak aztertu baitu zer arrazoi-erengatik gutxitu den azken urteetan bihotzeko gaixotasunen ondorioz hil direnen kopurua. Guztiak onartzen duten estatistika eredu bat erabilita (IMPACT), honako ondorio hau ateratu dute: arrisku faktore nagusien inguruko aldatetarako (kolesterolak, hipertentsioa, tabakismoa, ariketa fisikorik eza) % 50eko eragina izan dute, eta beste % 50a terapia mediku-kirurgikoek lortu dute (bypass-ek, angioplastiak, infartuen aurkako hasierako tratamenduek...).

Espanian ere egin dute ikerketa bat bihotzeko gaitzen inguruan, Kostu-Onura Orokortuen Analisia izenekoa, eta zera erakutsi du: bihotzeko gaixotasun iskemikoak sendatzeko egin diren aurrerapen medikuak zenbat kosta diren ikusi eta zer emaitza eman duten aztertuta, emaitzak kostuen gainetik daude. Inbertsioa, beraz, errentagarria izan da.

Kostuaren eta eraginkortasunaren arteko harremana

Herbehereetan, bestalde, ikerketa lan bat egin dute gizentasunaren eta tabakismoaren inguruan, eta zalantza filosofiko eta etikoak sortu dira. Kostuaren eta onuraren ikuspegitik aztertuta, argi samar dago epe motzean kostuak gutxitzen direla gizentasunaren aurkako prebentzio neurriak hartuta, pisu gehiegia lotuta dauden gaixotasunak saihesten direlako; baina epe luzera, aldiz, kostuak handitu egiten dira, pisu normala duten pertsonak, izan ere, luzaroago bizi izaten dira, eta zenbat eta urte gehiago bizi, orduan eta gaixotasun gehiago izango dituzte, eta dirua behar da horiei erantzuteko.

Espanian, gehienbat immunizazioen atalean neurtu izan dute kostuen eta eraginkortasunaren arteko harremana. Ikuspegi horretatik begiratuta, txerto batzuk eraginkortzat jo dituzte: B hepatitisaren aurkako txertoa (nerabeentzat), A hepatitisaren aurkako (arrisku handiko helduentzat) eta pneumokokoaren aurkako (60 urtetik gorakoentzat).

Txerto guztiak ez da berdin gertatzen, ordea. Osasun sistema publikoaren barruan sartu duten azken txertoetako batek, giza papilomaren birusari aurre egiteko txertoak (GPB), hain zuzen, zeresana eman du. Ameriketako Estatu Batuetan eta Erresuma Batuan egin duten ikerketa batek ebaluazio ekonomikoa egin du, eta ikuspegi ekonomikotik, zalantzan jarri du haren eraginkortasuna. Minbiziari aurka egiteko txertoa da, eta onurak ekar litzakeela sinetsita ere, adituek adierazi dute gaur egun

ezin dela jakin zenbat urtetarako immunizatuko dituen pertsonak, zein adinetan ematea komeni den edo nola erantzungo dion umetoki-lepoko minbiziari. Adituek ohartarazi dute milioika neska osasuntsuri jartzen dietela txertoa, baina inork ez duela frogatu epe luzera eraginkorra izango ote den. Antzeko arrazoietan oinarrituta, Australiak, adibidez, uko egin dio txertoa diru publikoz finantzatzeari; herrialde hori aitzindaria izan da agentzia independenteak sortzen eta eraginkortasun-irizpideak erabiltzen (kostuen eta eraginkortasunaren arteko oreka neurtzen).

Azkenik, ez da ahaztu behar lehenago zer gertatu izan den beste zenbait prebentzio neurriekin. Orain dela urte batzuk, honako hau baieztatu zuten Espainiako Ginekologia eta Obstetria Elkarteak eta Menopausia Ikertzeko Espainiako Elkarteak: "Hormo terapia ordezkatzailerak da tratamendurik onena sintoma klimaterikoak onbidetzeko, eta bost urtez tratamendua hartzen duten emakumeei onura gehiago egiten die kaltea baino". Gaur egun eskura ditugun datuei esker, baina, badakigu lotura zuzen-zuzena dagoela terapia horren eta bularreko minbiziaren artean. Terapia hori erabiltzeari utzi ahala, gutxitu egin da minbizi mota hori, eta bata bestearen ondorio dela baieztatu dute. //

