

El autor refleja la complicada relación entre la contención del gasto sanitario y las inversiones en



tecnologías. A su juicio, de la adecuada evaluación de éstas depende enormemente su rentabilidad.

Juan del Llano Señarís

Director del Programa Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios del Instituto Universitario de Administración y Dirección de Empresas (Icade)

Tecnologías de la salud

La Ley General de Sanidad de 1986 marca el paso de una fase contractiva del gasto sanitario público a un periodo de marcada expansión que se extiende hasta la actualidad -explicable por el aumento de la población cubierta, su envejecimiento, la aparición de nuevas enfermedades, la alta prevalencia de las enfermedades relacionadas con estilos de vida, refractarias al tratamiento, así como la eclosión de nuevas tecnologías que suelen ser más costosas, el aumento de la demanda, el incremento de la estructura asistencial, tanto de la atención primaria como de la hospitalaria..., en el que el gasto sanitario se sitúa por encima del crecimiento de la economía y eleva así en algo más de un punto su participación porcentual en el PIB.

Esto ha provocado un problema de financiación acentuado por el decaimiento de la economía sin que por ello se moderase el gasto. La pregunta es: si la proporción del gasto sanitario sobre el PIB se está manteniendo en un momento en el que el segundo crece por debajo del primero, ¿a expensas de qué lo hace y qué es lo que conseguimos a cambio de ese gasto?. Es esta pregunta la que nos parece más relevante. Lo importante es conocer si el gasto que estamos destinando al sector está produciendo los resultados esperados. Para hacer frente a las principales causas de morir y enfermar, además de la adopción de estilos de vida saludables, contamos con un arsenal diagnóstico y terapéutico nada desdibujado si lo comparamos con el existente hace tan sólo cincuenta años.

En cualquier caso y dada la febril innovación tecnológica, la limitación de los recursos sanitarios es un tema crítico. La limitación significa elegir entre diversas alternativas y hacer un uso eficiente de la elegida. La evaluación desde una perspectiva social y económica -minimización de costes, coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad- puede ser de ayuda. Pero lo es también, desde una perspectiva individual, la evaluación de la efectividad de las tecnologías preventivas, diagnósticas y terapéuticas; y es aquí donde irrumpe desde hace cinco años la medicina basada en la evidencia (MBE). Esta pretende que las decisiones clínicas estén basadas en evidencias sólidas y robustas procedentes de la mejor investigación clínica.

La MBE propugna un modelo para la toma de decisiones que incluye la experien-

cia del clínico, las preferencias del paciente y la evidencia procedente de la investigación clínica.

Como médicos que ejercemos la medicina o como pacientes que nos podemos beneficiar de ella, lo que más nos interesa es la efectividad de lo que hacemos o de lo que nos hacen. El actual desarrollo de las tecnologías de la información permite cuantificar con precisión los resultados de las distintas opciones terapéuticas empleadas en un determinado servicio clínico. Los avances en calidad asistencial y desarrollo de protocolos están ayudando a ello, así como la informatización de la historia clínica. Si las organizaciones maduraran adecuadamente y en consonancia con el desarrollo tecnológico, todo paciente atendido en ese determinado servicio podría ser incorporado a una cohorte y seguido a tiempo real. Esto supondría un cambio de paradigma y una transformación profunda de la práctica de la medicina donde el énfasis se hiciera en la medición de resultados.

Ambos planos, el socioeconómico y el individual, pueden confluir. El punto de encuentro entre los análisis de evaluación económica y la medicina basada en la evidencia puede ser el cumplimiento de una serie de criterios que hay que emplear en la priorización de los procesos de evaluación de las tecnologías sanitarias. Así, un alto cumplimiento de criterios supondría la adopción y difusión de la misma por los clínicos, con el beneplácito de la Administración que la incluiría en su catálogo para el reembolso público.

Entre estos criterios destacaríamos: que la tecnología sea evaluable, es decir, que cuente con información relevante disponible; que su uso tenga una importancia potencial para la salud y la preservación del bienestar y calidad de vida; que pueda ser empleada en segmentos importantes de la población, como patologías crónicas frecuentes y recurrentes; que afecten a un problema de salud específico suficientemente definido; que su utilización suponga un impacto económico significativo; que modifique aspectos de la práctica clínica... Aunque puedan surgir discrepancias provenientes de la disciplina base empleada en cada plano y de sus expertos, la economía en el social y la epidemiología clínica en el individual, al avanzar generando sinergias en el uso de sus respectivas metodologías, es el camino deseable.