

Beneficios tangibles e intangibles de las nuevas tecnologías sanitarias

Carlos Emparán

Director gerente. Fundación Hospital Calahorra. Editor de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL.

Correspondencia: Carlos Emparán.

Dirección Gerencia. Ctra. de Logroño, s/n.

26500 Calahorra. La Rioja. España.

Correo electrónico: cemparán@fhcalahorra.com

La decisión de incorporar a cualquier organización sanitaria equipos caros, materiales de alta tecnología o nuevos medicamentos de precios prohibitivos constituye una de las pesadillas de los gestores, que puede llegar a representar incluso una fuente de conflictos personales cuando entran en juego las diversas perspectivas que conviven en una misma persona en la que pueden llegar a concurrir la de gerente de un hospital y cirujano, por ejemplo. En una tesitura en la que los presupuestos hospitalarios obligan a razonar todas y cada una de las compras, en algunos centros se ha optado por modelos de solicitud de compra de materiales especiales que toman como base los beneficios tangibles e intangibles que las nuevas tecnologías aportan al proceso asistencial de atención a los pacientes.

En estos modelos, la evaluación de nuevo material sigue un proceso de selección riguroso, basado en criterios científicos en los que se valoran los beneficios tangibles e intangibles de la nueva incorporación tecnológica. Inicialmente se aplica un desarrollo contable del procedimiento asistencial en el que se valoran todos los costes aplicables al proceso desarrollado. Es lo que se denomina la zona de beneficio-déficit tangible. Esta fase de selección es fácilmente asumida por todas las partes y, en general, suele resultar en un gasto económico importante que, de entrada, anima a "todo buen gestor" a desechar la propuesta de inversión realizada por los equipos asistenciales. Sin embargo, esta zona de beneficio-déficit tangible suele ser engañosa, ya que en la aplicación de nuevas tecnologías es necesario valorar de forma adecuada la evolución natural de su implantación. En nuestro centro, y para esta segunda fase, seguimos la metodología de evaluación del Massachusetts General Hospital¹, empleando modelos de decisión de Markov-Montecarlo. El empleo de estos modelos permite realizar una proyección de los costes y beneficios a corto, medio y largo plazo de las estrategias innovadoras^{2,3}. De esta manera los "déficit" creados por los costes directos de la nueva tecnología en la fase hospitalaria o, más exactamente, en la quirúrgica quedan matizados. El punto de vista de los gestores puede verse sustancialmente modificado, por ejemplo respecto a la inclusión en la cartera de servicios de herniorrafias con malla o laparoscópicas¹ o de nuevos modelos terapéuticos⁴, si se realiza una proyección económica a medio o largo plazo empleando estos modelos de simulación estadística. Reducciones dramáticas en estancias medias de 30 a 10 días, con beneficios de millones de euros al aplicarse en 50 o más pacientes⁴, disminución de recurrencias del 7 al 2% con disminución de incapacidades labo-

rales¹, supervivencias prolongadas o disminución de reingresos permiten evaluar en su justa medida el valor real de la mencionada aportación tecnológica. Los modelos de Markov, las reincorporaciones laborales y los cuestionarios de calidad de vida del estilo del Medical Outcomes Survey Short Form 36 (MOS SF-36) permiten evaluar de forma global determinados beneficios intangibles que nunca están al alcance una evaluación económica intrahospitalaria convencional: el número de horas dedicados a rehabilitación, la reincorporación laboral de paciente, o la calidad de vida percibida por el paciente. Se trata de beneficios "intangibles" que también tienen un importante impacto económico en la gestión del proceso asistencial del paciente.

La inclusión de nuevas tecnologías y su adecuada evaluación sólo puede ser correctamente determinada cuando el proceso asistencial se inicia desde el momento en el que el paciente sale de su domicilio con un problema, hasta que finalmente se considera resuelto en su domicilio. Los gastos asumidos por el sistema durante el proceso pueden asumir probablemente el coste de la nueva aplicación tecnológica si se enfoca el proceso desde una perspectiva global. Los gerentes no deberían pensar exclusivamente que un laboratorio o una firma comercial están detrás de la aplicación tecnológica que se quiere aplicar "como un juguetito y, a capricho de los médicos". Es labor de todos realizar una adecuada valoración de las nuevas aplicaciones tecnológicas para no perder en el camino los beneficios, tangibles o intangibles, que determinadas inversiones económicas pueden aportar a los pacientes y al propio sistema de atención sanitaria.

Bibliografía

1. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. A cost-utility analysis of treatment options for inguinal hernia in 1,513,008 adult patients. *Surg Endosc* 2003;17:180-9.
2. Rosen J, Hannaford B, Richards CG, Sinanan MN. Markov modeling of minimally invasive surgery based on tool/tissue interaction and force/torque signatures for evaluating surgical skills. *IEEE Trans Biomed Eng* 2001;48:579-91.
3. Peek NB. Explicit temporal models for decision-theoretic planning of clinical management. *Artif Intell Med* 1999;15:135-54.
4. Emparan C, Wolters H, Laukotter M, Dame C, Senninger N. Cost-effectiveness analysis of basiliximab induction and calcineurin-sparing protocols in "old to old" programs using Markov models. *Transplant Proc* 2003;35:1324-5.