

4. Díez Manglano J. Análisis coste-efectividad y coste-beneficio del tratamiento con bloqueadores beta de la insuficiencia cardíaca congestiva en España. *Rev Clin Esp.* 2005; 205:149-56.
5. Prieto L, Sacristán JA, Antoñanzas F, Rubio-Terrés C, Pinto JL, Rovira J; Grupo ECOMED. Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Med Clin (Barc).* 2004;122:505-10.
6. Álvarez-Dardet C. Razones para no decidir con prisas. *El País*, 6 de noviembre de 2007.
7. Cohen DJ, Bakhai A, Shi C, Githiora L, Lavelle T, Berezin RH, et al. on behalf of the SIRIUS Investigators. Cost-effectiveness of sirolimus-eluting stents for treatment of complex coronary stenoses. *Circulation.* 2004;110:508-14.
8. Rejas J. Valoración económica de ziprasidona en el tratamiento de la esquizofrenia. *Rev Esp Econ Salud.* 2003;2:366-78.
9. García Ruiz AJ, Leiva Fernández F, Martos Crespo F. Análisis del coste-eficacia del tiotropio frente al ipratropio y salmeterol. *Arch Bronconeumol.* 2005;41:242-8.
10. Department of Health. Programme budgeting. London: DoH; 2002.
11. Barrett A, Roques T, Small M, Smith RD. How much will herceptin really cost? *BMJ.* 2006;333:1118-20.
12. Pinto JL, Martínez JE. Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares. *Ekonomiaz.* 2006;60:192-209.

Comentario. De metodología, coste-efectividad y decisiones posibilistas: comentario y alternativa al artículo de Pinto et al

(On methodology, cost-effectiveness and possibilist decisions: commentary on and alternative to the article by Pinto et al)

Joan Rovira

Departamento de Teoría Económica, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

Correspondencia: Joan Rovira.

Correo electrónico: elrovira@yahoo.com

En los últimos años, la calidad y la validez de los estudios de evaluación económica han mejorado sustancialmente. Sin embargo, la relación entre los resultados de los estudios y las decisiones que llevan a una asignación eficiente de recursos no está muy clara para los decisores, lo que en parte puede atribuirse a la incapacidad de los expertos teóricos para definir esta relación. El resultado es que los agentes decisores no expertos en evaluación económica, aun en el caso de que deseen llegar a decisiones eficientes, no tienen claras las implicaciones de los estudios para su actividad cotidiana y tal vez concluyan que no esté justificado preocuparse por éstos. En este sentido, el tema que abordan los autores del artículo objeto de estas líneas es ciertamente relevante, si creemos que la evaluación económica debe ser un instrumento para mejorar la efi-

ciencia de la asignación de recursos en salud y no sólo una actividad orientada al engorde del *curriculum vitae* de sus autores y al marketing con apariencia científica de programas y tecnologías sanitarias.

Sin embargo, a pesar de la relevancia de muchos de los comentarios que se vierten en el artículo, en mi opinión sus conclusiones no creo que logren clarificar sustancialmente la relación entre los resultados de las evaluaciones económicas y las decisiones de financiación o utilización eficiente de las tecnologías y los programas sanitarios. Expondré a continuación las razones por que creo que el artículo no logra dichos objetivos.

En primer lugar, se echa de menos una revisión de trabajos que hayan abordado de forma rigurosa las implicaciones de la evaluación económica para la toma de decisiones (Panel de Washington, Proyecto CHOICE de la Organización Mundial de la Salud, etc.). Las afirmaciones que se citan y critican en el artículo provienen de estudios de evaluación de tecnologías concretas, en las cuales el objetivo último probablemente es promover la utilización o la financiación de dichas tecnologías o justificar su precio, y no mejorar la eficiencia global del sistema sanitario.

Hace ya algunos años que Doubilet et al¹ pusieron de manifiesto la falta de rigor en el uso de la terminología del coste-efectividad, práctica que desgraciadamente no ha remitido. Sin embargo, creo que los autores no hacen un esfuerzo suficiente para definir y utilizar, sin ambigüedades, los conceptos clave en su análisis. Así, hablan repetidas veces de si una tecnología es coste-efectiva, como si el coste-efectividad fuese una característica intrínseca de la tecnología, cuando de hecho, como parecía algo del acervo común después del experimento de Oregón, lo que puede definirse como más o menos coste-efectivo es la aplicación de una tecnología a un fin o indicación concretos y en un contexto determinado.

En la tabla 1 del artículo se introduce sin más explicación el concepto «marginal» aplicado a costes, efectividad y coste/output (en lugar del habitual «incremental»). La práctica corriente es utilizar el adjetivo «marginal» para referirse a cambios en alguna dimensión de la opción analizada, por ejemplo el número de casos tratados, mientras que las diferencias de coste o de efectividad entre opciones se califican casi universalmente de «incrementales».

Se afirma más adelante que «como principio general, los estudios de coste-efectividad producen razones de coste-efectividad que no proporcionan reglas de decisión claras». Parece obvio que las reglas de decisión no las deben proporcionar los estudios, sino los tomadores de decisiones, convenientemente asesorados, tal vez, por expertos que les ayuden a determinar la coherencia entre dichas reglas, por una parte, y por otra las restricciones y objetivos últimos que los decisores pretenden alcanzar.

Posiblemente una de las pocas situaciones en que habrá consenso entre sujetos racionales (en el sentido que se da a este término en el análisis económico) respecto a la decisión que debe tomarse a partir de una evaluación económica (sin información adicional) es cuando los resultados identifican situaciones de dominancia, es decir, cuando una de dos opciones mutuamente excluyentes es más efectiva y menos costosa que la segunda.

Los autores afirman que «puede parecer sorprendente que para interpretar los resultados de una evaluación económica sea necesario conocer el coste-efectividad de los tratamientos que componen toda la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)». Supongo que parecerá todavía más sorprendente mi afirmación de que posiblemente sea necesario conocer también el coste-efectividad de todos los tratamientos técnicamente posibles, aunque no estén en la cartera del SNS. Supongamos que se dispone de un tratamiento A para la indicación X, con una efectividad incremental de 2 años de vida ajustados por calidad (AVAC) y un coste incremental de 10.000 euros respecto a la opción de no tratar, y que en la cartera del SNS no está dicho tratamiento ni ningún otro para X. En un momento dado aparece un nuevo tratamiento, B, para la misma indicación, con una efectividad incremental de 1 AVAC y un coste incremental de 20.000 euros respecto a la opción de no tratar. Si no se conoce el coste-efectividad de A, el decisor puede concluir que está justificado financiar B, lo que sin duda implicará una utilización ineficiente de recursos: lo eficiente sería financiar A.

Me parece asimismo discutible que los autores califiquen como «bastante» correcto, desde un punto de vista metodológico, que Barrett et al² estimen los costes de oportunidad del tratamiento con heparina basándose en lo que se tendría que dejar de tratar «en el hospital», pues es posible que en el hospital simplemente se tenga que dejar de hacer tratamientos altamente ineficientes, lo que hará parecer la utilización de la heparina como muy coste-efectiva, pero que fuera del hospital se estén muriendo muchos niños por «falta de recursos» para proporcionarles algo tan barato y coste-efectivo como la rehidratación oral o un programa de inmunización básico. En mi opinión, el enfoque en apariencia sofisticado de Barrett et al² (¡caramba, hasta han calculado el coste de oportunidad!) es un ejemplo de la justificadamente denostada mentalidad de silo, según la cual el decisor no ve más allá de «su» presupuesto. Los autores, sin embargo, opinan que el planteamiento de Barrett et al² no puede ser calificado de perfecto, desde el punto de vista metodológico, porque no se dispone de toda la información necesaria. No disponer de la información necesaria para aplicarlo hace que un método sea inútil o irrelevante en la práctica para el tomador de decisiones, pero no creo que permita calificarlo como «metodológicamente incorrecto».

Finalmente, en el contexto del análisis de coste-efectividad veo poco apropiada la afirmación de que una decisión puede producir «más» beneficios que costes, ya que estos dos conceptos se miden en unidades distintas, por ejemplo AVAC y euros.

Alternativa

Obviamente, es más fácil criticar que proponer soluciones aceptables. Ponerse de acuerdo en un procedimiento metodológicamente correcto para pasar de resultados de evaluaciones económicas a decisiones de asignación de recursos requeriría una larga especificación del marco conceptual y contextual del problema de decisión que se quiere iluminar, con una larga lista de objetivos, restricciones y supuestos, lo que aconseja dejar el tema para mejor ocasión. De cara a los decisores honestamente comprometidos con la mejora de la eficiencia, yo plantearía el tema en los siguientes términos.

Supongamos que se es responsable de mejorar la eficiencia de los recursos cuya utilización, de alguna forma, puede determinar. Supongamos también que se cree que los AVAC o alguna otra de las medidas disponibles de los resultados de los programas y de los tratamientos sanitarios es algo socialmente deseable, que se debe maximizar en la medida de lo posible. Desde una perspectiva teórica, para lograr una asignación eficiente de los recursos con un presupuesto para salud determinado debería disponerse de los correspondientes estudios de coste-efectividad de todos los tratamientos disponibles, y para cada una de las indicaciones de dichos tratamientos. Esta información permitiría identificar los pares tratamiento-indicación que se deberían financiar a toda la población que puede beneficiarse de ellos (si está comprometido con la equidad horizontal) para obtener el máximo número de AVAC o similares, a partir del presupuesto o recursos que se controlan.

Obviamente, un ejercicio de este tipo se podrá hacer, en el mejor de los casos, una vez en la vida (en el momento de establecer el catálogo de prestaciones para un nuevo sistema de salud), y uno se enfrentará con tantas críticas y oposición que posiblemente lamentará haberlo intentado. La posibilidad práctica de aplicar un enfoque de este tipo a un sistema que ha estado dando determinadas prestaciones, lo que supondría eliminar algunas prestaciones ineficientes que se han dado en el pasado, equivaldría a su suicidio profesional y político.

Un enfoque más viable es establecer un umbral de coste-efectividad (p. ej., 100.000 euros por AVAC) para determinar, mediante estudios de coste-efectividad, qué nuevos tratamientos y tecnologías pasarán a ser financiados por el sistema. Para su estabilidad político-

profesional es recomendable que no anuncie explícitamente este umbral; todo lo más, insinúe que hay una banda (p. ej., de 20.000 a 200.000 euros) que puede variar con el tipo de enfermedad y por otras razones, pero que en ningún caso ningún paciente se quedará, por razones de coste, sin un tratamiento que necesite. (Es una afirmación incongruente, pero la gente quedará tranquila y reconfortada.)

Con este enfoque debe estar preparado para que el gasto aumente año tras año. Los estudios de impacto presupuestario le permitirán estimar los incrementos del gasto necesarios para financiar las nuevas tecnologías que se incorporen al catálogo de prestaciones. Si percibe que el gasto aumenta a una tasa demasiado alta, eleve el umbral de coste-efectividad y el crecimiento del gasto se moderará. Si incorpora nuevas tecnologías al sistema, habitualmente de alto coste, y no aumentan los recursos, debe ser consciente de que alguien va a salir perjudicado: algunos pacientes no recibirán a tiempo tratamientos que tienen derecho a recibir, algún personal sanitario tendrá más trabajo del que hubiese tenido, algún proveedor cobrará con (más) retraso, etc.

En resumen, es muy probable que la aplicación posibilista de la evaluación económica cree al decisor más problemas que los que le solucione, pero le dará la satisfacción de haber contribuido a mejorar la eficiencia y la equidad del sistema sanitario, y se ganará el respeto de la mayoría de los profesionales no fundamentalistas que creen en los potenciales beneficios de la evaluación económica.

Bibliografía

1. Doubilet P, Weinstein MC, McNeil BJ. Use and misuse of the term «cost effective» in medicine. *N Engl J Med.* 1986;314:253-6.
2. Barrett A, Roques T, Small M, Smith RD. How much will Herceptin really cost? *BMJ.* 2006;333:1118-20.

Comentario. Sobre reglas de decisión, coste-efectividad e impacto presupuestario: *allegro ma non troppo*

(On decision rules, cost-effectiveness and budget impact: *allegro ma non troppo*)

Juan Oliva

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España; Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España.

Correspondencia: Juan Oliva.

Correo electrónico: juan.olivamoreno@uclm.es

El planteamiento de Pinto et al¹ es claro y refleja una posición sabia, pero no siempre explícita, bien por resultar una verdad incómoda (el presupuesto cuenta, ¡y tanto!), bien por compleja en su expresión. Dos recientes propuestas españolas^{2,3} señalan la complementariedad de las evaluaciones económicas y de los análisis de impacto presupuestario, animando a tratar de realizar ambos tipos de estudio, cuando se pueda, para aportar la mayor información posible al decisor. Sin embargo, lo cierto es que ninguna propuesta ni guía de evaluación económica internacional ha resuelto de manera satisfactoria el problema de cómo enfrentarnos a la situación en que una tecnología presenta una buena relación coste-efectividad y no hay recursos adicionales para financiarla⁴. Los autores afrontan este problema con elegancia, a mi modo de ver. Por tanto, mis comentarios tienen más que ver con detalles que con elementos de fondo. Sin embargo, como suele decirse, «el demonio está en los detalles».

La cuestión fundamental expuesta por Pinto et al es que «los estudios de coste-efectividad no permitirían tomar decisiones sobre la priorización si no hay información sobre el coste-efectividad de los tratamientos mutuamente compatibles que componen la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud». Sin embargo, disponer de un sistema de información sobre la relación coste-efectividad de toda la cartera de servicios sería algo inabarcable. No sólo esto, sino que tener que reevaluar periódicamente la cartera de servicios en un medio con altas tasas de innovación como es el sanitario, e incluso donde la definición de tecnología sanitaria permite salirse fuera de dicha cartera (¿reduciría las cuotas de la Seguridad Social a las empresas que instalasen gimnasios en sus centros de trabajo?), sería una tarea con una relación coste-efectividad probablemente poco favorable. Incluso en el poco probable caso de que estuviéramos en condiciones técnicas y dispusiéramos de recursos humanos para afrontar dicha tarea, no olvidemos que este criterio es sólo uno más que cabría integrar dentro de un complejo análisis, pero en modo alguno disponer de una *ratio* coste-efectividad indicará con total certeza la decisión a adoptar. Ya conocemos experiencias que nos previenen al respecto⁵. En el mejor de los casos, la información aportada por la evaluación económica orientará al decisor al añadir una dimensión de gran utilidad, la eficiencia, el balance entre el coste y el resultado sobre la salud. Adicionalmente, los análisis de impacto presupuestario orientarán sobre los recursos que hay que movilizar, incrementando los ya disponibles o bien moviendo partidas presupuestarias de unos programas a otros. Eso es todo. Aunque no sea poco.

En segundo lugar, una vez aprobado el conjunto de alternativas que prometen ser eficientes, ¿habrá alguna garantía de que así lo sean? Es decir, habitualmente empleamos el término «coste-efectividad» con dema-