



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2021 - 06

**LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SU ENCRUCIJADA
INSTITUCIONAL. GENÉTICA DE UN MANIFIESTO**

Guillem López Casasnovas (#)

Catedrático de Economía de la UPF

Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, febrero 2021

**LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SU ENCRUCIJADA INSTITUCIONAL.
GENÉTICA DE UN MANIFIESTO**

**Guillem López Casanovas(#), Catedrático de Economía de la UPF y
Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)**

Pretensión, clarificación, autolimitación

Más de 300 firmantes de amplio espectro del conocimiento en el campo de la economía y de la salud firmaron a finales de diciembre pasado un Manifiesto en favor de la consideración de la Evaluación Económica en las decisiones sanitarias, y del medicamento en particular, a partir de las recomendaciones de una autoridad que tuviera agendada esta responsabilidad. Se trata de garantizar la perspectiva económica en sentido amplio y comprehensivo, en acompañamiento de la clínica, para un sector que no solo se ha de contemplar desde lo que cuesta sino también por su contribución a la salud y al desarrollo social.

Coetáneos a dicha expresión de interés son aspectos coyunturales tales como el apoyo europeo a nuevos proyectos de inversión que redireccionen la economía, como ofrece hoy la Next Generation EU, y el compromiso de diferentes Ministerios (Industria, Economía, Hacienda, Sanidad) en rehacer la política industrial del medicamento, el impulso a la innovación, su sostenibilidad financiera y su efectiva contribución a la mejora de la salud de la población. Y todo ello suponemos, acompañado del interés multijurisdiccional compartido por todos sus responsables sobre el territorio de la política sanitaria.

Se trata efectivamente de un momento clave y con el compromiso del Ministerio en favor de la cuarta garantía para su implementación más institucional y efectiva, con y más allá de la labor de la Red española de Agencias, pero que aunque con más de treinta años de presencia en el sector, en la evaluación de tecnologías sanitarias omite la evaluación de medicamentos y lleva a cabo pocas evaluaciones económicas de otras tecnologías basadas en datos primarios propios y condicionantes locales. La 'misión' incorporaría así la flexibilidad del *know how* de múltiples agentes contribuyendo en red, pero bajo un mismo paraguas, logrando más transversalidad en la cartera común del SNS, ganando en solidez y autoridad, con el valor añadido de la gobernanza institucional y un mayor y estable músculo financiero.

Habiendo podido aprender de los errores de los enfoques políticos, no técnicos, se trataría así de otorgar a la nueva Agencia la autoridad (obligatoriedad) e independencia (en el sentido de la autonomía dentro de su esfera competencial). Sin olvidar causa y origen: quién llama a la evaluación es el consenso político (ley del

Parlamento) y con la finalidad de ofrecer información más completa que la actual desde la perspectiva económica, sobre todo en lo que atañe a los medicamentos y sin olvidar las restantes tecnologías, y dar mayor amplitud, soporte técnico y estabilidad a las decisiones en materia sanitaria fuera de coyunturas y diatribas políticas.

Respecto de la situación actual conviene afinar en (i) el alcance de los resultados de la evaluación (recomendación optimización/ recomendación limitada/ recomendación para investigación solo/ no recomendación) y con impacto mandatorio en 3 meses como en el NICE inglés, o simplemente prudencial como en el ICER americano; (ii) cuando deban aparecer las cuestiones de 'precio?', ya sea durante (en el NICE en la esfera del *Patient access*) o *ex post* (sólo para elaborar guías y valorar el impacto presupuestario!), y cómo debe interactuar el acuerdo en la decisión conjunta de precio/ cantidad; (iii) el nivel de participación de la industria, y (iv) evaluar periódicamente el outcome de su labor (su impacto real en cambios perseguidos en la práctica médica y no sólo el output (informes elaborados), algo que, como en tantas otras esferas brilla por su ausencia en nuestro país.

De la situación actual española, tanto para (REValMed), otras Agencias (véase *The NICE methods of health technology evaluation: the case for change*), como para el National Institute for Health and Care Excellence, se vislumbra un camino muy abierto. En España la evaluación económica entra *de iure*, que no *de facto*, decididamente a través de los IPTs. Con ello y para ellos se trata de discernir los criterios de uso y seguimiento, conocer el medicamento para promover su uso racional e interpretar diferencias por si han de ser consideradas desigualdades en el SNS. Así consta en la argumentación de su creación. La evaluación económica surge 'tras la decisión de precio y financiación' y 'para comparativa e impacto presupuestario', y sin participación significativa de la industria, respecto de la que fuere una metodología conocida validada y con procesos abiertos de revisión. La metodología está descrita en Ortega, et al., 2016, adaptada de RAND –UCLA y en una encomienda de gestión otorgada a Génesis. En ella se fija 'un estudio propio, de minimización de costes... una evaluación económica sencilla, con costes asociados de cálculo simple' y sin especificar detalle alguno sobre cómo proceder en caso de revisión de procedimientos. De hecho, este grupo no realiza evaluaciones económicas *stricto sensu*, sino que aporta información en sus informes sobre evaluaciones realizadas por otros, en su mayoría extranjeros con las dificultades que a menudo entraña la extrapolación de resultados.

Por todo ello, son *temas abiertos no confrontados*, sino complementarios y necesarios en el camino a recorrer, o a completar, si se quiere, el papel de los llamados en el argot de la evaluación 'modificadores' ya sea por equidad o tecnologías innovadoras, y de su contextualización, remitiendo por el momento la perspectiva social a un análisis final opcional de sensibilidad. Se toman como parámetros la tasa de descuento –del 0 al 5%–, no se concretan límites a la utilización de la *Real World Evidence* (RWE), ni se especifica el significado de la, de nuevo, contextualización 'según disponibilidad de

datos', y con ello un cierto carácter optativo o limitado. Las valoraciones de impacto presupuestario se deberían modular ante distintas elasticidades de respuesta y de la que sea la gestión endógena de los riesgos, que no entran hoy tampoco en la operativa establecida. Por lo demás, se considera a los AVACs todos por igual, sea cual sea el momento en que se originen, sin descuento alguno. Finalmente, no se detalla cómo considerar la evaluación cuando los precios no son los costes unitarios a nivel de proveedores (y se soslaya con frecuencia que precios y costes no son lo mismo y que su distinto uso desemboca en diferentes resultados de las evaluaciones), ni si se debería flexibilizar el grado de vinculación de la evaluación a todo el SNS y el margen abierto en la aplicación (el *assessment* frente al *appraisal*), ni cómo proceder al tratamiento de la incertidumbre en escalados y proyecciones.

Adaptaciones de navegación para la nueva evaluación: del NICE al ICER y camino de vuelta. Tal como lo veo

Cómo a menudo lo mejor es enemigo de lo bueno, me atrevo a sugerir para debate una serie de criterios que pueden facilitar el aterrizaje de la evaluación más teórica a las realidades hoy de la Economía de la Salud y la Política Sanitaria. Entre ellas:

1-Proceder de entrada a una recomendación prudencial más que de obligatoriedad: *Haz o explica por qué no haces*. Pero la evaluación económica no sería en ningún caso opcional ni ajena al precio.

2-Descentralización: del *assessment* objetivable y centralizado, al *appraisal* de aplicación al caso concreto de las autoridades regionales, y mayormente *outcomes based*.

3-Aceptación del coste de oportunidad *intra* silo, a presupuesto cerrado *inter* silos. La suma de los dos configuraría la envoltura global del gasto. Por ello los *modificadores* se referirían al conjunto del gasto y no a QALYs individualizados por tipos de tratamientos o enfermedad.

4-Base de meta-análisis y de ajuste-país, con aceptación de la *Real World Evidence* - cuando proceda por falta de alternativas superiores o como complemento-, lo que equivale a una menor involucración de proveedores y destinatarios, y de sesiones públicas 'ciudadanas' deliberativas.

5-Sumisión obligatoria a tasas substanciales con iteraciones previstas con la industria.

6-Análisis incremental fundado (y aceptabilidad *pairwise* si no es posible).

7-Explicitar siempre el procedimiento, validado y abierto a los proveedores.

8-Mantener el análisis fuera de la perspectiva social –*unrelated health care costs*- (considerando sólo sistema sanitario); sin interferir éstos en la evaluación sino sólo a

modo de acompañamiento de resultados (impacto en productividad, generación de renta y de ingresos fiscales, primas educativas, costes de criminalidad evitados, beneficios por discapacidad y pensiones de seguridad social...)

9-Consideración explícita de QALYs, *equal valued life years*, y de los *QALY shortfalls* (restantes en ausencia de tratamiento tanto en términos absolutos como proporcionales) en el end-of-life.

10-Diferencia explícita de tecnologías innovadoras (*fast track*, con externalidades...) y reductoras de las desigualdades en salud, tanto por grados de innovación y tipos como por fuentes.

11- Sin atención expresa a *thresholds* explícitos anunciados 'ex ante', ni por el lado de la demanda (gasto) ni de la oferta en sus costes de oportunidad, ni en valores medios ni marginales para evitar el oportunismo (endogeneización) de precios.

En resumen, las anteriores consideraciones son un exponente de concreciones que el propio órgano de gobierno de la agencia que se cree deberá definir. No se trata ahora de condicionar su impulso al consenso metodológico. Lo importante es señalar que, dentro de unos márgenes amplios de solidez analítica, puede ser fácil establecer primero ,y evolucionar después, como agencia de evaluación.

(*) Agradezco los comentarios a una primera versión de este texto de Laura Pellisé, Carlos Campillo y Jaume Puig Junoy.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López Casanovas, G; **"Los estragos de la crisis de la Covid 19. Años de vida perdidos por muertes prematuras"** Colección Health Policy Papers 2021-05_GL.

López Casanovas, G; **"Vacunes en mercat lliure? Els límits a la mercantilització"** Colección Health Policy Papers 2021-04_GL.

García-Altés, A; **"El sistema sanitari com a element de cohesió social"** Colección Health Policy Papers 2021-03_AG.

López Casanovas, G; **"Desigualtat, polarització i cohesió social"** Colección Health Policy Papers 2021-02_GL.

López Casanovas, G; **"La vacuna contra la gripe. Estado de la cuestión sobre sus virtudes y limitaciones"** Colección Health Policy Papers 2021-01_GL.

López Casanovas, G; **"La pandèmia i els seus efectes"** Colección Health Policy Papers 2020-18_GL.

López Casanovas, G; Jovell Codina, P; **"Valoració del sistema actual i càlcul d'un finançament autonòmic basat en la capacitat fiscal"** Colección Health Policy Papers 2020-17_GL_PJ.

López Casanovas, G; Jovell Codina, P; **"Finançament autonòmic. Valoració del sistema actual i càlcul d'un sistema basat en la capacitat fiscal"** Colección Health Policy Papers 2020-16_GL_PJ.

López Casanovas, G; Pifarré Arolas, H; **"Healthcare systems: organization and response to Covid-19"** Colección Health Policy Papers 2020-15_GL_HP.

López Casanovas, G; Pifarré Arolas, H; **"The Spanish healthcare system"** Colección Health Policy Papers 2020-14_GL_HP.

López-Casanovas, G; **"El bienestar intergeneracional. Balanç social i paper de l'Estat i de les famílies"** Colección Health Policy Papers 2020-13_GL.

López Seguí, F; **"Medidas de sostenibilidad ambiental en la industria farmacéutica. Una Revisión crítica desde la economía de la salud basada en el enfoque estratégico de la comisión europea."** Colección Health Policy Papers 2020-12.

López-Casanovas, G; Hernández Aguado, I; **"Tres textos para el día después"** Colección Health Policy Papers 2020-11.

Esteve, M; Gascó, M; Jiménez-Asensio, R; Jiménez, F; Lapuente, V; Longo, F; López-Casanovas, G; Manfredi, JL; De la Nuez, E; Del Pino-Matute, E; Ramió, C; Rodríguez, L; Sebastián, C; Vilalta, M; Villoria, M; **"Por un sector público capaz de liderar la recuperación"** Colección Health Policy Papers 2020-10.

López-Casanovas, G; **"Entender la realidad. Gasto público y fiscalidad. Donde estamos y lo que nos espera"** Colección Health Policy Papers 2020-09_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

