



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers
2015 - 06

LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS

Guillem López-Casasnovas

Catedrático del Departamento de Economía y Empresa

Universitat Pompeu Fabra

Barcelona



La Colección Health Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economia y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF). La Colección Health Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Almirall, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Almirall a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

Barcelona, 20 de mayo de 2015

LAS PRESTACIONES SANITARIAS EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS

Introducción

Una de las opciones más fundamentadas para definir la cartera de prestaciones sanitarias en un sistema público de salud consiste en limitarlas en función de criterios de coste efectividad. Ciertamente en las asignaciones de mercado, si un consumidor adquiere un bien privado debe ser que considera, libremente, que el bien o servicio vale lo que cuesta, ya que de otro modo no lo hubiera adquirido. El precio pagado no es sino el coste de oportunidad, los recursos sacrificados para obtenerlo, de modo que su libre disposición a pagar es indicación de que, como mínimo, el bien vale para el adquirente igual o más que el dinero entregado (dinero que se hubiera podido utilizar en alternativas a las que se renuncia).

En ausencia de asignaciones realizadas por el mercado, es sin embargo la preferencia social la que ha de evaluar si conviene y se desea la provisión pública de aquel bien.

En sanidad, se ha hecho fuerte la idea que los sistemas públicos necesitan racionar su oferta de acuerdo con el coste relativo de lo que suponga la prestación a la vista del beneficio relativo que genere (beneficio versus coste incremental se califica). Los AVACs -Años de vida ajustados por Calidad- son hoy la medida preferida, si bien los años de vida ajustados por discapacidad -DALYs en terminología anglosajona- son a veces también utilizados. Los primeros dan la idea de bienestar ganado por los mayores y mejores estados de salud; los segundos, atienden a los decrementos de bienestar por las cargas asociadas a las pérdidas de salud, y en su caso evitados con las intervenciones.

Implementación

La puesta en práctica de esta limitación se ha basado en donde dicha aproximación se ha considerado más robusta, esto es en el NICE inglés, en un punto de corte que en términos monetarios equivalía a algo así como lo que estaría dispuesta a pagar la sociedad por un nuevo tratamiento o prestación que generara como mínimo un año de vida ajustado por calidad a un coste igual o inferior a 30 mil libras esterlinas. Este enfoque que se viene repitiendo en la priorización sanitaria como hija adoptiva de la economía de la salud no está exento de debate.

1- En realidad, no cabe interpretar dicha limitación como una disposición social a pagar por una prestación nueva atendiendo la capacidad de generar renta y riqueza que pueda tener un país (el PIB per cápita como referente). En realidad la referencia ha de ser la restricción presupuestaria vigente y que refleja la disposición a pagar por la salud de la población (tras un *trade-off* general político de otras prestaciones financiadas públicamente para las que no hay comparativa posible distinta a lo que son los procesos de elección social en democracia), y que en su definición eficiente se relaciona con el objetivo de máxima salud poblacional.

2- Una ordenación de las prestaciones existentes, y ya ofertadas por el sistema, ofrece de entrada previsiblemente ratios diferentes de coste efectividad entre tratamientos, que muchas veces se desconocen. Sólo las nuevas intervenciones quedan a menudo sometidas a la criba de aquel coste efectividad, lo cual es técnicamente incorrecto respecto del objetivo antes mencionado. Hace falta considerarlas todas y en conjunto. Sólo en la medida que su comparativa de costes y beneficios incrementales afectara a una de aquellas intervenciones nuevas respecto de otra ya existente a la que efectivamente sustituyera podría considerarse que en su conjunto el bienestar social mejoraría (el incremento en estados de salud poblacional a coste igual o inferior al substituido). Sin embargo el ejercicio no puede darse por completado sin una revisión una a una de las prestaciones que se vengán dando respecto de las que son candidatas. Y ello incluso aceptando que las nuevas superen el límite o *threshold* con costes por debajo de las existentes y/o ofrezcan años de vida ganados ajustados por calidad a coste inferior. Todo ello en comparativa de prestaciones y tratamientos que siendo muy dispares en beneficiarios y situaciones compartan mediciones en AVACs.

No habría equilibrio por tanto en la maximización de salud hasta que en una comparativa completa de inversión / desinversión (*listing/ delisting*) y sin que el *threshold* sea en ningún caso decisivo, ya que lo relevante serían las comparaciones entre distintos coste efectividad de tratamientos hasta agotar el presupuesto disponible.

3- Notemos que con dicho ejercicio, lo que era un límite de libras por AVAC se convierte en una cuantía de media móvil liderada no sólo, ciertamente, por el mayor o menor presupuesto disponible en cada momento del tiempo, sino sobre todo por el que sea el valor marginal del último coste por AVAC que haya conseguido 'derrotar' otro tratamiento. Maximizar las ganancias de salud poblaciones en su totalidad, sin discriminación (esto es, un AVAC es un AVAC sea quien sea el beneficiario, sea cual sea el estadio en que se consiga o ámbito de morbi/mortalidad afecto), requiere que, en el margen, exista un equilibrio *in/out* de coste efectividad entre el último tratamiento avalado -el menos coste efectivo-, respecto del mejor que está a la espera de incorporación a la cartera de servicios.

4-La realización de este tipo de análisis desde un cómputo numerario único (AVACs) hace que devenga 'horizontal' el conjunto de la evaluación, comparándose tratamientos diversos. Es conocido que la Agencia de Evaluación alemana (IQWiG) limita los *trade offs* o balances a grupos terapéuticos homogéneos, permitiendo las substituciones 'intra' grupo, pero no 'inter' grupos. Con ello se pierde sin embargo bienestar desde la óptica de maximizar la salud poblacional desde un gasto dado, pero gana en plausibilidad contra lo que se pueden considerar extra-limitaciones clínicas por comparativas muy dispares.

5- Notemos también que lo que se substituye o se incorpora con los ratios de coste efectividad incrementales son valores medios. Estos resultan de la heterogeneidad de distintos destinatarios de los tratamientos, ya en su capacidad de generar AVACs, ya del coste de sus distintas indicaciones). Son igualmente valores 'esperados', dada la incertidumbre existente incluso sobre la propia efectividad clínica de diagnósticos y tratamientos, en el mejor de los casos valorados en ensayos aleatorios controlados en situación de eficacia de laboratorio y no de efectividad en circunstancias probadas, amén de otros sesgos que puedan existir ya sea de muestra, de puntos finales en tratamientos o de indicaciones que se extiendan en la práctica más allá de las iniciales.

6- Vale la pena considerar, por tanto, que los ajustes a presupuesto dado van a depender de los impactos relativos de cada uno de los tratamientos aprobados en cuanto a número de afectados (indicaciones y composición concreta de los beneficiarios dentro de lo que es una distribución dada de coste efectividad por usuario pronóstico). Una extensión de indicación o una variación de la composición inicial -aún respetando la indicación de cohorte, pero contando con más destinatarios en cada grupo de coste-efectividad dentro de una media dada- puede acabar agotando más o menos rápidamente el presupuesto asignado y 'falseando' el *threshold* inicial. Y por supuesto, sin garantía alguna tras los cambios de composición, de mantenimiento de las posiciones relativas de coste efectividad tanto dentro de las evaluadas en el catálogo admitido como entre las rechazadas o pendientes.

7-Remarquemos también que la política comentada 'a la NICE', incluso en la mejor de sus aplicaciones, no consigue totalmente el objetivo de bienestar, dada su categorización binomial *in/ out* por una discontinuidad que ha de entrañar necesariamente pérdidas relevantes de información. Ello se debe a que fuera de catálogo se están dejando prestaciones que siendo efectivas son circunstancialmente de coste relativo demasiado alto. Una exclusión no es una prohibición, sino un copago del cien por cien. Surge por tanto la discusión de si no tendría lógica 'pareto superior' que de acuerdo con el gradiente de más a menos coste efectividad existiera un acompañamiento de copagos vinculados a la prueba de medios. Y es que de otro modo los efectos de la elasticidad

precio, divergentes por grupos de renta, va a marcar distintas pérdidas de bienestar de aquellos tratamientos efectivos pero financieramente no asumibles por las finanzas públicas.

8- En un contexto de múltiples opciones de aseguramiento implícitas (y no de un monopolio público asegurador) y en especial en países menos desarrollados en los que las exclusiones son amplias parece aconsejable acompañar copagos tanto para el grupo de tratamientos bajo aseguramiento público como probablemente también para las alternativas privadas por encima del pago directo de servicios. El objetivo podría ser que los copagos en los diferentes casos sean iguales ante igual capacidad de pago. Los ingresos adicionales generados en la parte pública, por lo demás, no se debieran de afectar a la provisión de servicios adicionales de salud sino al fondo general para priorizar recursos con el resto de ingresos generales y necesidades del país. Un argumento interesante consistiría en valorar las elasticidades de demanda. Siendo la maximización global de salud el objetivo, los copagos deberían ser de tal modo que nunca generasen consecuencias negativas en la salud mayores a las positivas derivadas de asistir a los no asegurados para adquirir asistencia sanitaria en aseguramiento aún con el copago. Este es el resultado que previsiblemente mejor combinaría el principio de equidad restringido al resultado de eficiencia.

Guillem Lopez i Casasnovas

Univ.Pompeu Fabra

(Texto relativo a la presentación y réplica a la conferencia de Antony Culyer sobre Valores en la Priorización Sanitaria, presentada en la XI reunión de la Asociación española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS) realizada en Barcelona el 14 de Noviembre del 2014)

CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):
<http://www.upf.edu/cres/>

