
Comentario. Coste-efectividad e impacto presupuestario en la toma de decisiones de introducción de nuevas tecnologías: comentarios al artículo de Pinto et al

(Cost-effectiveness and budget impact in decision making concerning the introduction of new technologies: commentaries on the article by Pinto et al)

Carmelo Juárez-Castelló / Roberto Rodríguez-Ibeas
Facultad de Ciencias Empresariales, Universidad de La Rioja, Logroño, España.

Correspondencia: Carmelo Juárez-Castelló.
Departamento de Economía y Empresa.
Universidad de La Rioja. Edificio Quintiliano.
Cigüeña, 60. 26004 Logroño. España.

Introducción

En los últimos años se ha observado en España un notable aumento del número de estudios sobre evaluación económica de tecnologías sanitarias, así como de su calidad y validez. Sin embargo, su aplicación práctica ha chocado con diversas barreras de muy diverso tipo^{1,2}. En este momento se puede afirmar de forma poco controvertida que, aunque estos estudios van resultando más visibles en los procesos de toma de decisiones de incorporación de tecnologías sanitarias, todavía no tienen mucho peso en la orientación de la decisión. En

este sentido, resulta relevante y valioso el análisis que realiza el artículo que comentamos, aunque no nos parece que sus conclusiones vayan a favorecer un mayor uso de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones. Para aclarar esta toma de postura, vamos a plantear a continuación algunas cuestiones que consideramos significativas.

Reglas de decisión u orientaciones para la decisión

El artículo al cual nos referimos analiza y valora las evaluaciones económicas a partir de su capacidad para fijar las decisiones, calificando en sucesivas ocasiones tal posibilidad de aplicación como incorrecta o errónea. A nuestro entender, esas afirmaciones son ciertas porque no se puede pretender que una técnica (por muy perfecta que sea) sustituya a un decisor. La evaluación económica de tecnologías sanitarias es insuficiente para establecer decisiones no rebatibles. Pero ello no significa que sea una técnica inútil; simplemente significa que no se pueden abordar con ella todos los aspectos del problema. Y esto no es nada nuevo, pues con carácter general las técnicas no toman decisiones, sino que ayudan y orientan al decisor. Ninguna técnica abarca de forma objetiva, cuantitativa e indudable todos los aspectos de un problema. Pretenderlo para la evaluación económica de las tecnologías sanitarias es aborcarla al fracaso y, en vez de lograr un mayor y mejor uso de ella, potenciar los argumentos de sus detractores.

Uno de los principales aspectos en que la evaluación económica no tiene capacidad para ser concluyente es el efecto presupuestario que se derivaría de la adopción de una tecnología. Los resultados de la evaluación económica se refieren a un caso único donde los costes y los efectos se estiman para la misma población (un individuo o mil, o los participantes en un ensayo clínico, por ejemplo), y al calcular la razón coste-efectividad, ese parámetro poblacional desaparece. El impacto presupuestario supone multiplicar los costes unitarios, y sólo los costes, por la población que podría ser tratada con la tecnología en cuestión. Por consiguiente, para este tipo de estudios siempre se precisarán datos epidemiológicos, los cuales son absolutamente innecesarios para la evaluación económica.

Retomando las reglas de decisión clásicas del análisis de coste-efectividad (ACE) de que parten los propios autores³, conviene señalar que hay algunas situaciones en las cuales la decisión derivada del ACE coincidiría con la que tomaría un decisor preocupado por la eficiencia. En primer lugar, si la nueva tecnología está dominada, es decir, si es menos efectiva y más costosa que la de referencia, su rechazo es la decisión

firme y el impacto presupuestario sería nulo. En segundo lugar, tal y como señalan los autores, si la nueva tecnología es dominante, el ACE incremental puede proveer una decisión solamente cuando se comparen tecnologías sustitutivas o excluyentes, ya que en esta situación no hay impacto presupuestario puesto que la nueva tecnología es menos costosa por unidad de efecto y logra un efecto mayor. Quizás habría que hacer una salvedad en las situaciones en que la nueva tecnología generase una mayor demanda, ya sea por el menor coste o por la mayor eficacia, lo que llevaría a que los ahorros por unidad de efecto fueran insuficientes para financiarla.

Donde el ACE no va a ser capaz de aportar directamente la solución es en el resto de las situaciones (probablemente la gran mayoría), es decir, en las situaciones de dominio entre alternativas no excluyentes y en situaciones con razones coste-efectividad incrementales positivas, se trate o no de tecnologías excluyentes. Conviene mencionar que algunas de estas razones positivas pueden derivarse de tecnologías que son menos eficientes que las preexistentes, pero menos costosas. En términos teóricos, su implantación sería potencialmente generadora de eficiencia en el sistema, aunque es difícil que la sociedad acepte una alternativa menos efectiva que la preexistente por muy barata que resulte. Luego, salvo que se trate de una tecnología para la cual no haya alternativa previa, no parece razonable ni siquiera plantearse su análisis.

En todos los casos anteriores habría un impacto presupuestario, que no puede abordar la evaluación económica por sí sola. Por tanto, necesitaremos recurrir a los estudios de impacto presupuestario para calcular su montante y poder avanzar en la adopción de una decisión sobre su financiación. Será necesario identificar la fuente de donde obtener esos recursos adicionales y su coste de oportunidad para poder tomar la decisión de incorporar esa tecnología⁴.

El texto que comentamos se limita a analizar la financiación de las nuevas tecnologías sanitarias en una situación de presupuesto fijo y cerrado, que podría reflejar una mentalidad de «silo sanitario». La realidad es tozuda y el presupuesto sanitario no deja de crecer; una de las causas de este incremento es la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Tal vez se podrían identificar ámbitos presupuestarios que han descendido, de los que se podría pensar que se hubieran traído los fondos para financiar ese incremento del presupuesto sanitario. Y si esto no fuera posible, habría que pensar en un aumento de la presión fiscal o del endeudamiento público.

En todos los casos, el problema no es resoluble por la evaluación económica ni por los estudios de impacto presupuestario. La solución pasa por estimar el coste de oportunidad mencionado, y escapa del ámbito sanitario hacia los terrenos de la política presupuestaria

y fiscal. En este sentido, a nuestro entender, hay que interpretar las posiciones favorables al uso del análisis de coste-beneficio, que permitiría la comparación con otros ámbitos presupuestarios no sanitarios. A estos efectos, simplemente recordaremos las dificultades para la valoración monetaria de los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Sin embargo, esto no quiere decir que tengamos que renunciar al uso de la evaluación económica y de los estudios de impacto presupuestario; simplemente la técnica llega hasta donde puede llegar, y pedirle más es abocarla al fracaso.

El texto que se comenta analiza también el empleo de un umbral de coste por AVAC en la decisión que nos ocupa. En este aspecto, a nuestro entender, conviene separar el uso de este umbral de su establecimiento. El umbral actúa como indicador del coste de oportunidad de las intervenciones sanitarias, y permite seleccionar las que deberían analizarse con más detalle. De nuevo, es un indicador que orienta la decisión, pero no la impone. Probablemente, en determinadas situaciones, por ejemplo ante la inexistencia de tratamiento alguno, cabrá admitir razones mayores al umbral, o en casos de multiplicidad de tratamientos alternativos similarmente eficaces sea factible demandar razones menores. Por tanto, no parece que sea conveniente un valor fijo, sino más bien una horquilla o incluso varios valores según una serie de posibilidades previamente tasadas. Conviene señalar que esa razón se establece como el coste máximo asumible por unidad de efecto, con lo cual no tiene relación con los estudios de impacto presupuestario, aunque perfectamente podría considerarse un filtro para decidir si desarrollar éstos o no.

La otra cuestión es cómo establecer ese umbral. Si se interpreta como el precio máximo que estaría dispuesto a soportar el financiador de la atención sanitaria por unidad de efecto obtenida, podríamos estar de acuerdo en que esa fijación corresponde al decisor sanitario en el uso de sus atribuciones públicas. La racionalidad de la elección debería venir dada por el análisis de la eficiencia actual del sistema sanitario, y tendría que basarse en el equilibrio entre la generación de mejoras en la salud de la población y la generación de un gasto presupuestario soportable por las arcas públicas. De nuevo son aspectos que van más allá de las técni-

cas de la evaluación económica y del impacto presupuestario.

En resumen, las dos técnicas consideradas —evaluación económica y estudios de impacto presupuestario— informan de dos cuestiones distintas. Ninguna de ellas resuelve por sí sola todas las incógnitas, y ni siquiera conjuntamente toman la decisión. Sólo la orientan. Si, como parece observarse en el texto que se analiza, se pretende que la evaluación económica y los estudios de impacto fijen mediante reglas predeterminadas la decisión de implantación de una tecnología, la conclusión sólo puede ser de incapacidad para ello. Pero esta insuficiencia no es inutilidad. Tales decisiones son complejas, y la evaluación aporta racionalidad económica al proceso en sus primeras fases y puede usarse como filtro, usando el umbral de coste-efectividad, para avanzar o no hacia los estudios de tipo presupuestario, que son imprescindibles para establecer el modo de financiar la implantación de la tecnología.

«Lo mejor es enemigo de lo bueno». Pretender que llegáramos a establecer una técnica que dé soluciones irrefutables es imposible, pero la alternativa no puede ser que las decisiones no se fundamenten en análisis de racionalidad económica y queden a la discrecionalidad o al capricho del decisor, o en manos de la capacidad de presión de la industria correspondiente.

Bibliografía

1. Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in health care decision-making. En: Castaño E, Antoñanzas F, Fuster J, editores. Avances en gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2000. p. 141-50.
2. Graf von der Schulenberg JM, editor. The influence of economic evaluation studies on health care decision-making. Amsterdam: IOS Press; 2000.
3. Weinstein MC. Decision rules for incremental cost-effectiveness analysis. En: Jones AM, editor. The Elgar Companion to health economics. Cheltenham: Edwar Elgar; 1998. p. 469-78.
4. Gafni A, Birch S. Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditures and how to avoid the problem. *Can Med Assoc J.* 1993;148: 913-7.