

EDITORIAL**EVALUAR NO ES DE COMPAÑEROS.
¿O SÍ?****Beatriz González López Valcárcel (1) y Vicente Ortún (2).**

(1) Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. España.

(2) Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona. España.

“Evaluar no es de compañeros”. Aunque el comentario fue intercambiado en el minitorio de una administración pública sanitaria hace ya bastantes años, su recuerdo ha acompañado siempre al firmante tributario de ese tipo de lavabos. Son esas frases sinceras y chocantes –tipo “con la democracia sube la delincuencia: Es el momento para que las compañías de seguridad desembarquemos en España” escuchada muy al inicio de la transición en un aeropuerto– que el tiempo ratifica. Evaluar no es de compañeros.

En este editorial abordamos los puntos más sensibles y controvertidos de la evaluación económica en base a tres colaboraciones especiales¹⁻³ de la Rev Esp Salud Pub que tratan de aumentar su validez, transferibilidad y reproducibilidad. Aunque no siempre llegan a consensos los expertos de este país convocados, la selección que hacen de los problemas ya aporta valor por sí misma: el uso de las diferentes perspectivas, los costes, las medidas de resultado en salud y el valor extra de los tratamientos del final de la vida y de las enfermedades raras. Tanto los términos de la discusión como las propuestas de mejora resultan útiles.

Correspondencia

Vicente Ortún
Universidad Pompeu Fabra
vicente.ortun@upf.edu

Organizaremos nuestros comentarios en los siguientes epígrafes: 1/ Al César lo que es del César, 2/ La miopía evitable de la evaluación económica indebidamente acotada (silos explícitos o implícitos), y 3/ Del conocimiento sobre cómo evaluar a su plasmación.

AL CÉSAR LO QUE ES DEL CÉSAR...

Está bien que los trabajos de investigación incluyan en su discusión la necesidad de investigación adicional ya que, como mínimo, conviene a los autores. Pero de la misma forma que existe mucha innovación de base no científica (container, palette, listado de comprobación quirúrgica...) la correcta medición de los valores y preferencias sociales puede también expresarse mediante la participación responsable de los ciudadanos implicados, que somos todos cuando se trata de formular prioridades sobre la asignación de recursos financiados públicamente (no únicamente el segmento beneficiario).

El dintel de disposición social a pagar por año de vida ajustado por calidad en base a los ratios de coste-efectividad incremental no puede ser el criterio único que rija las decisiones públicas. Primero, porque a quienes deciden les preocupan otros objetivos además de la maximización de salud (sea la equidad, el impacto en prensa o el déficit comercial)

y, segundo, porque a los ciudadanos también nos preocupan otros objetivos. Cabe intentar recoger, ponderar y valorar científicamente esos otros objetivos como prevenir más daños en el futuro, incentivar la innovación científica y técnica, tratar a personas socialmente desfavorecidas, cuidar el ‘final de la vida’ o ser sensible a las enfermedades raras. Los artículos comentados recogen avances en esas líneas que deben ser complementados, suplidos incluso, por un cambio institucional que fomente la legitimidad del proceso decisorio para concitar mayor acuerdo social a medida que se perciba que los resultados de la evaluación económica reflejan preferencias sociales. Considerada la labilidad de las preferencias sociales por el impacto de las emociones y su inconsistencia temporal así como la relativa ignorancia acerca de cómo se generan tales preferencias y, por otra parte, el conocimiento sobre cómo se alteran en función del marco en que se formula el problema y los importantes límites a la racionalidad, conviene dar al Dios de la Ciencia lo que le pertenece y al César del funcionamiento social las medidas prácticas para su mejora.

LA MIOPIA EVITABLE DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Se aplica la evaluación económica a una enfermedad o grupo de enfermedades dentro de un contexto de servicios sanitarios cuando los usos alternativos de los recursos públicos están en la vivienda, el transporte o la educación. La miopía cuando se acompaña de una visión túnel, como la que propicia el análisis por silos, produce prácticamente la ceguera. Tan silo es la financiación específica para el tratamiento antivírico de la hepatitis C como la consideración de las prestaciones sanitarias (farmacia, internamiento, primaria...) de manera aislada, como si no fueran sustituibles entre sí, o los silos para el cáncer del Reino Unido que ahora empiezan a reconsiderarse⁴. El silo consagra la negación del concepto básico de atender siempre al beneficio que perdemos en la mejor alternativa disponible a la utilización de un recurso.

Sin llegar al extremo del silo, incurrimos en miopía cuando comparamos el programa del ‘niño crónicamente sano’ con el de la ‘niña crónicamente sana’ cuando parece que el imperativo moral de eficiencia nos debería llevar a considerar el programa del ‘infante desvalido y analfabeto funcional en potencia’ centrado en sus primeros años, incluso en el útero (síndrome alcohólico fetal), pues parece que tanto por razones de salud como de bienestar y justicia ninguna inversión pública supera a la educativa⁵, en particular la educación primaria y preescolar, pues facilita la igualdad de oportunidades, evita que la pobreza sea dinástica y permite movilizar los mejores recursos humanos sin discriminación por clase social⁶. Seguro que mucho más coste-efectivo que los dos millones de euros por año de vida ajustado por calidad que supone el lapatinib como segunda línea en cáncer de mama (18.299€ por 0,3 meses, 732.000€ por doce meses, 2.000.000€ por año si se tiene en cuenta la baja calidad de los diez días ganados.)⁷. Expresado de forma general: si nos preocupa la salud actuemos sobre los determinantes más vulnerables y donde la actuación resulte más eficiente. Pero así como los métodos de evaluación económica de tecnologías “duras” están progresivamente estandarizados (los tres artículos que referenciamos son un ejemplo), la evaluación del impacto en salud de las políticas públicas y el análisis coste-efectividad de las intervenciones comunitarias de salud pública están todavía muy abiertos metodológicamente, tienen problemas técnicos para la inferencia, su validez externa es dudosa, porque entra en juego el comportamiento humano, que es mucho más incierto y variable que el de los parámetros fisiológicos de sus órganos, y no hay incentivos para financiar los estudios necesarios porque tampoco hay patentes que explotar.

DEL CONOCIMIENTO SOBRE EVALUACIÓN A SU PLASMACIÓN

En España se ha avanzado notablemente más en saber cómo hay que evaluar correctamente, y hacerlo, que en plasmar ese co-

nocimiento en acción. Tenemos más agencias de evaluación de tecnologías sanitarias que cualquier otro país y desde la Ley del Medicamento de 1990⁸ existe un marco normativo para la evaluación económica de medicamentos, extendido a otras prestaciones por el Real Decreto 1030/2006⁹ y revalidado por el Real Decreto-Ley 16/2012¹⁰. Así que, aun existiendo una importante capacidad evaluadora, dificultades importantes en el plano político (voluntad, transparencia, gobernanza) impiden incorporar la evaluación económica a la toma de decisiones sanitarias, como argumentan Artells, Peiró y Meneu¹¹. Visto en perspectiva, resulta sorprendente que España haya resistido al movimiento regulador generalizado de la cuarta barrera en Europa (en 15 países europeos la evaluación económica es condición formal necesaria para el reembolso de medicamentos). La carga de la prueba parece pues, a estas alturas del siglo XXI, del lado del regulador español, que es la rara excepción en el entorno europeo.

Además, la racionalidad explícita en las decisiones de cobertura y reembolso debería aliviar a los gobiernos. Previene contra la arbitrariedad y evita los efectos secundarios de los recortes lineales indiscriminados y de las decisiones precipitadas espoleadas por amenazas a corto plazo –restricciones exógenas al gasto impuestas desde fuera, temor a las pérdidas de votos–. Una agencia fuerte e independiente del estilo del NICE ofrece ventajas indudables a cualquier gobierno: resistir mejor el chantaje y la presión de los grupos de pacientes que bailan al son de la melodía de la industria, potenciar el poder de compra, consiguiendo mejores precios de las novedades terapéuticas, y ofrecer a los ciudadanos garantías de equidad horizontal. No hay que olvidar que el NICE británico nació para terminar con el efecto código postal: según donde vivieras, te darían o no tal tratamiento. Por eso resulta tan sorprendente que no se haya dado ese paso paralelamente a la evaluación de calidad clínica o terapéutica, en la que hemos avanzado (informes de posicionamiento terapéutico, o plan estratégico de la hepatitis C, por ejemplo). No pare-

ce, pues, que el argumento sea que “evaluar no es de compañeros”. Paradójicamente, en la práctica son los compañeros de los servicios de farmacia hospitalaria de distintos hospitales españoles los que han montado un dispositivo no oficial y coordinado horizontalmente en el proyecto GENESIS (Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización y Selección de Medicamentos) de la Sociedad de Farmacia Hospitalaria. El grupo GENESIS evalúa los nuevos medicamentos y suple, aunque sea en precario, esa función de contención racional del gasto y disciplina presupuestaria. En siete años de trabajo, han emitido más de 1.000 informes de evaluación, cifra que contrasta con los siete informes de posicionamiento terapéutico oficiales aprobados en dos años.

La introducción de criterios formales de coste-efectividad en la toma de decisiones de cobertura y reembolso, y su institucionalización, no debería seguir demorándose, porque desvía el foco del debate desde el gasto y los recortes, que solo ven una cara de la moneda, hacia el balance entre el gasto y sus resultados de salud. La elección sobre qué tecnologías y/o procedimientos han de ser financiados públicamente debería basarse en criterios explícitos (¿cuánto estamos dispuestos a pagar por las mejoras en efectividad medidas, por ejemplo, en años de vida ajustados por calidad?) y debería apoyarse en técnicas de evaluación económica. Pero se necesita algo más que la mera invocación al criterio de coste-efectividad en la norma escrita. Hay que pasar de la teoría a la acción.

Mientras tanto, el coste por año de vida ajustado por calidad se ha disparado, particularmente en el tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer¹² y los medicamentos huérfanos y para enfermedades raras¹³, que ya representan el 15 % del gasto farmacéutico en España.

Por otra parte, estarán bien los criterios de coste-efectividad cuando se introduzcan pero la evaluación debe ir más allá de estos procedimientos y entenderse a un contexto más amplio.

La evaluación en sentido amplio se da con ciudadanos conscientes de sus decisiones a los que de forma transparente se rinde cuenta del origen y destino de los recursos públicos. Pero ¿no seremos los ciudadanos responsables de que no se evalúe? En España, así como en Italia, una amplia mayoría de la población (74,1%)¹⁴ cree que el Estado tiene la responsabilidad principal de asegurar un nivel de vida digno a sus ciudadanos. Este amplio respaldo de un papel muy activo del Estado es compatible con la aceptación de la economía de mercado como mejor sistema económico aunque, de nuevo, España se coloca en la posición más crítica respecto a la misma entre todos los países analizados en el estudio de la Fundación BBVA sobre valores¹⁴. Y se diferencia claramente en su posición en relación a un elemento clave de la economía de mercado, como es el de la diferenciación de ingresos según esfuerzo individual. Una mayoría del 54,7%¹⁴ aboga, en España, por ingresos más equilibrados con independencia del esfuerzo personal. De ahí que se malbarate en líneas de AVE a todos los Tablancas de la piel de toro sólo hay un paso. De poco sirve que la evaluación muestre que la inversión española en AVE es socialmente ruinosa incluso en la línea más favorable de Barcelona a Madrid¹⁵ (el tráfico de pasajeros/kilómetro es la veintava parte del tren Tokio-Osaka o la sexta del París-Lyon). Las autoridades políticas dirán que lo que importa es la cohesión social y que esa se consigue haciendo llegar el AVE a cada pueblo (y creando una universidad así como un hospital en cada uno de ellos). La realidad es más bien la contraria: El AVE degrada la oferta convencional y perjudica tanto la cohesión como la equidad¹⁶. El caso español es extremo: la red más extensa del mundo en relación a población, la segunda, después de China, en términos absolutos, sin las elevadas densidades de demanda que lo haga viable.

Muy posiblemente tiene razón Arruñada cuando, precisamente para fomentar la responsabilidad ciudadana, propone que no

piensemos tanto en “más Estado” como en “mejor Estado”, para lo cual una mayor información sobre costes, rendimiento y calidad de los servicios públicos así como la claridad sobre los costes que soportamos (nada de ‘a cargo de la empresa’) podría llevar a que pusiéramos un interés comparable en los asuntos sociales al que ponemos en la escala de vecinos¹⁷. Informar sobre costes y rendimientos supone reconocer a las personas como adultas en un esquema de competencia por comparación en calidad con precios comunes y regulados (no una competencia en precios a costa de una calidad que el usuario no percibe).

Evaluar en sentido amplio supone evaluación adaptativa ante precios, efectividad y riesgos cambiantes y muy particularmente seguimiento de intervenciones y tecnologías a posteriori teniendo presente que no cesarán de llegar innovaciones, algunas disruptivas, que solo con una población dispuesta a “arriar el hombro” podrán priorizarse de forma soberana y no al albur de intereses comerciales expresados por muy diversas vías: desde asociaciones de pacientes a grupos profesionales pasando por medios de comunicación. La evaluación, no obstante, tiene mucho de bien público y España podría incluso permitirse una moratoria de no incorporación de nueva tecnología durante un período para parecerse a países de mayor riqueza pero, sobre todo, con un estado de bienestar más consolidado.

Afortunadamente los vientos de la Unión Europea soplan a favor cuando exige la evaluación de las políticas que financia –como las políticas activas de empleo–. El “regeneracionismo”, que parece vivir nuestra sociedad, y la disponibilidad de profesionales competentes con métodos rigurosos para evaluar pueden permitir mejorar tanto la calidad democrática del país como la rentabilidad social de sus gastos e inversiones públicas.

Por tanto, en definitiva, evaluar sí que es de compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva J, Brosa M, Espín J, Figueras M, Trapero M y Key4Value-Grupo I. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (I): Perspectiva y costes en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Rev Esp Salud Pub.* 2015; 89: 5-14.
2. Trapero-Bertrán M, Brosa M, Espín J, Oliva J y Key4Value-Grupo II. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (II): Perspectiva y costes en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Rev Esp Sal Pub.* 2015; 89: 125-135. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_2/RS892C_MTB.pdf
3. Espín J, Brosa M, Oliva J, Trapero-Bertrán M y Key4Value-Grupo III. Cuestiones controvertidas en evaluación económica (III): La evaluación económica de intervenciones sanitarias en tres situaciones especiales: Enfermedades raras, los tratamientos al final de la vida y las externalidades en las evaluaciones. *Rev Esp Salud Pub.* 2015; 89(3): en prensa. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol89/vol89_3/RS893C_JEB.pdf
4. González López-Valcárcel B, Meneu R. Hepatitis C, negociaciones de precios y otras inflamaciones. *Boletín Economía y Salud.* 2015; 82. Disponible en <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=23&idN=1337>
5. Heckman J. The developmental origins of health. *Health Econ.* 2012; 21: 24-29.
6. García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. *Gac Sanit.* 2014; 28 (S1): 31-36.
7. Oyagüez I, Frías C, Seguí MA, Gómez-Barrera M, Casado MA y Queral M. Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farm Hosp.* 2013; 37: 240-59.
8. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm 306 de 22-12-1990.
9. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm 222 de 16-09-2006.
10. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE núm 98 de 24-04-2012.
11. Artells JJ, Peiró S, Meneu R. Barreras a la introducción de una agencia evaluadora para informar la financiación o la desinversión de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Salud Pub.* 2014; 88: 217-31.
12. Oyagüez I, Frías C, Seguí MA, Gómez-Barrera M, Casado MA y Queral M. Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farm Hosp.* 2013; 37: 240-59.
13. Campillo C y Peiró S. (2009): Enfermedades raras, medicamentos huérfanos: el valor de la orfandad. *Gest Clín Sanit.* 2009; 11: 119-26.
14. Fundación BBVA. Departamento de Estudios Sociales y Opinión Pública. Values and Worldviews. Madrid: Fundación BBVA; 2013. Disponible en: <http://www.fbbva.es/TLFU/dat/Presentacionvalues.pdf>
15. De Rus G. Economic evaluation of High Speed Rail. Stockholm: Expert Group on Enviromental Studies; 2012. Disponible en: <http://www.ems.expertgrupp.se/uploads/documents/hsr.pdf>
16. Albalade D, Bel G. La experiencia internacional en alta velocidad ferroviaria. Documento de Trabajo 2015-02. Madrid: Fedea; 2015. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/dt/2015/dt2015-02.pdf>
17. Arruñada B. ¿Más o menos Estado? *El País*, 15 de marzo del 2015.