

La evaluación económica aplicada a la salud pública medioambiental. El análisis coste-efectividad

Juan M Cabasés Hita

Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra
jmcabases@unavarra.es

La prevención y la salud pública no han tenido el mismo desarrollo que la asistencia sanitaria en materia de evaluación de resultados en salud. Por esto es necesario incorporar la cultura de evaluación económica en las funciones de salud pública y prevención, para poder medir su contribución a la salud de la población estimando el coste de las mismas y valorando la relación coste-efectividad de las alternativas de acción. La comparabilidad con otras funciones sanitarias exige la utilización de una metodología común. El análisis coste-efectividad es la técnica más utilizada por la economía para valorar las alternativas de acción en materia de salud, en cualquiera de sus funciones.

El análisis coste-efectividad mide los costes sociales y los efectos en salud de las alternativas de acción y ofrece resultados en términos comparables de coste por unidad de salud lograda, estableciendo ordenaciones de alternativas que pueden orientar la toma de decisiones. El reto para nuestro sistema sanitario es la incorporación de una cultura de evaluación. La economía ha desarrollado instrumentos de medida de costes y efectos. Ciertamente, en España faltan medidas de salud y de costes unitarios, generalmente admitidos, para realizar la evaluación de tecnologías y en ello están empeñados los economistas de la salud.

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Entre los métodos de evaluación económica cuyo fundamento teórico es la metodología coste-beneficio, es decir, el criterio de eficiencia, se encuentran el análisis coste-efectividad (ACE) y su versión más desarrollada, el análisis coste-utilidad (ACU), donde los resultados se miden en unidades homogéneas de salud¹⁻⁶. El ACU tiene como característica principal que mide los beneficios sanitarios en unidades de años de vida ajustados por calidad (AVAC, ampliamente conocidas por su acrónimo inglés, QALY, *Quality Adjusted Life Years*). Los análisis de la razón incremental coste-efectividad, *Incremental Cost Effectiveness Ratio* (ICER), orientan a los responsables políticos en la distribución de la financiación entre distintos programas, con el fin de conseguir un mayor nivel de salud para la sociedad en un contexto de recursos limitados. Este es el procedimiento utilizado para establecer prioridades en la política sanitaria en

algunos países avanzados, como el Reino Unido⁷.

MEDIDA DE LA EFECTIVIDAD

En la medida de los resultados, la economía de la salud ha desarrollado medidas de preferencias sobre estados de salud que permiten obtener un numerario de salud, el año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY).

Las unidades de resultado son medidas de preferencias sobre estados de salud, que permiten establecer la utilidad para los individuos del perfil de salud a lo largo de su vida. El resultado de los cambios en dichos perfiles de salud es la medida de la efectividad de las intervenciones sanitarias sobre estos individuos. Concretamente, los QALY son una medida de salud que combina los componentes básicos que definen la salud, esto es, cantidad y calidad de vida. Los QALY se obtienen multiplicando la esperanza de vida por un peso que refleja la calidad. La idea que subyace a los QALY es que los años de vida no deben entrar sin ponderación en el cálculo de los beneficios de salud, sino que deben ser ajustados o ponderados por la calidad con que se viven esos años³. Un QALY es el valor de un año de vida en estado sano, y se supone que todos los QALY son del mismo valor intrínseco. Su fundamento utilitarista significa que entre dos procedimientos de igual coste, la sociedad preferirá aquel que añada más QALY, con independencia de quién los gane. Hay múltiples cuestiones metodológicas en la elaboración de QALY, entre las que destacan la caracterización de la medida de preferencias sobre estados de salud y el tipo de funciones de utilidad subyacentes al QALY. Nuestro objetivo aquí es menos ambicioso. Se trata de conocer el estado de la medida de la salud para la evaluación económica en España y la posibilidad de desarrollar medidas de efectividad para que la evaluación económica sea una realidad.

Para lograr una medida de salud es preciso utilizar en primer lugar un instrumento de medida de la calidad de vida asociada a la salud (CVAS) que contenga las dimensiones relevantes, básicamente físicas, emocionales y sociales, y permita combinar los diferentes niveles de cada dimensión para definir estados de salud. En segundo lugar, aplicar alguna técnica de medición de preferencias sobre los estados de salud que permita conocer la deseabilidad relativa de cada uno, para

ordenarlos en una escala 0-1, donde 1 significa el mejor estado de salud y 0 la muerte.

Un instrumento de CVAS muy utilizado para obtener medidas de efectividad es el EQ-5D, desarrollado por el Grupo EuroQol, un conjunto de investigadores multidisciplinar creado con ese propósito hace 25 años⁸. El EQ-5D es un cuestionario genérico, sencillo, autoadministrado y con poca carga cognitiva para el individuo, basado en preferencias, para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud que contiene una página con un sistema descriptivo y otra página con una escala visual analógica (EVA) que, a modo de termómetro, determina entre 0 y 100 el estado de salud que el individuo percibe en ese día, siendo 100 el mejor estado de salud imaginable y 0 el peor. Consta de 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una con tres niveles: 1) "ausencia de problema", 2) "algún problema" y 3) "problema extremo". Así, un determinado estado de salud queda descrito con 5 dígitos permitiendo la clasificación de 243 estados de salud. Recientemente, para mejorar la sensibilidad a los cambios en el estado de salud, se ha elaborado una nueva versión de 5 niveles por dimensión, EQ-5D-5L, que da lugar a 3125 posibles estados de salud. En la actualidad, el grupo EuroQol trabaja en la elaboración de un conjunto de valores para los estados de la nueva versión del instrumento a partir de una combinación de técnicas de medida de preferencias, la Equivalencia Temporal y Métodos de Elección Discreta, con objeto de ofrecer una metodología común para todos los países.

España es pionera en la práctica de la obtención de valores del nuevo EQ-5D y recientemente se ha desarrollado un conjunto de valores de los estados de salud del EQ-5D-5L representativos para la población española, a partir de las técnicas mencionadas, de acuerdo con las directrices del EuroQol⁹. Esta es una buena noticia para las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que podrán contar con una unidad de salud para medir la efectividad de las tecnologías objeto de evaluación, en su papel de garantes de la calidad de las técnicas y procedimientos de la cartera básica de servicios sanitarios y de salud pública. Este es un logro de enorme valor para la incorporación sistemática de la evaluación económica a las decisiones sanitarias de inversión y desinversión.

EL UMBRAL DE COSTE EFECTIVIDAD

En ausencia de estudios sobre valoración monetaria, es habitual que los decisores utilicen umbrales de coste-utilidad para aceptar o no una tecnología como eficiente. La cuestión de dar un valor monetario al ICER

es un juicio de valor que corresponde a quienes se encuentran legitimados socialmente para la toma de decisiones, es decir, los responsables políticos. El NICE ha hecho explícitos valores umbral de coste-utilidad para sus recomendaciones sobre autorizar o no una nueva tecnología sanitaria, que comenzó en 30 000 libras en 2001 pero que, a la vista de las decisiones adoptadas de incorporación de tecnologías, se ha reducido a 20 000 libras, con rangos de entre 20 000 y 30 000 libras para decisiones de inversión con otros beneficios añadidos como la innovación. La única vez que el Departamento de Salud británico hizo explícito el umbral fue en 2004 y lo estableció en 36 000 libras en un proceso de acuerdo sobre riesgo compartido con las empresas farmacéuticas. En Estados Unidos se ha utilizado la cifra de 50 000 dólares, entendiendo que se trata tan solo de una referencia orientativa y, en todo caso, de un suelo -lo que está por debajo de 50 000 por QALY debería aprobarse- y no de un techo. No se ha valorado la actualización de la cifra según la inflación. En España, la cifra de 30 000 euros se convirtió en una referencia y se propuso como umbral para el coste por año de vida ganado (no por QALY), y sigue siendo una referencia en los estudios de evaluación en España (aplicada al coste por QALY). Habría que reabrir este debate en nuestro país y llegar a establecer un umbral de coste por QALY si se pretende utilizarlo como guía para definir el techo de lo que se considera eficiente.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS MEDIOAMBIENTALES. EL CASO DE LA REDUCCIÓN DEL PLOMO EN LAS GASOLINAS: IMPACTO EN LA SALUD DE LOS NIÑOS

Con el objetivo de conocer el impacto económico de la política de prohibición del plomo en las gasolinas en la salud de los niños en términos de mantenimiento del Cociente Intelectual (CI), se analizaron los niveles de plomo en sangre en niños de la Comunidad de Madrid en dos periodos distintos, antes (1995) y después (2010) de la prohibición del plomo de la gasolina (2001). Se calculó la ganancia neta en puntos de CI y su expresión en términos de capacidad de producción ganada a lo largo de la vida laboral.

Con la reducción de los niveles de plomo en sangre desde una media de 3,8 µg/dL que tenían los niños de la Comunidad de Madrid en el año 1995 a una media de 1,1 µg/dL que tenían en el año 2010, se ha evitado perder entre 135 391 y 144 153 puntos de CI entre los niños de 7-8 años. La capacidad de producción ganada a lo largo de la vida laboral se ha estimado en un rango entre 626,4 y 865,4 millones de euros para toda la vida laboral de los niños de esta cohorte. Podemos concluir que analizar los

beneficios sanitarios en términos monetarios aumenta la visibilidad del impacto de las políticas de salud pública y puede contribuir a orientar la toma de decisiones en pie de igualdad con otros ámbitos de la sanidad.

REFERENCIAS

1. Drummond M, Stoddart G, Torrance G. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Atención a la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1991.
2. Drummond MF, Sculper MJ, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (3rd Edition). UK: Oxford University Press; 2005.
3. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein M (Eds.). Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York-Oxford: Oxford University Press; 1996.
4. Cabasés JM. Análisis Coste-Beneficio. Serie Informes Técnicos, n.º 7. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
5. Buti M, San Miguel R, Brosa M, Cabasés JM, Medina M, Casado MA, Fosbrook L, Esteban R. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver-related morbidity, mortality and costs related to chronic hepatitis C. *Journal of Hepatology* 2005;42 (5):639-45.
6. San Miguel R, López-González AM, Sánchez-Iriso E, Mar J, Cabasés JM. Measuring health-related quality of life in drug clinical trials: is it given due importance? *Pharmacy World & Science* 2008;30(2):154-60.
7. National Institute for Clinical Excellence. Guide to the Methods of Technology Appraisal. April 2004.
8. Brooks R and the-Euro-Qol-Group. Euro-Qol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37:57-72.
9. Ramos-Goñi JM, Errea M, Rivero-Arias O, Cabasés JM. EQ-5D-5L valuation project for the Spanish population – a descriptive overview and preliminary results. Paper presented to the EuroQol Plenary Meeting, Rotterdam. 2012.
10. Ordóñez JM, JJ Guillén, M González, MI Aparicio, MJ Martínez y JM Cabasés Hita. Evaluación económica de políticas públicas. El caso de la reducción del plomo en las gasolinas: impacto en la salud de los niños. 2013 (mimeo).