

RECUERDE Durante esta semana participe en el Estudio sobre Inmigración y Salud

[Diariomedico.com](#) > [Gestión](#)

GESTIÓN

El necesario mundo de la evaluación económica

Farmacoeconomía "En un mundo en el que los recursos son limitados..." Esta frase es habitual cuando se habla de farmacoeconomía, pero es como si en cada argumentación se dijera "si mi abuela tuviera ruedas sería una bicicleta, pero como no las tiene...". Los recursos son limitados y eso lo sabemos todos desde hace tiempo. La sanidad no es una excepción y por eso no todas las terapias innovadoras pueden ser financiadas por la Administración pública. Para decidir cuáles pueden salir adelante se usan las evaluaciones económicas, aunque no son sagradas.

David Rodríguez. Granada 24/06/2008

Cojan papel y bolígrafo. A la pizarra, José Antonio Sacristán, director médico; Tatiana Dilla, gerente de Investigación de Resultados Sanitarios, y Amparo Valladares y María Costi, ambas técnicas en Investigación de Resultados Sanitarios. Todos del laboratorio farmacéutico Lilly. Hoy hablaremos de farmacoeconomía, en el contexto de la Escuela de Verano organizada por Lilly en Granada.

Como ya se sabe que los recursos son limitados, la necesidad de la evaluación económica la explica Valladares de la siguiente forma: "Contar con un presupuesto y una demanda limitadas hace que el conocimiento de la eficacia y la seguridad no sean suficientes". La evaluación económica integra costes y consecuencias de las intervenciones.

¿Y cómo saber qué terapias innovadoras deben salir adelante? Destacan varios tipos de análisis económicos: minimización de costes, coste-beneficio y coste-efectividad. "Este último es el más empleado, pero su valor medio no permite la comparación", señala Valladares. Por eso "no debe usarse en la toma de decisiones.

La medida apropiada es el resultado del coste-efectividad incremental, que compara dos terapias". El problema es que los estudios se quedan en el coste-efectividad medio en el 12 por ciento de los casos. Además, para este tipo de análisis "la incertidumbre es una realidad presente y el horizonte temporal tiene que ser lo suficientemente largo como para poder calcular bien el coste y el beneficio".

El coste-efectividad se puede representar de manera gráfica, y para ello hay que volver a la escuela y desempolvar el eje de coordenadas que muchos pensaron que no volverían a utilizar. Con un nombre ajustado al caso -plano de coste-efectividad-, se puede comprobar que la mayoría de las intervenciones dan un paso adelante en efectividad, pero también en coste. Por eso se suele utilizar el cuadrante superior derecho, en el que tanto el coste como la efectividad son positivos.

Pero cada vez va ganando más terreno otro tipo de análisis: el coste-utilidad, que no utiliza años de vida ganados sino ajustados por calidad (AVAC), que "permiten la representación numérica del valor de la salud del 0 -muerte- al 1 -salud perfecta-", apunta Costi.

Pero todo tiene unas limitaciones. Según Costi, los AVAC deben usarse para comparar un programa con otros ya evaluados y cuando el programa afecta a morbilidad y mortalidad y se quiere tener una medida común de resultado o beneficio, entre otras cosas. Pero "no debe usarse cuando el nuevo programa es dominante o si solo se dispone de resultados intermedios", por ejemplo.

Un poco de Historia

La unión de AVAC y euro aporta una clave para la aprobación de las nuevas terapias, pero para ello se requiere el establecimiento de límites. Éstos surgieron en 1993, de la mano del canadiense Andreas Laupacis, que observó en la bibliografía que por debajo de 20.000 dólares por AVAC la aceptación era generalizada y que por encima de 100.000 ocurría lo contrario. "Por ello propuso esos límites.

La gente le criticó por basarse en estimaciones, pero se empezaron a emplear", según Sacristán. Poco después los límites se establecieron entre 50.000 y 100.000 dólares/AVAC y la observación de las medidas adoptadas por el referente europeo en evaluación económica de nuevas terapias, el Instituto Nacional de Evidencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés), mostró que dicha barrera había de situarse entre 20.000 y 30.000 libras por AVAC.

En España, un estudio en el que participó Sacristán propuso 30.000 euros por año de vida ganado (puede extenderse a AVAC en este caso) como medida de corte, que ha sido ratificada posteriormente por la mayoría de los países europeos y por un estudio económico concreto: en todos los países europeos se practica la hemodiálisis, lo cual puede marcar un buen límite, y su coste por AVAC es justo de 50.000 dólares.

Múltiples criterios

Pero el coste-efectividad no puede ser un criterio único en la toma de decisiones, aclara Sacristán. "Las intervenciones deben ser coste-efectivas en determinados grupos de pacientes, no en general, y también varía según la indicación". En el caso de los medicamentos huérfanos, "su coste-efectividad es altísimo, pero no hay alternativas y, sobre todo, hay pocos casos, lo cual representa un escaso requerimiento económico". Lo contrario ocurre con el tratamiento de los síntomas de la gripe, que "son muy efectivos pero su gran prevalencia ocasiona grandes costes".

Otro caso es la adherencia al tratamiento, que en el caso de los IECA en diabetes tipo I provoca que se pase de 4.091 dólares/AVAC con un 65 por ciento de adherencia a 1.176.738 dólares/AVAC si se baja hasta un 51 por ciento. También hay intervenciones de dudosa eficiencia que se financian por razones políticas o legales, como ocurre con los tratamientos del Alzheimer, cuya prescripción fue desaconsejada por el NICE en una decisión revocada por la Cámara Alta británica.

No obstante, Sacristán piensa que la evaluación económica está infrutilizada en sanidad: "El problema parece estar en la mentalidad de compartimento estanco, en la que cada gestor se ocupa sólo de su propio presupuesto, y en que mucha gente no entiende que no siempre ser eficiente es gastar menos".

[Escriba un comentario](#) | [Ver todos los comentarios](#)

130.000
registrados

DIARIO MEDICO.COM

servicios

[Estudio sobre Inmigración y salud](#)

[Formación](#)
[Encuentros digitales](#)
[Blogs](#)
[Vídeos](#)
[Especiales](#)
[Entrevistas](#)
Salud de la Mujer

[Las más leídas](#)
[Opinión](#)

¿Es ético utilizar actores como falsos pacientes para controlar la calidad del sistema sanitario?

 Sí. No. [Votar](#)
[Ver resultados](#) [Acceda al artículo](#) [Opine en el foro](#)

¿Está de acuerdo con que los médicos extracomunitarios ejerzan antes de obtener la homologación académica?

 Sí. No. [Votar](#)
[Ver resultados](#) [Acceda al artículo](#) [Opine en el foro](#)
plataforma de formación
Más de 39.000
profesionales formados

servicios

Información para pacientes
Guía de Internet 2007
Documentos PDF
Buscar Congresos
Archivo
Más servicios
■ Agenda Consulte todos los simposios, jornadas, reuniones, cursos y otras actividades.
■ Asesor legal Haga su consulta legal, un equipo de asesores se ocupará de seleccionar y responder las cuestiones más interesantes
■ Eureka Ahora puede publicar en Diario Médico su propia investigación Publique su investigación
■ Medline Servicio de búsqueda de la Biblioteca Nacional de Medicina permite el acceso a más de 9.000.000 de documentos.
■ Newsletter Obtenga el resumen de titulares o newsletter de Diariomedico.com en su correo electrónico
■ Quién es quién Acceda a toda la información de contacto de las instituciones médicas y científicas relacionadas con la sanidad española.

[Contacto](#) | [Aviso Legal](#) | [Publicidad](#) | [Mapa del web](#)



©2008. Madrid. Unidad Editorial, Revistas

La información que figura en esta página web, está dirigida exclusivamente al profesional destinado a prescribir o dispensar medicamentos por lo que requiere una formación especializada para su correcta interpretación. S.V.P. nº 712-L-CM concedida por la Comunidad de Madrid, autoridad competente en la materia, el 10 de junio de 1997.

OTRAS WEBS DE UNIDAD EDITORIAL