

Economía de la salud y sostenibilidad de los sistemas sanitarios

Juan M Cabasés
Departamento de Economía
Universidad Pública de Navarra



ENCUENTRO INTERNACIONAL DE LÍDERES DE SALUD
30 de Noviembre y 1 al 3 de Diciembre de 2010

Economía de la salud y sostenibilidad de los sistemas sanitarios

La relevancia económica de la sanidad. El gasto sanitario en España.

Los retos de nuestro sistema sanitario

- 1.- Un nuevo marco asistencial para un nuevo patrón epidemiológico
- 2.- El buen gobierno de la sanidad
- 3.- La financiación sanitaria
- 4.- La mejora de la eficiencia
 - la creación de un entorno de motivación e incentivos adecuado para los profesionales sanitarios
 - la corresponsabilidad informada de los ciudadanos con su sistema sanitario
 - la introducción de la cultura de la evaluación económica

Informe sobre la salud en el mundo



LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El camino hacia la cobertura universal

Mensaje de la Directora General

En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar opciones que mejoren la eficiencia.

Este informe calcula que entre el 20% y el 40% del gasto sanitario total se pierde por la ineficiencia

Nadie que necesite asistencia sanitaria, ya sea terapéutica o preventiva, debe arriesgarse a la ruina financiera por ello



A handwritten signature in blue ink, which appears to read "M. Chan", is shown.

Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

El camino hacia la cobertura universal

Tres problemas fundamentales

- la disponibilidad de recursos

- la dependencia excesiva de los pagos directos

- el uso ineficiente y no equitativo de los recursos

Los países deben

- recaudar los fondos suficientes,

- disminuir la dependencia de los pagos directos para financiar los servicios y

- mejorar la eficiencia y la equidad

Recaudación de recursos suficientes para la salud

Aumentar la eficiencia en la recaudación de ingresos

Restablecer las prioridades de los presupuestos del estado

Financiación innovadora

aumento de **impuestos** sobre los **billetes aéreos**, las **transacciones de divisas** y el **tabaco** destinados a la salud mundial.

bonos diáspora (que se venden a los emigrantes) y las **tasas solidarias** sobre una variedad de productos y servicios, como las llamadas de teléfonos móviles

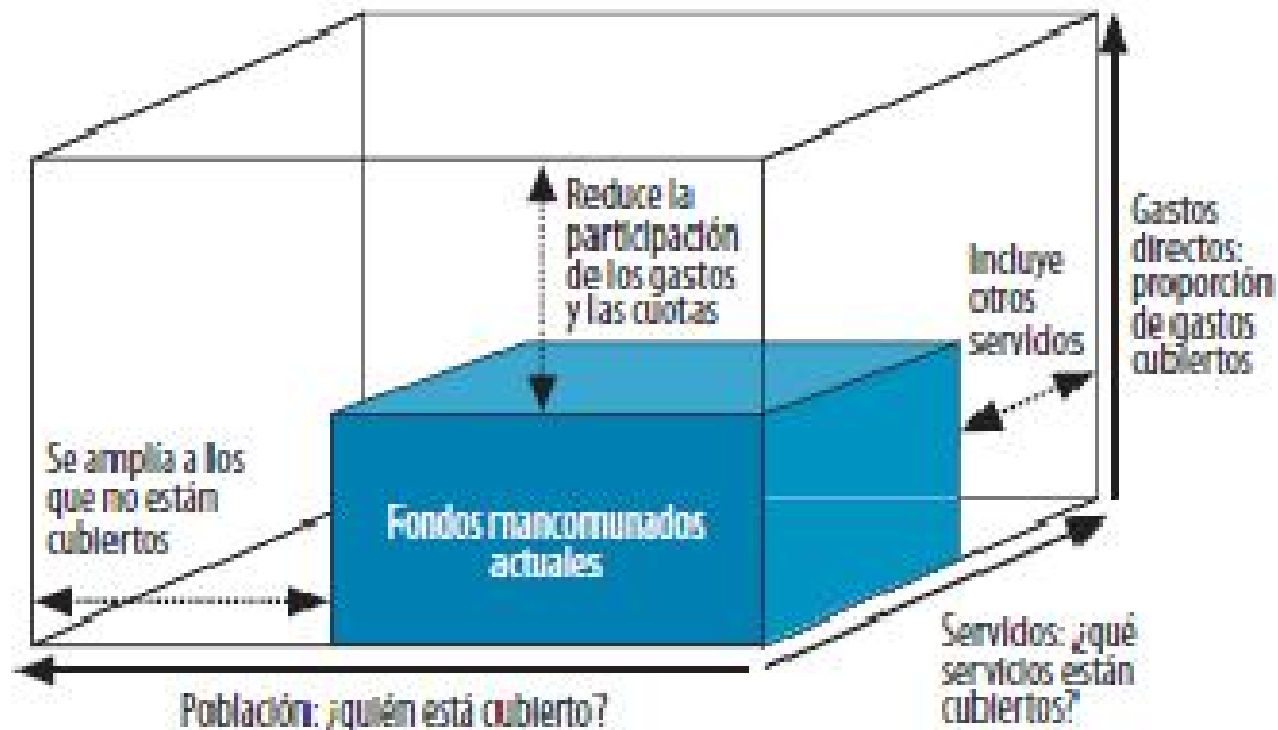
tasas sobre los productos que son perjudiciales para la salud (“impuestos al pecado”) tienen el doble beneficio de mejorar la salud de la población mediante la disminución del consumo, al tiempo que recaudan más fondos.

impuestos sobre otros productos perjudiciales, como las **bebidas azucaradas** y las **comidas con alto contenido de sal o ácidos grasos trans**

Ayuda al desarrollo para la salud

Eliminación de los riesgos financieros y de las barreras de acceso

Figura 1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal



Otras barreras para acceder a los servicios sanitarios

ACCESO

FÍSICO

LEGAL

FINANCIERO

CULTURAL

CALIDAD

Promoción de la eficiencia y eliminación del despilfarro

Que los recursos se usen de manera eficiente

- Motivar al personal sanitario
- Mejorar la eficiencia hospitalaria
- Conseguir la asistencia correcta la primera vez, reduciendo los errores médicos
- Eliminar el despilfarro y la corrupción
- Evaluar críticamente cuáles son los servicios necesarios

La relevancia económica de la sanidad

Un sector económico muy importante y **en auge**

De elevado **impacto** sobre la actividad económica en cuanto demandante de productos de otros sectores y como generador de empleo

Un sector **innovador** en el ámbito de la alta tecnología y de los medicamentos

Promueve el **bienestar** directamente al producir tiempo sano (cantidad y calidad de vida asociada a la salud) del que disfrutamos y aumentos en la productividad en toda la economía, al devolver a las personas activas al mercado de trabajo, generando una **inversión en capital humano** de primer nivel

La inversión en salud es **muy rentable socialmente**

Problemas de azar moral y oportunismo contractual

El carácter **universal y gratuito** de nuestro sistema sanitario es un gran logro del estado de bienestar

Pero queda en manos de los ciudadanos la decisión de consumir. Un **individuo racional** enfrentado a un servicio gratuito consumirá mayor cantidad que si tuviera en cuenta su coste, es decir, habrá un consumo excesivo

Además, los **profesionales sanitarios** no se enfrentan al coste de sus decisiones de diagnóstico y tratamiento, por lo que se espera que actúen alejados de consideraciones de coste, centrados fundamentalmente en la efectividad o mejora de la salud de sus pacientes o en otros objetivos particulares

El resultado probable es la **ineficiencia** en la provisión de servicios sanitarios públicos

El gasto sanitario en España

El gasto sanitario muestra una tendencia incesante al crecimiento en nuestro país, por encima de su crecimiento económico

El año 2008, un 9% del PIB, exactamente la media de los países de la OCDE

Mayor ritmo de crecimiento del gasto sanitario per capita en España: desde 2000 a 2008 ha sido del 4,7% anual, algo superior a la media de la OCDE (4%)

El gasto sanitario **seguirá subiendo**: *Drivers* del gasto sanitario:

La renta: $\varepsilon_y > 1$ (gasto total y público); $\varepsilon_y < 1$ (gasto privado)

Los cambios demográficos: Joven sano financia al anciano enfermo

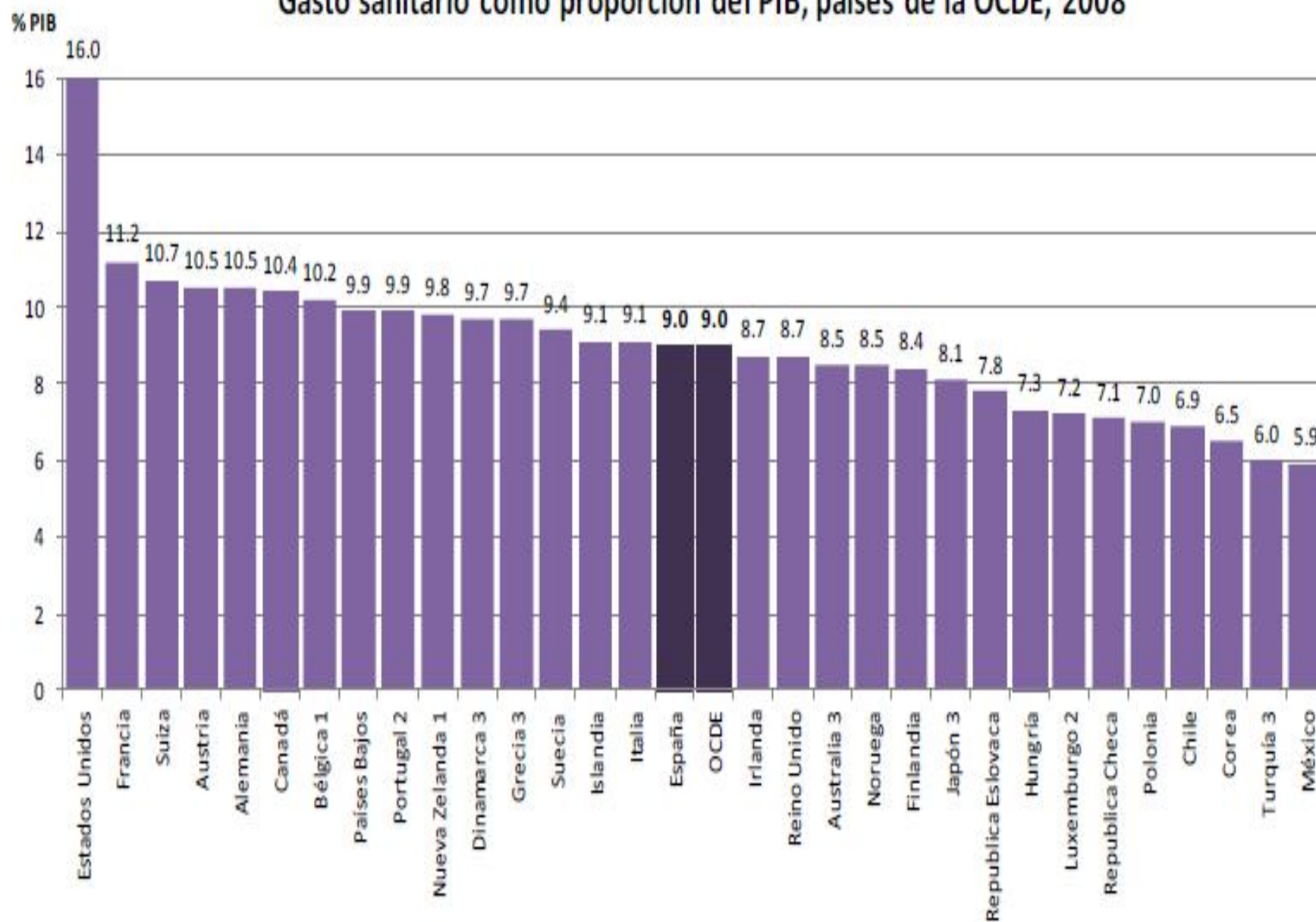
La introducción y desarrollo de nuevas tecnologías

Hábitos de vida. Azúcar - Obesidad - Gasto sanitario

El nuevo patrón epidemiológico basado en pacientes crónicos

Las dificultades para aumentar la productividad propias de los servicios intensivos en capital humano (**hipótesis de Baumol**)

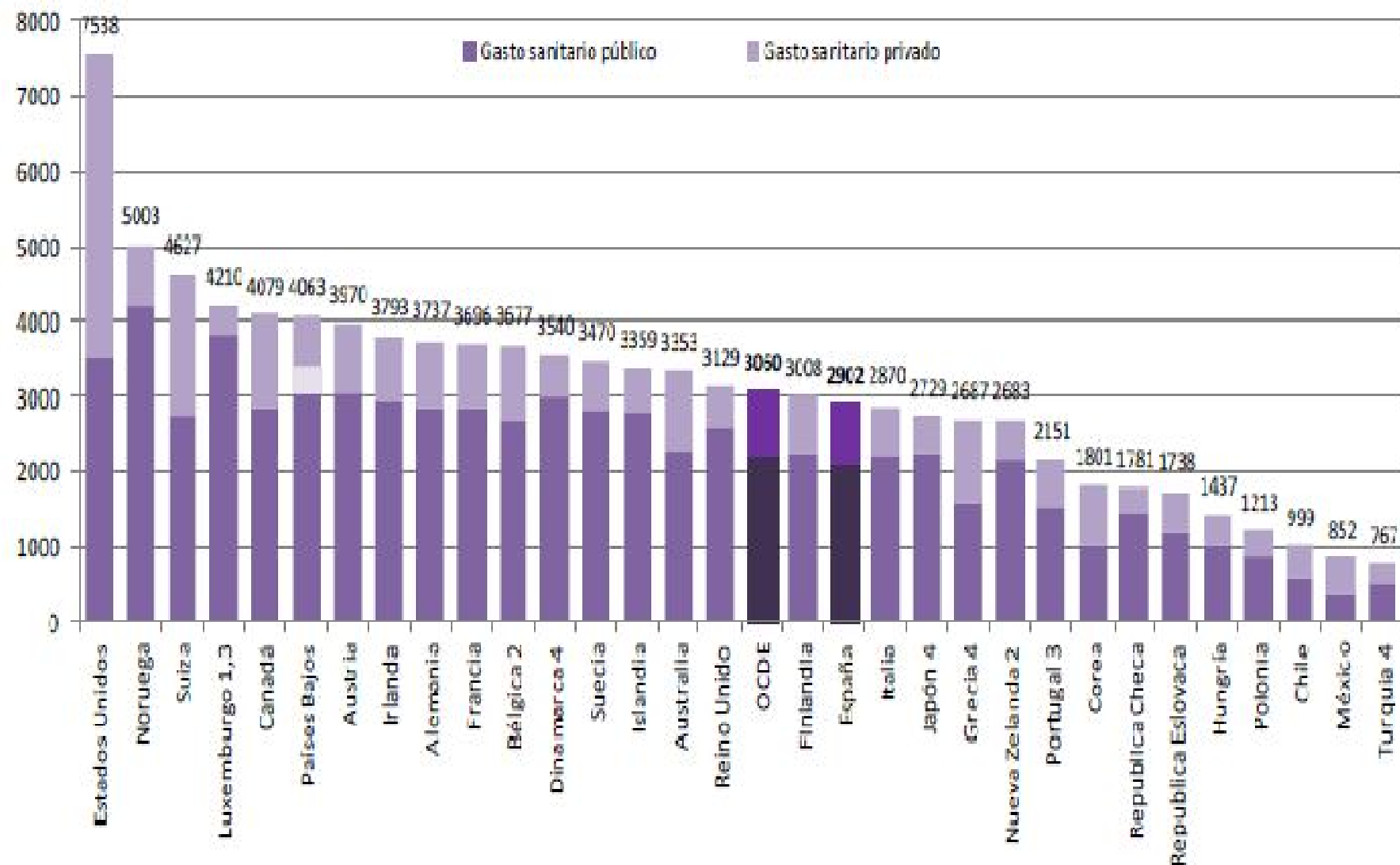
Gasto sanitario como proporción del PIB, países de la OCDE, 2008



1. Gasto corriente. 2. 2006. 3. 2007. Fuente: Eco-Salud OCDE 2010, Junio 2010.

Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2008

USD PPA



1. Se refiere a la población asegurada más no a la población residente. 2. Gasto corriente. 3. 2006. 4. 2007. Fuente: *Eco-Salud OCDE 2010*, Junio 2010.

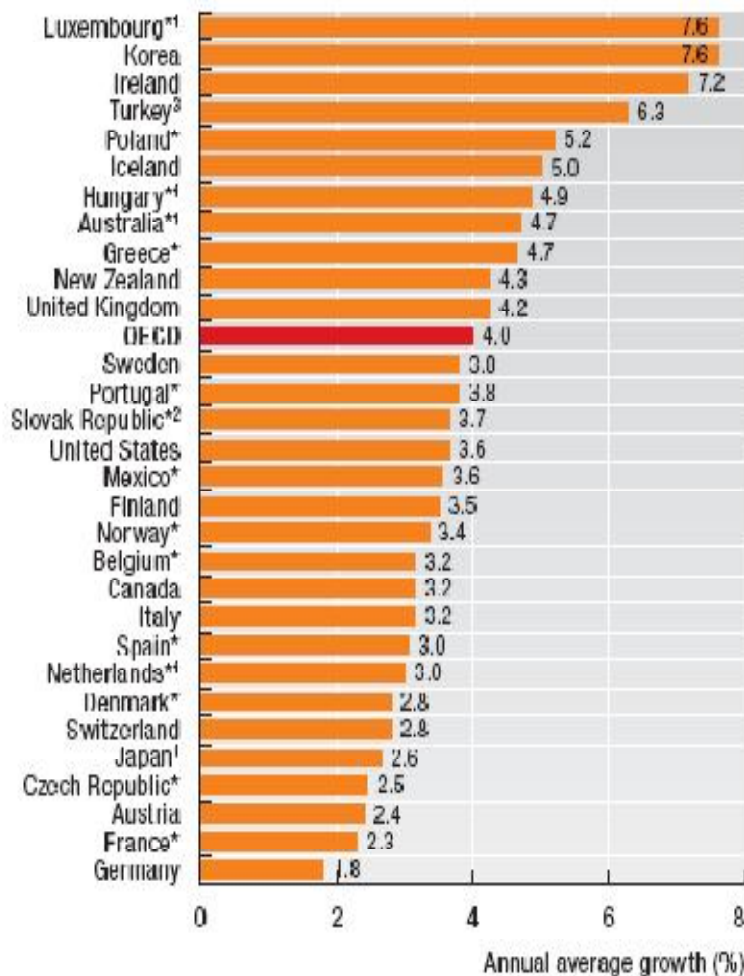
Datos en Dólares US ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

HEALTH EXPENDITURE

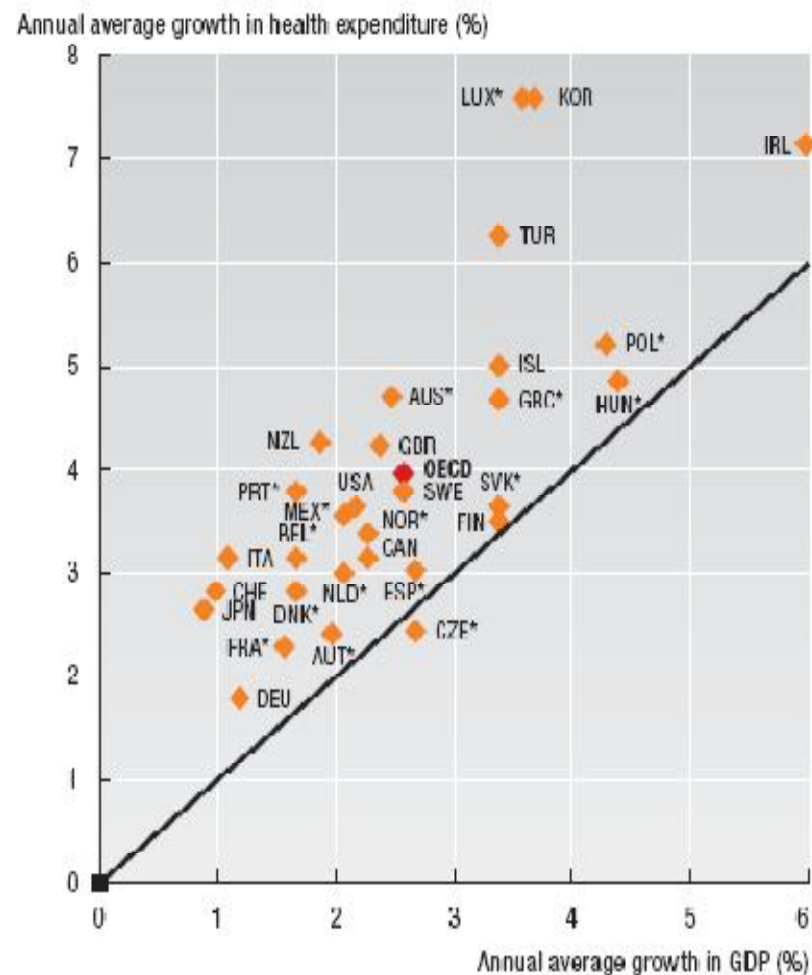
Annual growth rate of public expenditure on health per capita, in real terms

	2000- 2001	2001- 2002	2002- 2003	2003- 2004	2004- 2005	2005- 2006	2006- 2007	2007- 2008
OECD countries								
Australia	2,7	5,9	0,8	5,7	0,7	2,1	3,9	
Austria	0,6	1,0	1,8	3,2	2,3	1,6	3,9	4,2
Belgium				8,1	-0,1	-0,4	3,7	3,5
Canada	5,5	4,5	3,9	2,1	2,7	2,8	2,4	3,1
Chile	7,1	2,6	2,3	0,8	3,2	2,5	10,3	14,3
Czech Republic	4,5	9,0	8,0	0,1	4,7	1,7	0,6	5,1
Denmark	4,3	2,8	7,6	3,4	2,6	4,7	3,2	
Finland	5,8	7,5	6,9	5,4	5,8	5,0	2,1	2,7
France	2,4	3,8	3,6	2,7	2,0	0,2	1,1	0,1
Germany	2,0	1,6	0,6	-3,2	1,8	1,7	1,5	2,6
Greece	17,5	1,7	6,9	-0,1	14,2	8,7	1,3	
Hungary	3,4	12,5	19,7	0,4	7,8	1,6	-9,9	-0,3
Iceland	0,7	9,1	3,8	0,9	1,5	-0,9	3,8	-0,8
Ireland	16,0	10,1	7,2	6,7	2,3	1,6	5,0	15,0
Italy	6,7	1,5	-0,7	6,3	3,5	2,8	-3,0	4,6
Japan	3,8	0,1	2,8	2,5	4,6	-0,7	3,6	
Korea	31,4	1,4	5,1	5,9	12,4	16,9	10,1	5,0
Luxembourg	6,2	11,6	9,9	10,0	-2,6	-2,9		
Mexico	2,1	0,5	3,8	8,9	0,3	1,0	5,7	4,8
Netherlands	5,0	5,7						
New Zealand	2,2	9,5	0,6	6,1	7,2	6,0	2,6	7,2
Norway	7,4	12,2	3,0	-0,6	-3,9	-3,2	5,4	-3,8
Poland	10,3	8,6	0,6	2,7	4,9	7,0	12,3	16,8
Portugal	-0,4	3,0	7,8	2,0	2,0	-1,6		
Slovak Republic	3,9	6,7	7,4	8,7	5,0	3,7	14,0	11,0
Spain	2,3	1,5	12,6	2,3	3,1	4,4	3,5	9,5
Sweden	5,8	6,2	3,3	0,5	2,3	2,5	2,4	2,3
Switzerland	7,7	4,1	3,3	2,3	3,1	-1,8	1,1	1,8
Turkey	4,8	12,9	5,3	7,6	3,4	13,4	6,6	
United Kingdom	6,2	6,1	5,4	7,2	5,2	4,8	3,1	3,4
United States	7,4	6,1	4,6	3,8	2,8	4,3	2,7	3,5
Accession countries								
Estonia	1,2	6,1	11,0	8,5	8,9	6,3	15,7	14,6
Israel	3,5	-1,4	-2,7	-0,9	0,9	0,4	0,9	4,1
Slovenia	5,5	4,3	0,5	2,6	3,1	4,0	0,2	10,7

5.1.2. Annual average growth rate in real health expenditure per capita, 1995-2005



5.1.3. Annual average growth in real per capita expenditure on health and GDP, 1995 to 2005



* Growth rates adjusted. See box "Definition and deviations".

1. 1995-2004. 2. 1997-2005. 3. 1998-2005.

Source: OECD Health Data 2007.

Las políticas de control de precios y salarios

La crisis económica genera dificultades para el mantenimiento de los ingresos públicos. La **reducción del gasto sanitario público** puede ser una realidad en los próximos años

En general, las políticas de control de los precios y salarios resuelven situaciones a **corto plazo**, pero no pueden sostenerse a medio y largo plazo. El recorte retributivo, que era esperable en una situación de emergencia como la actual, por tanto, no puede sostenerse y previsiblemente producirá un efecto rebote en no mucho tiempo

Además, puede producirse un incremento de la **presión asistencial** debido a un menor gasto privado y a una mayor necesidad asistencial provocada por el desempleo, la pobreza emergente y los problemas de salud mental y física asociados a la crisis

La crisis económica como oportunidad

Revisar las holguras de ineficiencia del sistema sanitario público
(fallos del sector público)

Plantear políticas que mejoren la eficiencia, que permitan lograr
más salud con los recursos disponibles

Con la colaboración de todos los agentes: los usuarios, los
profesionales, los gestores, las empresas y la administración

Los retos de nuestro sistema sanitario

- 1.- Un nuevo marco asistencial para un nuevo patrón epidemiológico
- 2.- El buen gobierno de la sanidad
- 3.- La financiación sanitaria
- 4.- La mejora de la eficiencia
 - la creación de un entorno de motivación e incentivos adecuado para los profesionales sanitarios
 - la corresponsabilidad informada de los ciudadanos con su sistema sanitario
 - la introducción de la cultura de la evaluación económica

1.- Un nuevo marco asistencial para un nuevo patrón epidemiológico



Chronic Care:
Making the Case for
Ongoing Care



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Follow the Money — Controlling Expenditures by Improving Care for Patients Needing Costly Services

Thomas Bodenheimer, M.D., M.P.H., and Rachel Berry-Millett, B.A.

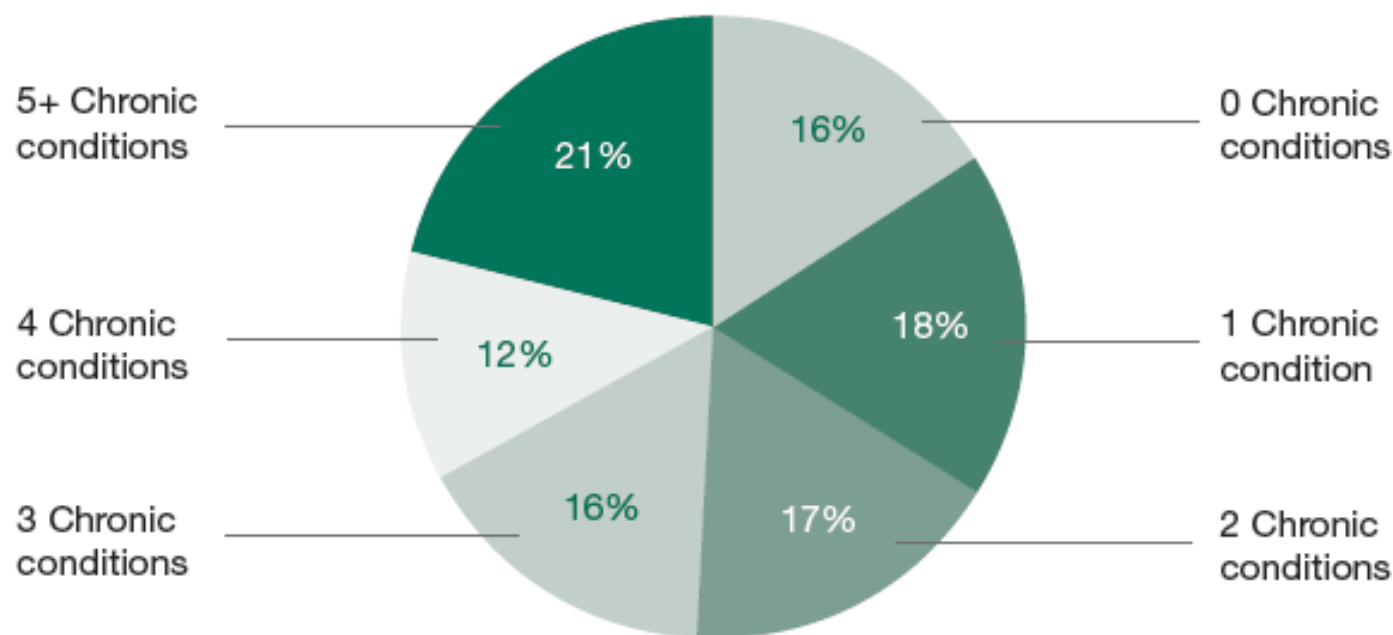
In the United States today, 10% of patients account for 70% of total health care expenditures. Many patients who require high-cost care are people with multiple chronic conditions, many medications,

ing the coordination of care, eliminating the duplication of services, and reducing the need for expensive medical services. Care management is generally provided by a registered-nurse care man-

10.1056/NEJMP0907185 NEJM.ORG

More Than Three-Fifths of Health Care Spending Is on Behalf of People With Multiple Chronic Conditions

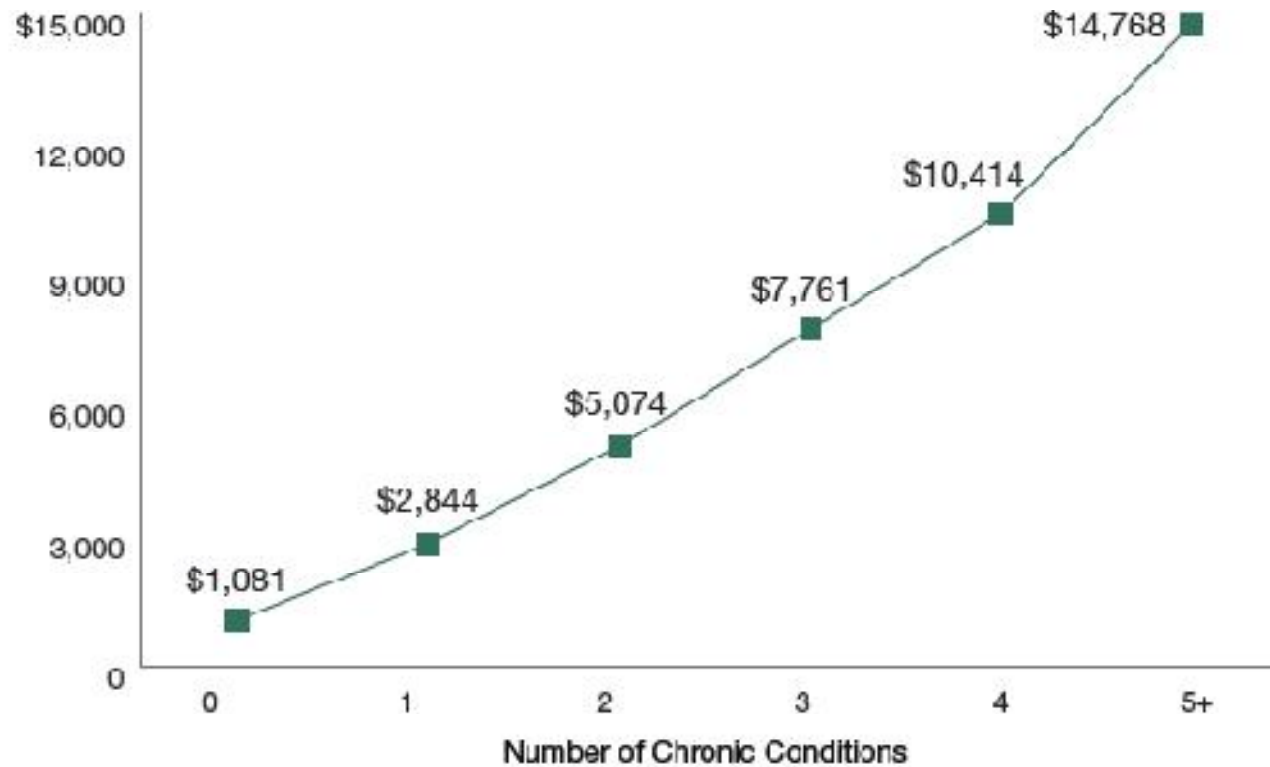
Percentage of Health Care Total Spending by Number of Chronic Conditions



Source: Medical Expenditure Panel Survey, 2006

Health Care Spending Increases With the Number of Chronic Conditions

Average Per Capita Health Care Spending



Source: Medical Expenditure Panel Survey, 2006

Las enfermedades crónicas

80% de las intervenciones

77% del gasto sanitario

Año 2020, las enfermedades crónicas causarán **3 de cada 4 muertes**

2/3 del aumento en el gasto actual se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas

Insostenible

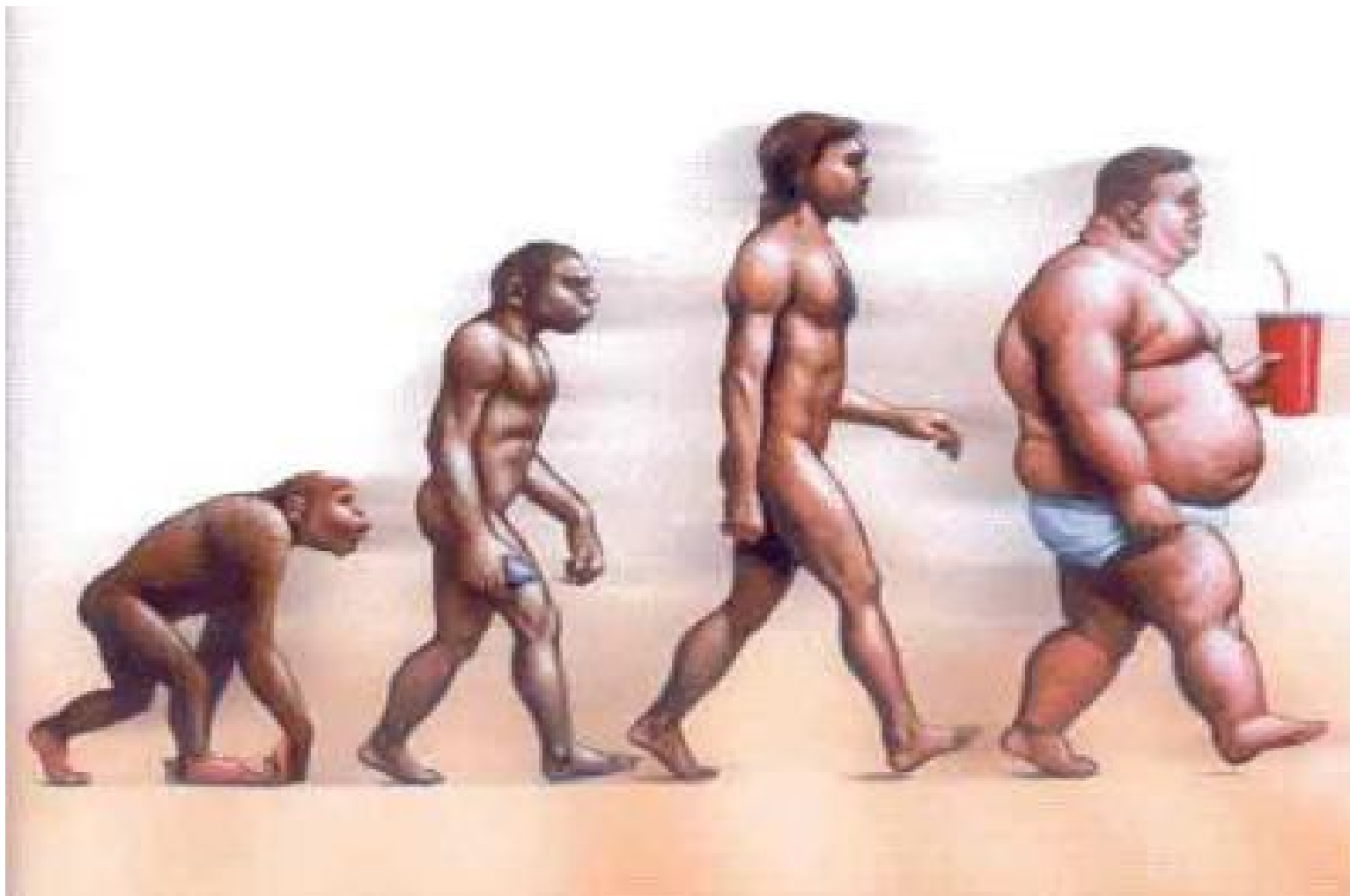
Necesidad de una Respuesta Sistémica

Los cambios recientes

El paciente ha cambiado
El patrón de enfermedades ha cambiado
Las tecnologías han cambiado
Es la hora del sistema de salud

(Bengoa R: Curar y cuidar.
En : Bengoa R y R Nuño: Curar y cuidar.
Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Cap. 2.
Elsevier – Masson, 2008)

El paciente ha cambiado

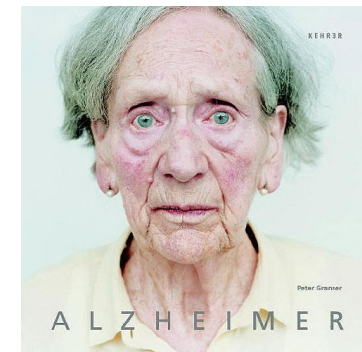
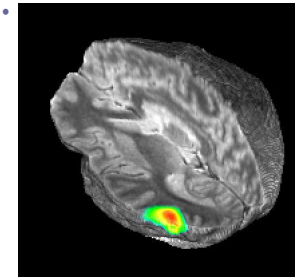


El patrón de enfermedades ha cambiado

La historia de las enfermedades y la atención sanitaria
Inicio S XX, **Infecciosas**: TB, Pulmonía, gripe,
...agravadas por deficientes condiciones de
salubridad. Foco del sistema sanitario: Lucha contra
enfermedades infecciosas y solucionar problemas de
salud pública. Grandes avances en mejora de la salud.

Desde mediados del S XX: **Agudas**, no infecciosas:
IAM, ACV,...Foco: cuidado episódico (curar).
Ganancia en supervivencia y calidad de vida.

Desde finales del S XX: **Crónicas**: Diabetes, artritis,
enfermedades respiratorias, obesidad, patologías
mentales ...



Las tecnologías han cambiado

Nuevos sistemas de monitorización a distancia

Telecuidados

Telemedicina

Sistemas de información de apoyo a la decisión clínica

Tarjeta sanitaria electrónica

Apoyo tecnológico a la prevención y promoción de la salud



Aplicaciones relevantes de las TIC para la mejora de resultados de los pacientes crónicos (1)

Atención planificada basada en evidencia

Historia clínica electrónica y compartida

Apoyo a la decisión clínica en línea

Diseño, aplicación y evaluación automatizada de planes de cuidados y de casos
(*care and case management*)

Reorganización de la atención centrada en el paciente

Historia de salud del paciente continua
(*life-long personal health record*)

Atención colaborativa de equipos profesionales virtuales

Sistemas y dispositivos de comunicación paciente-profesionales

Dispositivos y sistemas de ayuda al autocuidado (mensajes, alertas, sensores biomédicos, cuestionarios virtuales)

Atención sistemática a las necesidades de información y cambio conductual de los pacientes

Información, consejo y seguimiento personalizado, multicanal y estratificado según riesgo (portal del paciente, centro de contactos, nuevos canales de comunicación para la mejora de salud)

Redes de Salud 2.0 (portales de salud, «wikis», foros interactivos, etc.)

PLAN
AVANZA2.0



Aplicaciones relevantes de las TIC para la mejora de resultados de los pacientes crónicos (y 2)

Acceso rápido al conocimiento médico

- Redes colaborativas de profesionales (telemedicina, etc.)
- Educación médica virtual (e-learning)
- Revisión de prácticas y resultados

Sistemas de información de apoyo y facilitadores

- Registro y perfilación de riesgo de pacientes crónicos
- Gestión electrónica de la medicación
- Gestión automática de órdenes médicas
- Pago por resultados
- Atención teleasistida y telemonitorización a domicilio (inteligencia ambiental)



Fernández Díaz JM: Tecnologías de la información al servicio de la gestión de las enfermedades crónicas. En : Bengoa R y R Nuño: Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía para avanzar. Cap. 7. Elsevier – Masson, 2008)

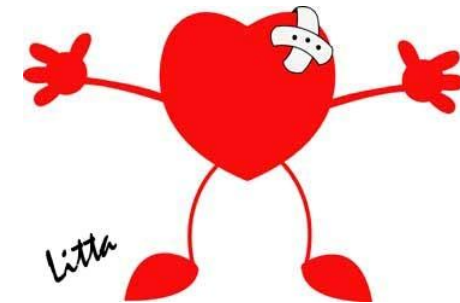
Financiación y provisión en este contexto

El sistema no está hoy preparado para hacer frente a las necesidades de las personas con condiciones crónicas:

Dificultades de acceso

Dificultades de coordinación entre servicios en crónicos (diabetes)

Falta de formación para tratar a estos pacientes.



Para ajustar los sistemas de financiación y provisión de servicios: Renovar el foco en

Prevención

Detección precoz

Prevención secundaria y terciaria



Cuidarte es el hábito más saludable.

La meta estratégica. La transición

HOY, CURAR

Paciente aparece, es tratado, dado de alta y desaparece de la pantalla del radar (R Bengoa)

MAÑANA, CURAR Y CUIDAR

Paciente aparece, es tratado por equipo interdisciplinar, dado de alta con un plan preventivo y de tratamiento, es activo y recibe apoyo continuo del sistema, es sociosanitario, continúa en la pantalla del radar con monitorización remota e historia clínica electrónica.

La transición



Ganancias potenciales: Evitar los ingresos innecesarios



Modelo de estratificación de riesgos. Kaiser Permanente



Fuente: King's Fund (C. Ham)

Evaluación del modelo en UK (C Ham, 2010)

La **autogestión** (*self-management*) ha ganado un punto de apoyo

La **gestión de la enfermedad** (*disease management*) ha llevado a una cierta aceleración de las mejoras a largo plazo en la atención a enfermos crónicos

La **gestión de casos** (*case management*) es valorada por los pacientes y cuidadores, pero no ha reducido el uso del hospital

El modelo de atención a crónicos



Hacia un nuevo modelo de gestión de crónicos en Euskadi



D.- Es la hora del sistema de salud

Estrategia de crónicos ¿cuál es la visión?

Un Enfermo Crónico

que está en el radar del sistema: a menudo telemonitorizado a distancia
que recibe más cuidados en la comunidad y menos en el hospital
que recibe recordatorios preventivos en casa
que recibe cuidados a domicilio
un paciente co-responsable y “activado” con quien se ha co-desarrollado un plan para la auto Gestión de su enfermedad
un % elevado de pacientes crónicos con su constantes crónicas controladas

.....

Una Organización

Una lógica poblacional. Una población estratificada
Un equipo multidisciplinar ejerciendo medicina proactiva
Una organización integrada. Una historia electrónica común
Un equipo que ejerce una gestión activa de pacientes crónicos en el hospital y en primaria: Care pathways
Unas nuevas funciones: enfermera de enlace; educador de paciente
El liderazgo clínico como modelo organizativo...

.....

2.- El buen gobierno de la sanidad

Las recomendaciones del Consejo de Europa (Council of Europe, 2010) sobre buena gobernanza de la sanidad

Valores: universalidad, solidaridad y equidad

Principios: transparencia, participación, rendición de cuentas, efectividad, eficiencia y calidad

Aspectos éticos: una cultura de integridad, códigos de conducta, atención a los conflictos de interés y prevención del fraude y la corrupción

El buen gobierno de la sanidad (2)

Las **estructuras de gobierno** de las instituciones sanitarias son instrumentos clave para el desarrollo del buen gobierno sanitario. Deberíamos revisar las existentes propiciando estructuras:

con **órganos colegiados de gestión** en todas las organizaciones

con mayor **autonomía** para los servicios sanitarios

con **profesionales de la gestión**

con la **participación** de los profesionales y de los ciudadanos

con **transparencia** en la información

3.- La cuestión de la financiación

Definir la combinación adecuada de participación pública (72,5% del gasto sanitario en 2008, OCDE 72,8%, RU 80%) y privada

Atender los principios básicos de

Suficiencia: el problema de la financiación en España hasta la crisis económica era más de crecimiento del gasto que de insuficiencia de ingresos. Buscar formas de financiación complementarias. Mix público-privado

Equidad: Acceso a la asistencia sanitaria pública en condiciones de igualdad efectiva

Autonomía: Respeto a las decisiones de las CCAA

3.- La cuestión de la financiación

Suficiencia: El problema de la financiación en España hasta la crisis económica era más de crecimiento del gasto que de insuficiencia de ingresos

La cuestión estructural de la financiación es, por tanto, cómo controlar el crecimiento del gasto

Las mejoras a nivel micro pueden ser más relevantes

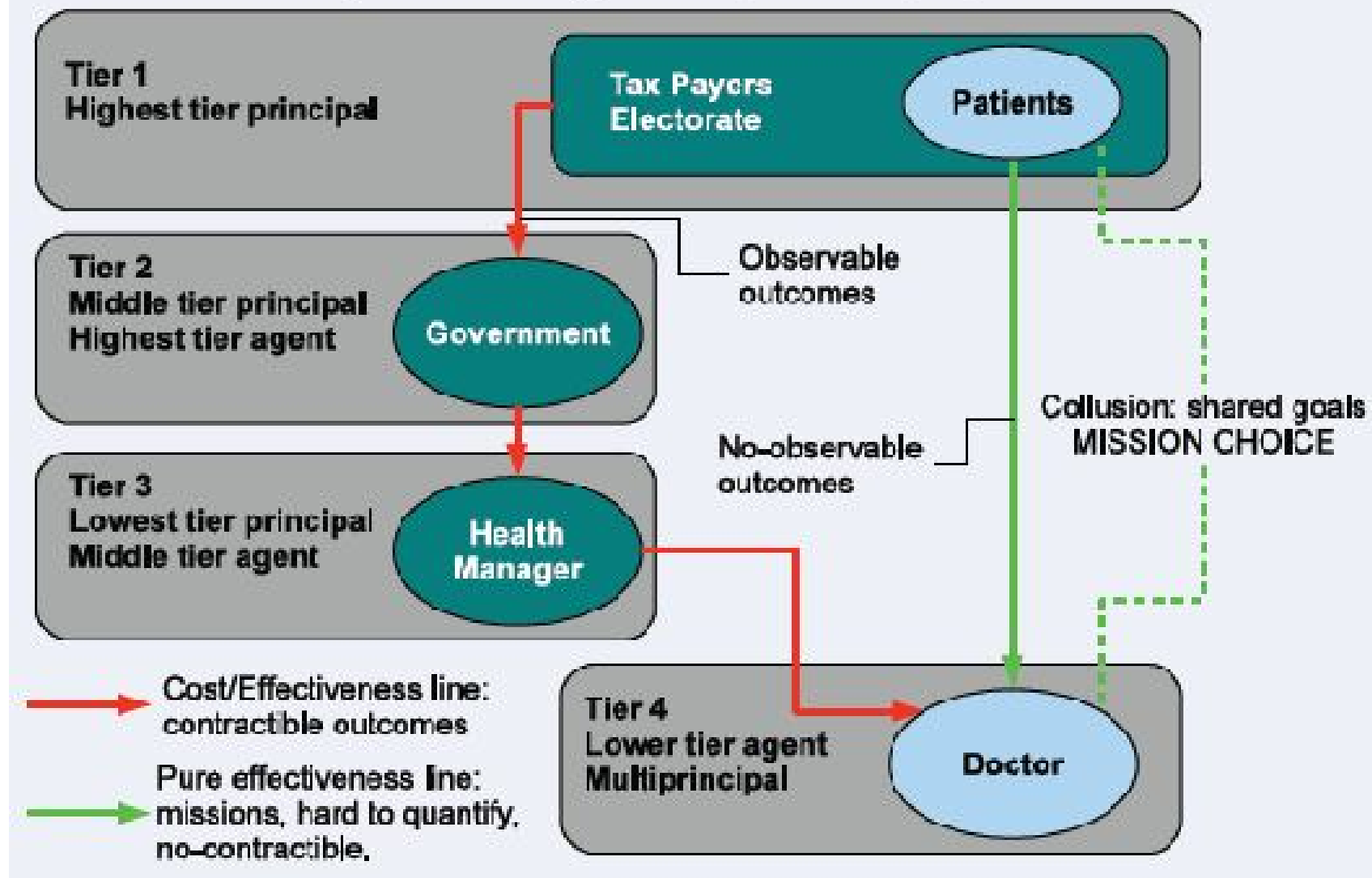
4.- La mejora de la eficiencia: profesionales, usuarios y planificadores

Producir el máximo nivel de salud con los recursos disponibles

Tres ámbitos de mejora de la eficiencia

- a.- el de los usuarios
- b.- el de los profesionales sanitarios
- c.- el de los planificadores y gestores

GENERAL EQUILIBRIUM APPROACH



a.- Los usuarios

La corresponsabilidad informada

No decision about me without me

Problemas

Azar moral

Asimetría de derechos sanitarios y sociales

Respuestas

Mecanismos de racionamiento: Precios, tiempo de espera, delimitación de prestaciones

Combinados con una respuesta del sistema sanitario al usuario
información ágil para la decisión (resultados y procesos)
tiempos de espera mínimos en problemas graves
asignación cuando la precise de un gestor del caso
reducción de visitas por razones administrativas y otros

En definitiva, haciendo más atractivo al paciente el consumo eficiente que el comportamiento de azar moral.

Ello requiere usuarios competentes, que sean gestores de su propia salud y enfermedad, bien formados en la utilización de los servicios

Mecanismos de racionamiento

Precios

Problemas de acceso

Tiempos de espera

Insatisfacción

Límites a la cantidad

Delimitación de prestaciones

Prioridades

Copago



Juan M Cabasés
Departamento de Economía

Mecanismos de racionamiento

Tiempos de espera

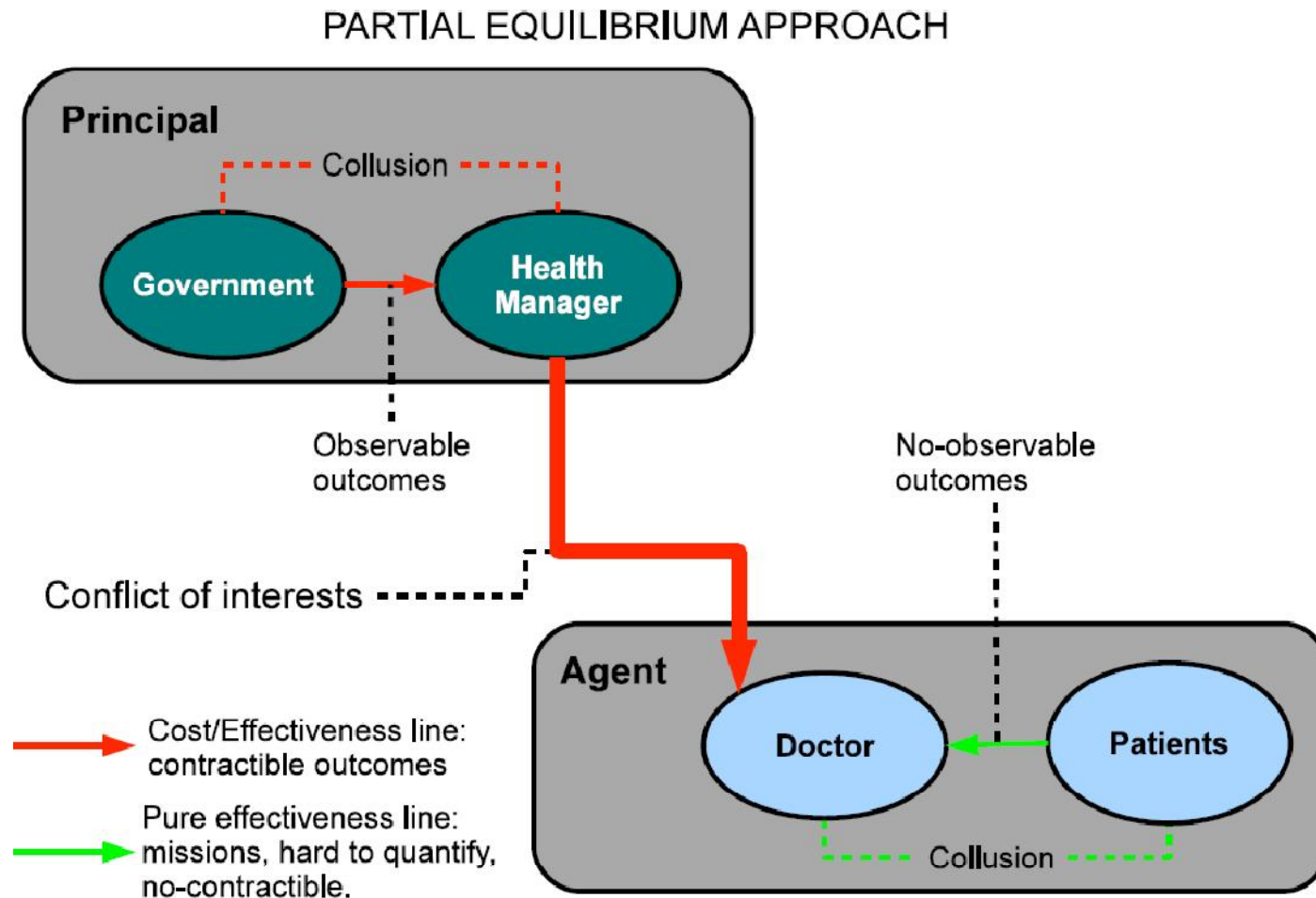


Mecanismos de racionamiento

Delimitación de prestaciones



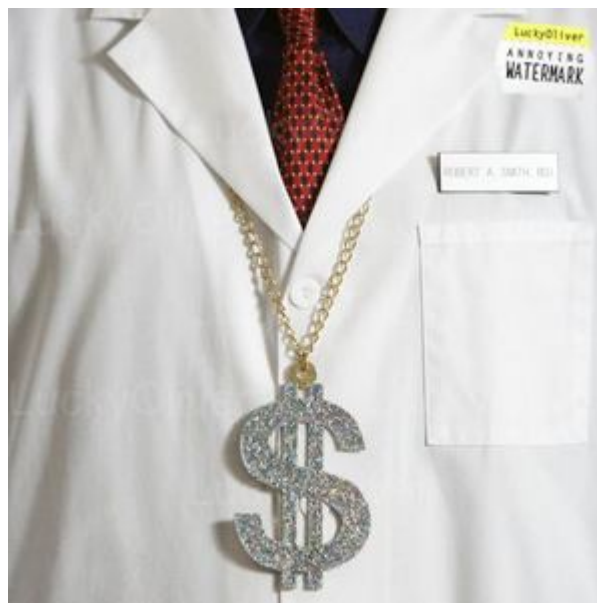
b.- Los profesionales sanitarios



Médicos, identidad y capital motivacional

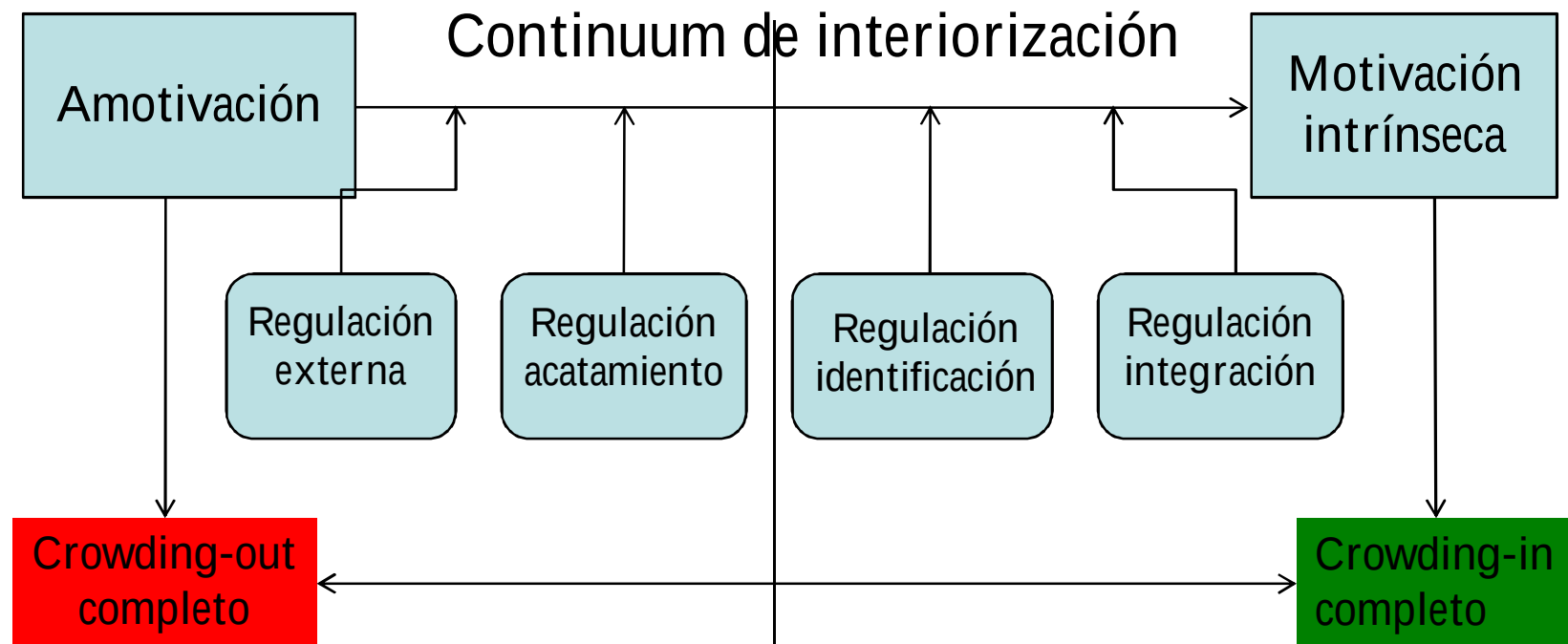
- Los profesionales sanitarios
 - Poseen motivación intrínseca
 - Elevado nivel intelectual
 - Enorme relevancia de su desempeño
 - Son *agentes* (de algún principal: pacientes, gerentes, consejeros...)
 - Tienen *derechos de propiedad ilimitados* (contratos incompletos)
 - Pero muchos sienten insatisfacción
- Los sistemas de incentivos para el comportamiento eficiente
 - Los sistemas de incentivos, generalmente monetarios, desconsideran la *identidad* (la propia imagen de uno mismo).
 - Los incentivos monetarios y la regulación, supervisión y control, pueden minar la *motivación intrínseca* de los profesionales (efecto crowding out), provocando el efecto contrario al perseguido
 - La *identidad* puede atenuar la necesidad de incentivos monetarios
 - Hay que *rediseñar* el sistema de incentivos

Incentivos a los proveedores sanitarios: Profesionales

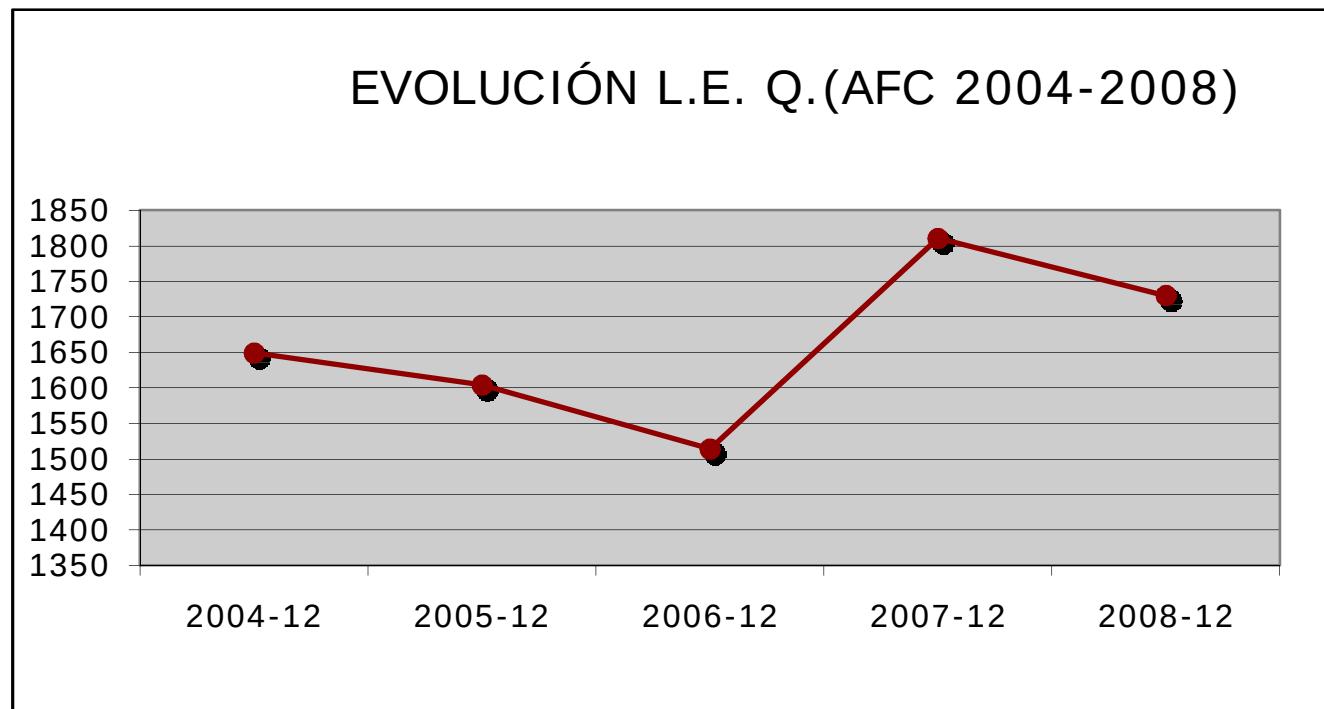


SDT: crowding out & in

Continuum de menor a mayor motivación intrínseca de la regulación externa



Evidencia de crowding out en la sanidad



El modelo de agencia con identidad (Akerlof & Kranton 2000, 2005)

La motivación intrínseca está relacionada con la Identidad

- La identidad está relacionada con la visión del yo: propia imagen y auto-determinación (autonomía)
- La internalización (SDT) está relacionada con la identidad: identificación e integración
- Los individuos se distribuyen según tipos, definidos por el papel que juega la motivación intrínseca en su comportamiento
- La identidad es una fuente de motivación para el agente, que influye en su comportamiento

La identidad de los agentes puede ser modificada por la acción del principal

La identidad puede atenuar la necesidad de incentivos monetarios ya que resuelve el problema de agente – principal

Capital motivacional: nuevos diseños organizativos. Quick-wins en sanidad

Propuesta: **Invertir en capital motivacional.** Diseñar incentivos y regulación que promuevan la percepción de autonomía

Los incentivos monetarios

- Serán más efectivos si se alinean con los valores de los profesionales sanitarios
- Deberían destinarse a tareas más técnicas y menos a las más creativas

Esquemas burocratizados tienen mayor probabilidad de dañar la motivación intrínseca

c.- Planificadores y gestores

Gestores

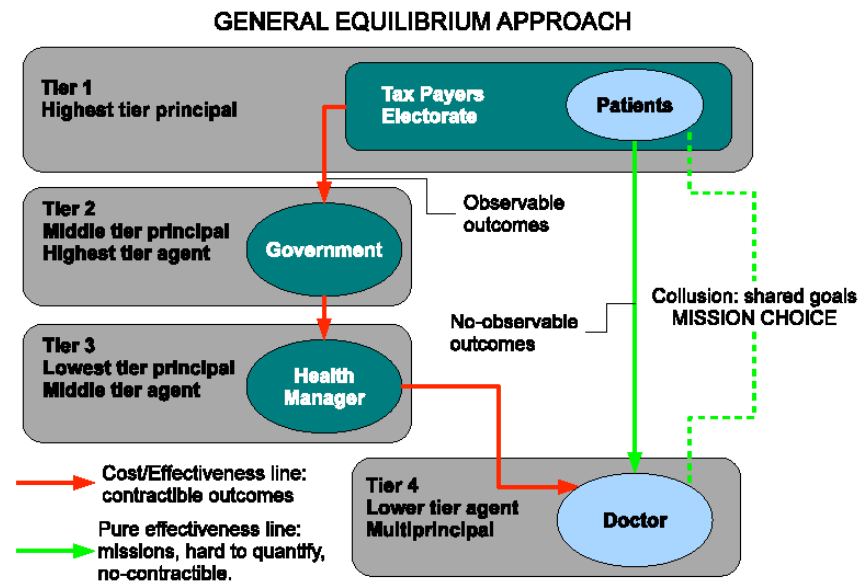
Trabajo por proceso o paciente

Integración de niveles asistenciales

Revolving door

Nuevos roles profesionales
(enfermera de enlace, gestor de casos)

BUEN GOBIERNO



c.- Planificadores y gestores

Planificadores

Planificación estratégica

La salud como objetivo

Eficiencia y Equidad

Prioridades: Evaluación de tecnologías

Evaluación económica de tecnologías: Cuestiones metodológicas pendientes

Fundamentos económicos

Técnicas de evaluación económica

Análisis Coste-Beneficio (ACB)

Análisis Coste- Efectividad (ACE)

Análisis Coste-Utilidad (ACU)

Evaluación económica en la práctica: El ACE y el ACU

Elección de la cuestión a estudiar: Perspectiva del análisis,

Diseño: Modelización. Selección de alternativas

Medida y valoración de costes y efectos

Ajustes temporales: El descuento.

Riesgo e incertidumbre: Análisis de sensibilidad. Plano Coste Efectividad.

Curvas de aceptabilidad

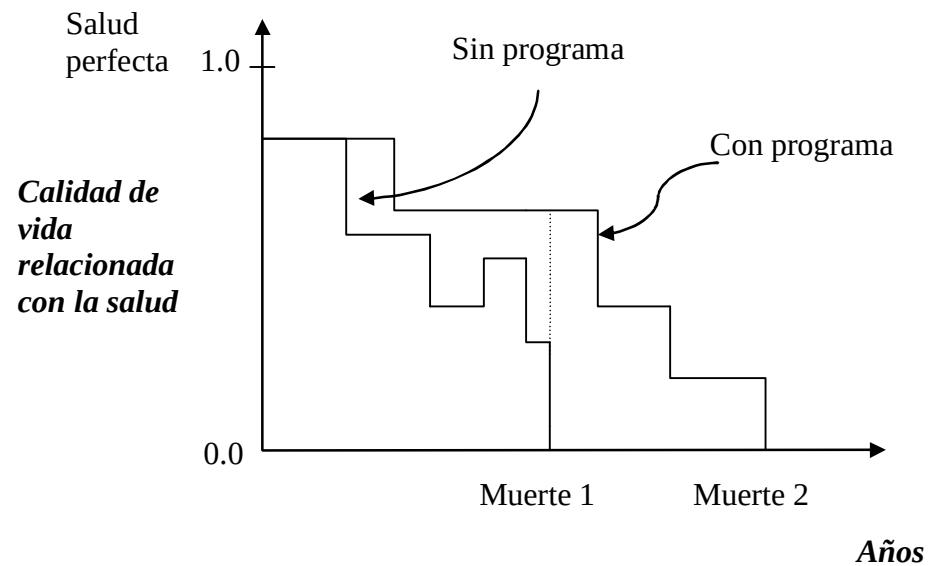
El Análisis Coste Utilidad

Análisis coste-efectividad

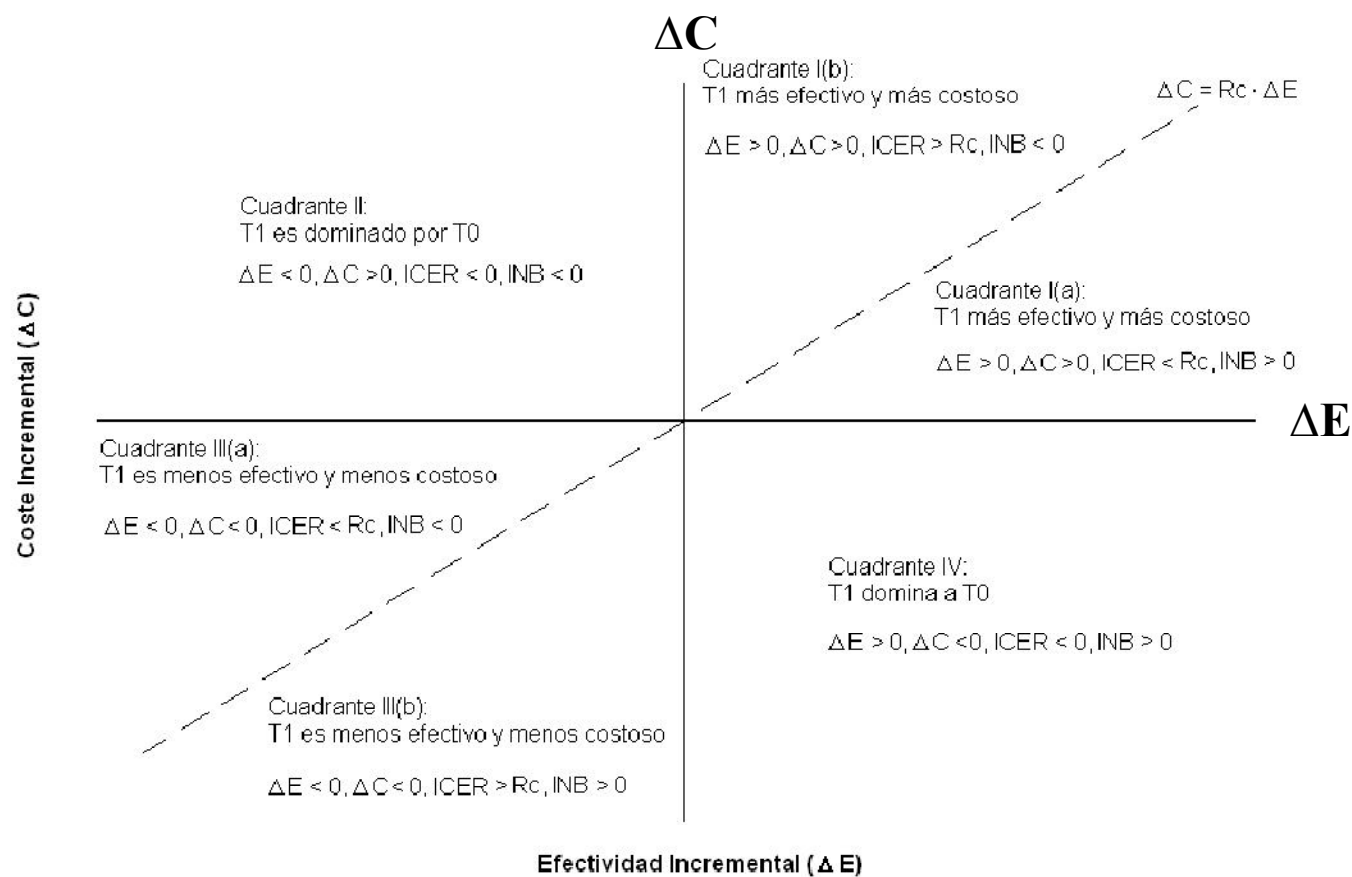
Análisis coste-utilidad

$$ICER = \frac{C_1 - C_0}{E_1 - E_0}$$

QALYs



Reglas de decisión: Plano CE



Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España

Supuesto

Sin unas bases de datos de costes y de efectividad (utilidad) creíbles y aceptadas, cualquier propuesta metodológica resulta insuficiente en la práctica y se desacredita ante los decisores

Esta pudiera ser una razón para el escaso desarrollo de la evaluación económica de tecnologías sanitarias en los procesos de decisión colectiva en España

Propuesta

Desarrollar una cultura de evaluación económica

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España. Los logros parciales

Datos disponibles para ACE y ACU

Costes unitarios

Bases de datos de costes unitarios: SOIKOS, etc

Metodologías de estimación de costes: ABC

Efectividad:

AVACs: Valores de los estados de salud del EQ-5D para España, con TTO y VAS (Badía 1999)

COSTES INFORMALES ASOCIADOS AL ICTUS DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL (Hervás, Cabasés y Forcén, 2007)

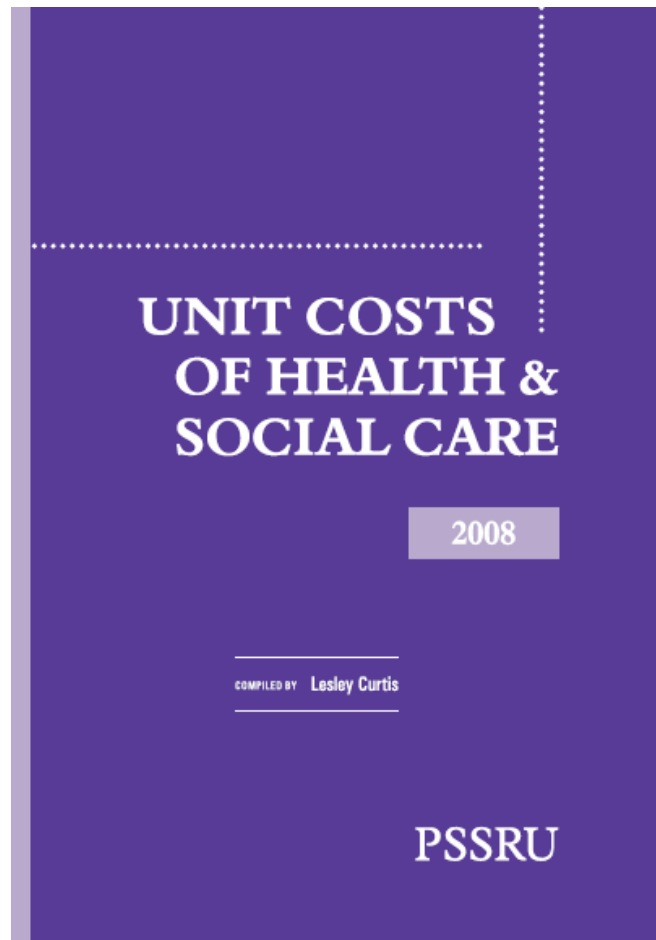
QUESTIONNAIRE FOR PRIMARY CARER		Dependencia ABVD (n=49)	Dependencia AIVD (n=32)	P
Actividades basadas en la comunidad	Tiempo	1,9 horas / día	1,6 horas / día	0,246
	Coste	3.484,8 €/ año	3.186,7 €/ año	0,242
Actividades del hogar	Tiempo	8,1 horas/ día	2,8 horas / día	<0,000
	Coste	10.868,4 €/ año	5.408,7 €/ año	0,001
Actividades del cuidado personal	Tiempo	6 horas / día	1,2 horas / día	0,002
	Coste	10.512,0 €/ año	3.496,2 €/ año	0,007
TOTAL	Tiempo	16 horas / día	5,6 horas / día	<0,000
	Coste	24.865,2 € / año	10.442,9 € / año	0,018

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España. Los retos

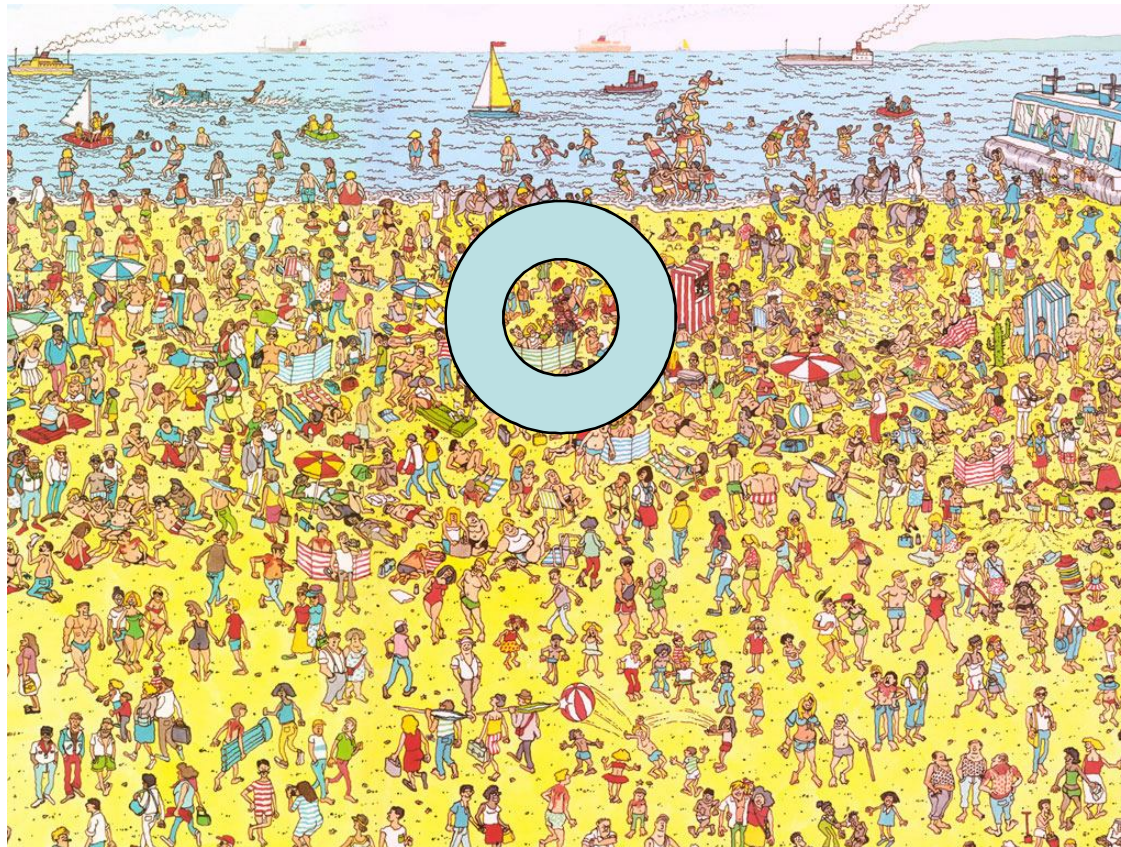
Desarrollar bases de datos de costes unitarios generalmente aceptadas

Desarrollar un conjunto de valores de los estados de salud actualizado útil para obtener AVACs (QALYs)

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España: Los costes unitarios



Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España: Las medidas de efectividad DÓNDE ESTÁ QALY?



Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España: Las medidas de efectividad



***National Institute for
Health and Clinical Excellence***

To ensure our judgements are fair, we use a standard and internationally recognised method to compare different drugs and measure their clinical effectiveness: the quality-adjusted life years measurement (the ‘QALY’)

NICE’s reference case recommends the use of the EQ-5D instrument. As the current *Guide to the Methods of Technology Appraisal* states, ‘the EQ-5D is the preferred measure of HRQL in adults’

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España



Características (<http://www.euroqol.org>)

1. Instrumento simple, genérico, internacional y estandarizado
2. Medida basada en 5 dimensiones y (HOY) 5 niveles para cada dimensión
3. Genera un índice que permite valorar los estados de salud



Juan M Cabasés
Departamento de Economía

Cómo se presentan los datos del EQ-5D

Como un **perfil**: Frecuencia de problemas en cada una de las **dimensiones**

Como **estados de salud**: Combinando niveles y dimensiones
(243 estados de salud)

Como un **índice** ponderado basado en valores de la población general: $12233 = 0.26$ en la escala $[0; 1]$ (Badía, 1999)

Como el **estado de salud** autopercebido en el día de hoy

Como **medida de resultados** en salud de pacientes, antes y después de un tratamiento: PROMs

Como **medidas resumen de la salud** de la población: HLE, QALE...

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España: Propuestas

A las autoridades sanitarias: Sentar las bases para medir la salud de la población, comparar entre grupos, medir el producto de los servicios sanitarios, contar con medidas de efectividad (utilidad) aptas para la EETS en España

El **EQ-5D** como instrumento potencial para esos propósitos. Nuestra propuesta es incorporar el EQ-5D a las encuestas de salud poblacionales. Algunas de ellas lo han incorporado hace años (Cataluña, Navarra, Valencia, Asturias, Canarias, y Madrid). Sería de gran interés su incorporación a la **ENS**

A las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Impulsar la obtención de valores de los 3125 estados del EQ-5D-5L para poder producir AVACs (QALYs). Es posible hacerlo con otros países

Evaluación económica de Tecnologías Sanitarias en España



Antoine de Saint-Exupery
(1900 – 1944)

Muchas gracias

jmcabases@unavarra.es