

UMBRALES DE PAGO PARA FINANCIACIÓN DE INTERVENCIONES COSTO-EFECTIVAS



Por Juan Ignacio Altuna

En los últimos años, las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias (EETS) han ganado mayor protagonismo como herramienta para aportar información en la toma de decisiones para la cobertura y financiación de tecnologías sanitarias (TS*), en un contexto mundial donde la irrupción de nuevas tecnologías médicas produce cada vez mayor impacto en el financiamiento de los sistemas de salud. Existen diferentes clases de evaluaciones y metodologías dentro de las EETS, pero entre las más utilizadas se encuentran los estudios de costo-efectividad que calculan una tasa incremental (ICER por sus siglas en inglés) para identificar la intervención más costo-efectiva. Pero dichas evaluaciones también requieren de algún criterio que permita establecer si es posible su financiamiento en el contexto de un sistema de salud determinado.

Para ello, uno de los criterios más utilizados es el de un umbral de disposición a pagar (UDP) y el más difundido es el estándar propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este criterio a pesar de su simpleza y aparente practicidad encubre ciertas limitaciones y dificultades que podrían convertirlo en una herramienta inequitativa e ineficiente para la toma de decisiones.

En este ensayo se explica que son y para qué sirven las EETS para entender el contexto y se señala el origen de los UDP junto con algunas de sus críticas y limitaciones; luego se presenta el caso del sistema de salud de Argentina para graficar

El autor es licenciado en Economía (UBA) y maestrando en Economía de la Salud (ISALUD). Es profesor adjunto en Economía de la Salud y en Evaluaciones Económicas en Salud (ISALUD), asesor de CADIME y colaborador externo en RedARETS.

* En este artículo se utilizarán indistintamente los términos tecnología sanitaria o intervención (sanitaria) como conceptos equivalentes.

lo anterior y, por último, algunas conclusiones y preguntas para futuras investigaciones.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias

Los avances científicos y tecnológicos en la medicina impulsan la aparición de nuevas drogas, equipamientos u otras TS que ofrecen soluciones para el tratamiento y/o atención de diversas patologías. Estas TS, que muchas veces implican mejoras en la salud, suelen ser más costosas que las alternativas existentes y por lo tanto su mayor impacto presupuestario se vuelve una preocupación en cualquier sistema de salud del mundo.

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) es la evaluación sistemática de las propiedades y efectos de una tecnología de salud, abordando los efectos directos e intencionados de esa tecnología, así como las consecuencias indirectas y no deseadas abordaje. Su propósito es la producción de información científica a través de equipos multidisciplinarios¹, para facilitar la toma de decisiones de los diferentes actores del sistema en cuanto a la (des)incorporación y (no) cobertura de viejas/nuevas TS.

Aprobadas las primeras etapas de una ETS (seguridad, eficacia, calidad), se debe realizar una EETS que se caracteriza por comparar dos o más alternativas entre sí (una nueva TS frente al *gold standard* –la mejor tecnología utilizada hasta el momento– y/o frente al “no hacer nada”), examinando los costos y resultados sanitarios de cada intervención evaluada.

Las EETS más utilizadas son las de costo-efectividad, en ellas se comparan costos y resultados sanitarios “duros” (los resultados suelen medirse en costo por año de vida ganado o costo por caso evitado (enfermedad o muerte) para alguna patología específica, etc.).

Otras muy utilizadas son las de costo-utilidad, similares a

las anteriores pero el resultado incluye la calidad de vida como parte del resultado y se expresa como costo por AVAC (QALY) o AVAD (DALY) que equivale a un año de vida ganado (ajustado por calidad) o a un año de vida perdido (ajustado por discapacidad), respectivamente, según la metodología de medición que se aplique².

Los umbrales de disposición a pagar

La comparación de intervenciones, mediante las EETS mencionadas, permite estimar la diferencia incremental entre costos y resultados en salud (eficacia o efectividad) y así se construye el ICER para saber cuál de las intervenciones comparadas es la más costo-efectiva. Con ese resultado, entonces, se puede saber cuál es la más conveniente, pero esto no le brinda respuestas al tomador de decisiones para saber si la cobertura de la misma es (o no) una buena inversión.

Para ese fin suele utilizarse como parámetro un UDP, que indica cuánto es lo máximo que estaría dispuesto a pagar por el resultado sanitario esperado, quien cubre o financia dicha intervención (el Estado, un hospital, una empresa de medicina privada) y en algunos casos se evalúa desde una perspectiva social tratando de considerar todos los costos para la sociedad en su conjunto.

Hasta el momento son pocos los países que han definido su propio UDP. Los casos más conocidos son el de Estados Unidos fijado entre US\$ 50.000 y US\$ 100.000 y el del Reino Unido que lo fijó entre las £ 20.000 y £ 30.000 por AVAC/QALY ganado³. En América latina, México⁴ y Chile⁵ a partir del umbral estándar de la OMS, aplican como regla de decisión que el costo no supere 1 PBI per cápita por QALY ganado o DALY evitado.

Pero la gran mayoría de los países, que no cuentan con una definición propia, suelen aplicar como criterio para la cobertura los umbrales de 1 a 3 PBI *per cápita* (PBI_{pc}) que recomienda la OMS. Este criterio ampliamente difundido contrasta con el desconocimiento sobre su origen y fundamento tal como se presenta a continuación.

Origen de los umbrales recomendados por la OMS

Los umbrales sugeridos por la OMS son de habitual utilización en EETS publicadas en todo el mundo. Pero probablemente muchos no sepan de dónde surgen y cómo se establecieron esos parámetros. A partir de una revisión de los documentos originales de la OMS, y las fuentes citadas por ellos, se aprecia que casi no existen fundamentos para tales

valores y en todo caso parecen responder a criterios arbitrarios o sesgados.

Estos parámetros surgen a partir del Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS⁶ del año 2001, y su principal objetivo era estudiar el lugar que ocupa la salud en el desarrollo económico global. De esta forma, en una de sus secciones analiza cuáles son las pérdidas económicas generadas por enfermedad, las que divide en tres partes:

- 1) Reducción del ingreso de mercado (*market income*).
- 2) Reducción en la esperanza de vida.
- 3) Reducción del bienestar psicológico (dolor y sufrimiento)

El informe señala que el punto 1) consta de al menos cuatro componentes: el costo del tratamiento médico, la pérdida de ingreso salarial por enfermedad, la pérdida de poder adquisitivo en la adultez (por enfermedades sufridas en la infancia) y la pérdida de ingreso futuro por muerte prematura. Por ello, indica que uno de los objetivos del análisis

económico es cuantificar monetariamente esa pérdida inducida por enfermedad, para evaluar los beneficios económicos de reducir la carga de enfermedad.

Señala también que la literatura económica tiene una fuerte y consistente conclusión sobre el valor de la vida, ya que un año adicional de vida saludable vale mucho más que el ingreso adicional de mercado ganado en un año. Según algunas estimaciones, cada año de vida equivale aproximadamente a tres veces el valor de las ganancias anuales. Este múltiplo reflejaría el valor del tiempo de ocio, además del consumo de mercado, el efecto de la longevidad pura, y el dolor y el sufrimiento

asociado con la enfermedad^{**}.

Esta valoración cuantitativa de la vida, que afirma con tanta fuerza esas conclusiones, se realiza sin mayores precisiones al respecto, pero citando como fuente otros textos científicos⁷ que hacen foco en esta temática. Sin embargo, haciendo una lectura de los mismos no se observan esos valores específicos como parte de sus hallazgos y por ende tampoco presentan fundamentos científicos que los expliquen y justifiquen. A pesar de ello, esas estimaciones terminan sentando las bases de lo que será el criterio estándar de la OMS, puesto que al año siguiente se publica el Informe Mundial de la Salud⁵ donde se describe que el informe del 2001 sugiere que las intervenciones que cuesten menos de tres veces el PBI_{pc} por cada DALY evitado representan un uso eficiente de los recursos. Basados en ese principio, clasifican las intervenciones como muy costo-efectivas cuando el valor de un DALY evita-

^{**} Traducción propia del texto original en inglés.

Aún si se quisiera homogeneizar un único umbral para cada subsector, se generarían enormes inequidades e inconsistencias para poder garantizar esa cobertura. Sirva de ejemplo el caso del subsector público, donde aplicando un umbral en base al PBI como media nacional, donde el producto bruto geográfico de cada jurisdicción subnacional presenta diferencias de entre 8 y 11 veces entre el distrito más rico y el más pobre

do cuesta menos de un PBI_{pc} y como costo-efectivas cuando el valor de un DALY evitado cuesta entre uno y tres PBI_{pc} ⁸.

Limitaciones

La amplia difusión y aceptación del criterio de la OMS para establecer un UDP, tuvo sus críticas en los últimos años, dadas sus limitaciones metodológicas y la falta de fundamentos científicos. Un reciente artículo publicado en un boletín de la OMS menciona algunos de ellos⁹:

Las comparaciones no siempre resultan claras. Aun cuando se utiliza el PBI_{pc} como umbral para definir la cobertura o no de una estrategia, se debería tomar esta decisión a la luz de todas las alternativas sanitarias posibles dentro de un entorno y contexto particular. Un presupuesto determinado se puede utilizar para dar respuestas a diferentes problemas de salud (vacunas contra rotavirus versus terapia antirretroviral para pacientes infectados con VIH versus tamizaje para el cáncer de colon).

Otra limitación se refiere a la facilidad para alcanzar ese umbral. Existen muchísimas intervenciones preventivas cuyo costo por DALY es de unos pocos dólares en comparación al PBI_{pc} . Pero establecer otro límite para el UDP tampoco aborda el problema fundamental de que cualquier umbral es arbitrario. Es decir, un umbral muy bajo rechazaría muchas intervenciones con tan pocas justificaciones como las que tendría un umbral más alto que si las aprobara.

Una tercera limitación tiene que ver con la asunción de que la disposición social a pagar por beneficios en salud es una manera apropiada para definir el valor social, el cual puede ser informado a través del resultado de las valuaciones de no mercado, en base al enfoque de preferencias reveladas. Mientras que la disposición a pagar por el cuidado de la salud está relacionada con el ingreso, hay poca evidencia de que sea una relación lineal. Otro aspecto importante tiene que ver con los sesgos para la medición del costo por resultado en salud. Si en un país de altos ingresos fuera más costoso evitar un DALY (o ganar un QALY), se podrían dejar afuera intervenciones eficientes y si fuera al revés en un país de bajos ingresos se podrían aceptar opciones ineficientes.

Por último, señala otra limitación referida a las restricciones presupuestarias que no están adecuadamente evaluadas. El uso de un umbral basado en el PBI_{pc} no expresa la factibilidad de contar con suficiente presupuesto para afrontar una intervención que se considera costo-efectiva, ya que esto responde a otras cuestiones vinculadas, por ejemplo, con la prevalencia de la enfermedad en un país determinado y con las diferentes

prioridades de salud vinculadas al mismo presupuesto.

Adicionalmente, el especialista de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Jaime Espín, mencionó en el último encuentro de la Red de ETS de la Américas (RedETSA-OPS)¹⁰ que el valor de un umbral no considera la carga de enfermedad y por ende su real impacto presupuestario. Además, si bien uno de los argumentos a favor del uso de umbrales es lograr reducciones de precios de parte de los proveedores de las TS, al revelar a priori el valor que se está dispuesto a pagar por una TS debilita la posición al momento de realizar una negociación con los proveedores.

Lo que menciona este especialista ha sido analizado en diferentes estudios que demuestran que en mercados monopólicos de medicamentos (como el caso de muchos medicamentos que al tener patente cuentan con un único oferente), una nueva droga es ofrecida a un precio que se encuentra por debajo, pero muy cercano, del límite del umbral fijado por cada país para lograr la aprobación de su cobertura. Esta es una de las características de los mercados monopólicos: discriminación de precios, en base a la disposición a pagar los distintos compradores, para maximizar la rentabilidad¹¹.

En economía se habla de costo de oportunidad cuando se quiere explicar lo que se pierde al elegir una alternativa. En un sistema de salud ocurre lo mismo, la incorporación de un medicamento para tratar un tipo de cáncer puede implicar descartar la cobertura de una vacuna que evita el contagio y la propagación de una enfermedad infantil

Situación en Argentina

En Argentina, el sistema de salud se encuentra segmentado en tres subsectores, cada uno con diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y provisión: el subsector **público** financiado con rentas generales y de libre acceso para toda la población y provisión mediante prestadores públicos; el subsector de la **seguridad social** con aportes y contribuciones de trabajadores y empresas y atención mediante prestadores privados (principalmente) y públicos y por último, el subsector de la **medicina privada** con cuotas pagadas mediante afiliación voluntaria y provisión de servicios con prestadores privados.

A su vez, cada uno de estos subsistemas también presenta segmentaciones internas. El subsistema público se divide en nacional, provincial y en algunos casos con servicios descentralizados a nivel municipal. La seguridad social cuenta con casi 300 obras sociales nacionales con sus propias características en cuanto al piso de cobertura, 24 obras sociales provinciales y otras más con leyes especiales (fuerzas armadas, judiciales, universidades, etc.). Y el subsistema privado también se caracteriza por gran cantidad de empresas y seguros de medicina privada, mutuales, etc., todos ellos de distinta envergadura y respuesta y si bien se desconoce el número total se estiman en más de 600¹².

En este contexto y sabiendo que en Argentina no se ha defi-



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

EN LA GESTION MEDICO-FARMACEUTICA
(DISEASE MANAGEMENT) DE PATOLOGIAS CRONICAS
Y PROVISION DE MEDICAMENTOS



Gerenciamiento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4941-1001
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
Sitio web: www.abcsalud.com.ar

nido un UDP para decidir la cobertura de TS, y aún si se hubiera definido alguno, habría muchas dificultades para aplicarlo ya que el sistema de salud, como fue señalado, contiene más de 900 financiadores que, si utilizaran las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias como mecanismo para priorizar y financiar la cobertura, deberían tener cada uno de ellos su propio umbral para decidir que TS deben cubrir y financiar.

Aún si se quisiera homogeneizar un único umbral para cada subsector, se generarían enormes inequidades e inconsistencias para poder garantizar esa cobertura. Sirva de ejemplo el caso del subsector público, donde aplicando un umbral en base al PBI_{pc} como media nacional, con 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires que deben garantizar ese financiamiento y en donde el Producto Bruto Geográfico per cápita, como equivalente provincial del PBI_{pc}, presenta diferencias de entre 8 y 11 veces entre el distrito más rico y el más pobre del país^{13,14}.

Desafíos y líneas de investigación

En economía se suele hablar de costo de oportunidad cuando se quiere explicar lo que se pierde o deja de ganar cuando se elige una alternativa frente a otra/s existente/s. En un sistema de salud ocurre lo mismo, la incorporación de un medicamento para tratar un tipo de cáncer puede implicar descartar la cobertura de una vacuna que evita el contagio y propagación de una enfermedad infantil. Es decir, cuando se elige una opción inevitablemente se deja de lado otra, y esta clase de decisiones se toman cotidianamente muchas veces sin las herramientas que pueden ayudar a transparentar y mejorar esos procesos para la toma de decisión.

Pero aun aplicándolas, existen mecanismos que no necesariamente contribuyen a una mayor equidad en esas decisiones como puede ser el uso de UDP basados en el PBI_{pc} que no reflejan las preferencias y valoraciones sociales.

El uso de los UDP basados en valores arbitrarios (sea el PBI_{pc} o montos de dinero fijos) se trata de una medida sin suficientes evidencias científicas y en todo caso representa una estimación arbitraria en su diseño y definición que es utilizada por muchos países ante la falta de definiciones propias. Pero su uso indiscriminado puede acarrear ineficiencias e inequidades como regla de decisión.

Sería importante indagar en nuevos mecanismos para tratar de encontrar medidas que representen las preferencias de la sociedad para elegir y priorizar que TS financiar, hasta que monto y en que poblaciones. Asimismo, cada país debería tratar de considerar sus prioridades en base a sus necesida-

des sanitarias y restricciones presupuestarias y en base a la configuración de su sistema de salud.

Actualmente se encuentran en estudios diferentes alternativas para tratar de abordar este problema con enfoques

diferentes. Las *League Tables*, como mecanismo para generar un ranking, valorando y priorizando aquellas TS más costo-efectivas para diferentes enfermedades y teniendo en cuenta las restricciones presupuestarias. Las *Benchmark interventions*, que fijan un umbral a partir del análisis retrospectivo de prácticas existentes son algunas de ellas⁹. También existen nuevas propuestas como la del Center for Health Economics (CHE) que recientemente lanzó un trabajo donde propone una nueva estrategia para que los países de medianos

y bajos ingresos puedan tener un umbral en base a la información disponible en cada país sobre gasto sanitarios y resultados en salud de su población (mortalidad, sobrevida y carga de enfermedad)⁸. 

Sería importante indagar en nuevos mecanismos para tratar de encontrar medidas que representen las preferencias de la sociedad para elegir y priorizar qué tecnologías sanitarias financiar, hasta qué monto y en qué poblaciones. Cada país debería tratar de considerar sus prioridades en base a sus necesidades sanitarias y restricciones presupuestarias

Bibliografía

- 1 <http://www.inahta.org/>
- 2 Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria. Drummond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G, editors. 2ª ed. Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2001.
- 3 Cost per DALY averted thresholds for low- and middle-income countries: evidence from cross country data. Ochalek et al. Research Paper 122, Centre for Health Economics, University of York, York, UK. December 2015.
- 4 Guía de Evaluación de Insumos para la Salud, Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, Consejo de Salubridad General. México D.F. Febrero 2015.
- 5 Guía metodológica para la evaluación económica de intervenciones en salud en Chile. Dpto. de Economía de la Salud-Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Marzo 2013.
- 6 WHO Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 7 Philipson et al. (2001): Human Capital, Longevity, and Economic Growth: A Quantitative Assessment of Full Income Measures; Cutler et al. (1997): Measuring the Health of the U.S. Population; Murphy & Topel (1998): The Economic Value of Medical Research.
- 8 The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 9 Thresholds for the cost-effectiveness of interventions: alternative approaches. Elliot Marseille, Bruce Larson, Dhruv S Kazi, James G Kahnd & Sydney Rosen. Bull World Health Organ 2015;93:118-124.
- 10 Taller sobre Umbrales de costo-efectividad. VII Encuentro RedETSA, Santiago, Chile – Septiembre 2015.
- 11 Nuevas tecnologías sanitarias, gasto y salud. B. González López-Valcarcel. Congreso de Salud de los trabajadores, IISSS. Buenos Aires, Argentina, 9 de abril de 2015.
- 12 Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. O. Cetrángolo, Rev. de Economía Política de Bs. As., Año 8, Vol. 1, 2014.
- 13 PBG, Producto Bruto Geográfico de las provincias Argentinas. Período 1993-2006 | Santa Fe, Octubre de 2009.
- 14 Relación Fiscal Nación - Provincias: Inequitativa Situación de Mendoza. IDEAL, Julio 2014.