

Evaluación económica y toma de decisiones

Joan Rovira

Universidad de Barcelona

joanrovira@ub.edu

EJEMPLO

Las consultas externas de neumología de un hospital ofrecen asistencia a 10.000 pacientes con una patología respiratoria X.

Para tratar dicha patología se dispone de dos medicamentos:

Fármaco A: Efectividad 70 %

Coste anual por paciente tratado: 500 ptas.

Fármaco B: Efectividad 60%

Coste anual por paciente tratado: 200 ptas.

1- ¿Qué fármaco elegiría en un contexto en el que no existiera limitación de recursos?

2- ¿Qué fármaco elegiría en un contexto en el que existiera limitación de recursos? Por ejemplo 2 millones de pesetas. ¿Por qué?

CONTEXTO DE RECURSOS ILIMITADOS

FÁRMACO A:

10.000 pacientes * 0.7 = 7.000 pacientes curados

FÁRMACO B

10.000 pacientes * 0.6 = 6.000 pacientes curados

CONTEXTO DE RECURSOS LIMITADOS

FÁRMACO A:

Nº de pacientes que pueden tratarse: $\frac{2.000.000 \text{ ptas.}}{500 \text{ ptas/paciente}} = 4.000 \text{ pacientes}$

Nº de pacientes que curarán:

4.000 pacientes * 0.7 = 2.800 pacientes

FÁRMACO B:

Nº de pacientes que pueden tratarse: $\frac{2.000.000 \text{ ptas.}}{200 \text{ ptas /paciente}} = 10.000 \text{ pacientes}$

Nº de pacientes que curarán:

10.000 pacientes * 0.6 = 6.000 pacientes

Contenido

- Introducción
- Reglas de decisión
- Reglas de decisión con incertidumbre
- Sesgos en evaluación económica
- Experiencias reales y propuestas de aplicación de la evaluación económica
- Aspectos a considerar para la aplicación institucional sistemática de la EE.

INTRODUCCIÓN

Introducción

- Tipos de decisiones y usuarios
- Marco de decisión relevante
- Conducta racional y eficiencia
- Objetivos y motivaciones
- Medios
- Restricciones
- Evidencia, información y supuestos

Tipos de tomadores de decisiones que son usuarios potenciales de las EE

- Organismos e individuos que deciden la cobertura, financiación o reembolso de los tratamientos, tecnologías, medicamentos o programas en sistemas de salud públicos y privados.
- Reguladores de precios
- Médicos prescriptores
- Farmacéuticos y responsables de compras
- Consumidores sanitarios, pacientes
- Políticos
- Ciudadanos, organismos sanitarios

REGLAS DE DECISIÓN

Selección entre múltiples opciones excluyentes y no-excluyentes

- Opciones excluyentes. Típica decisión clínica: hay que elegir una opción entre las disponibles. Por ejemplo: elegir entre cirugía o tratamiento con fármacos o elegir entre varios hipolipemiantes
- Opciones no excluyentes: Típica decisión de regulación y planificación: ¿Qué prestaciones cubre el sistema? ¿Se incluye el medicamento en la lista de los financiados por el sistema público?

La razón coste-efectividad incremental

- El valor relativo de una opción A se expresa habitualmente como el cociente que se obtiene al dividir el coste neto de la opción por su beneficio neto o cociente coste-efectividad incremental respecto a la opción de referencia.
- Para el caso de la comparación de dos opciones A y B, el CEI se calcula de la siguiente forma:

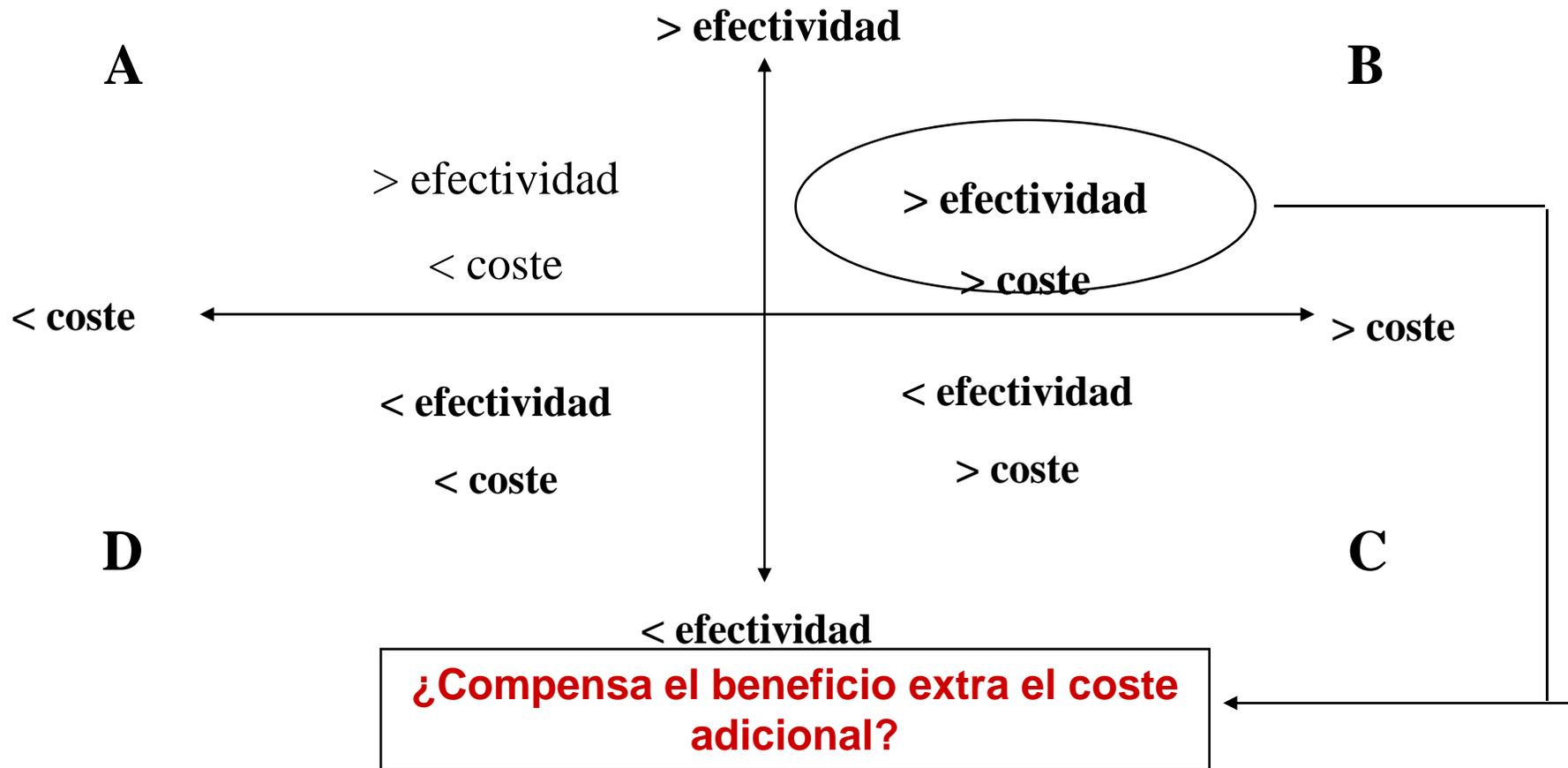
$$\text{CEI} = \frac{CA - CB}{EA - EB}$$

TABLA 1

Costes, resultados y análisis coste-efectividad de 2 opciones hipotéticas para el tratamiento de una misma enfermedad

Opciones	C	E	CEM	ΔC	ΔE	CEI
A	1.500	0,40	3.750			
B	4.500	0,50	9.000	3.000	0,10	30.000

C: Coste, en euros por paciente tratado; E: efectividad, en años de vida ganados por paciente; CEM: coste-efectividad medio; ΔC : incremento del coste; ΔE : incremento de la efectividad; CEI: coste-efectividad incremental.



COMPARACIÓN DE COSTE Y EFECTIVIDAD ENTRE DOS OPCIONES: 4 POSIBLES RESULTADOS

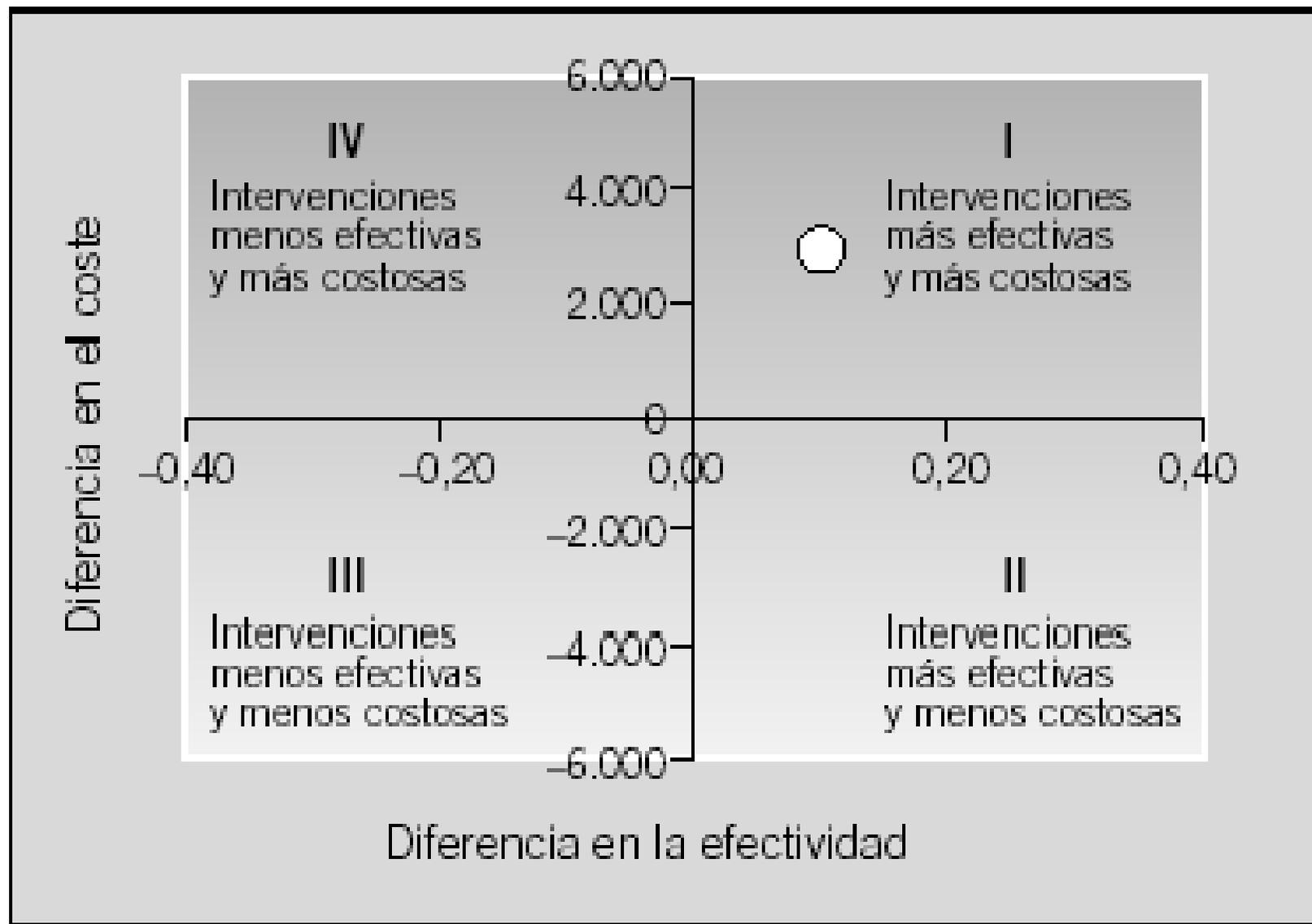


Fig. 1. Plano coste-efectividad.

TABLA 2

Costes, resultados y análisis coste-efectividad de 6 opciones hipotéticas para el tratamiento de una misma enfermedad

Opciones	C	E	CEM	Análisis de todas las opciones			Análisis de las opciones no dominadas		
				ΔC	ΔE	CEI	ΔC	ΔE	CEI
No intervención	0	0,00	-	-	-	-	-	-	-
A	1.500	0,40	3.750	1.500	0,400	3.750	1.500	0,40	3.750
B	4.500	0,50	9.000	3.000	0,100	30.000	x	x	x
C	4.800	0,20	24.000	300	-0,300	-1.000	x	x	x
D	5.000	0,60	8.333	200	0,400	500	3.500	0,20	17.500
E	9.500	0,62	15.323	4.500	0,020	225.000	x	x	x
F	12.000	0,70	17.143	2.500	0,080	31.250	7.000	0,10	70.000

C: coste en euros por paciente tratado; E: efectividad en años de vida ganados por paciente; CEM: coste-efectividad medio; ΔC : incremento del coste; ΔE : incremento de la efectividad; CEI: coste-efectividad incremental.

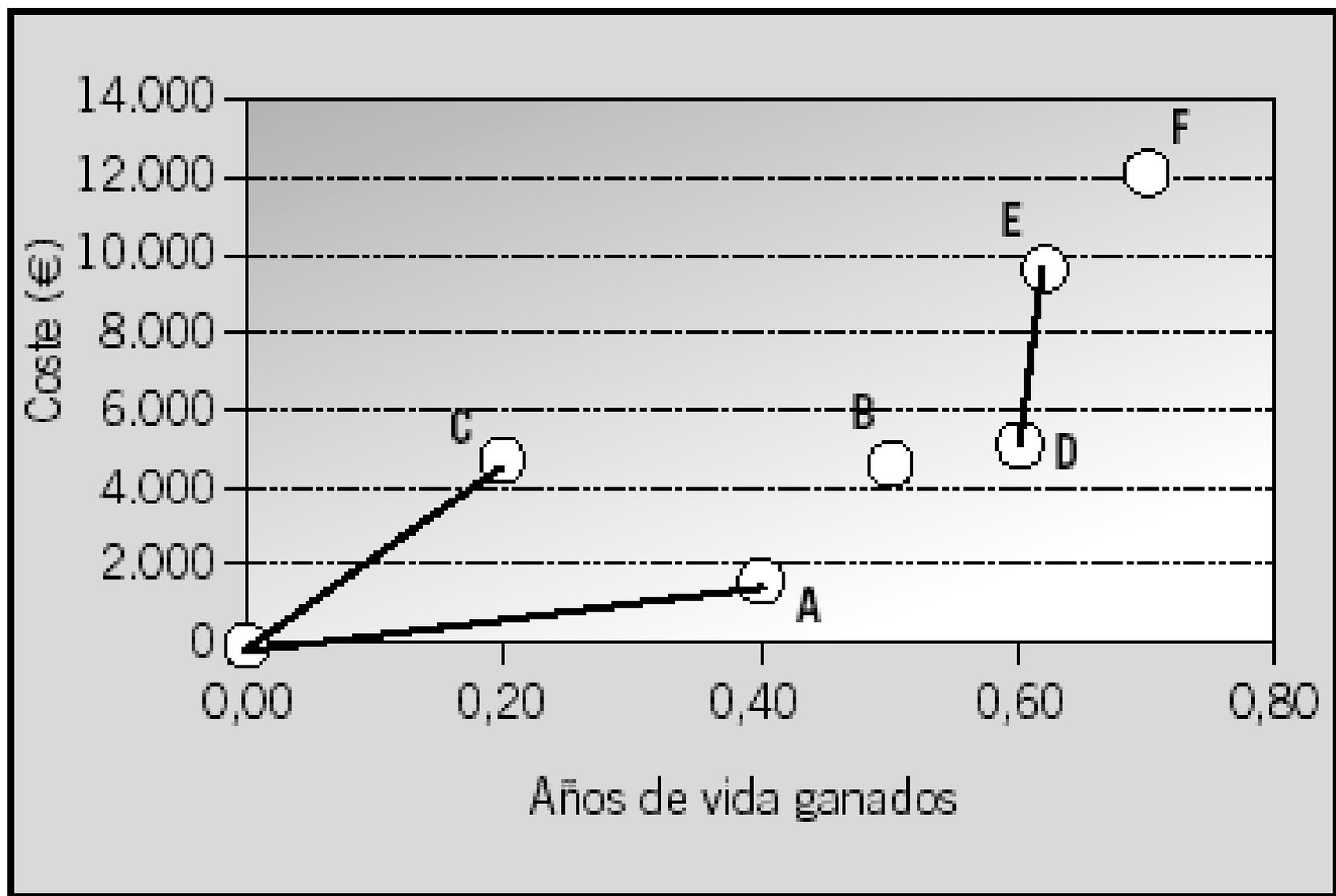


Fig. 2. Representación gráfica de los costes y resultados de las 6 opciones para el tratamiento de una misma enfermedad de la tabla 2.

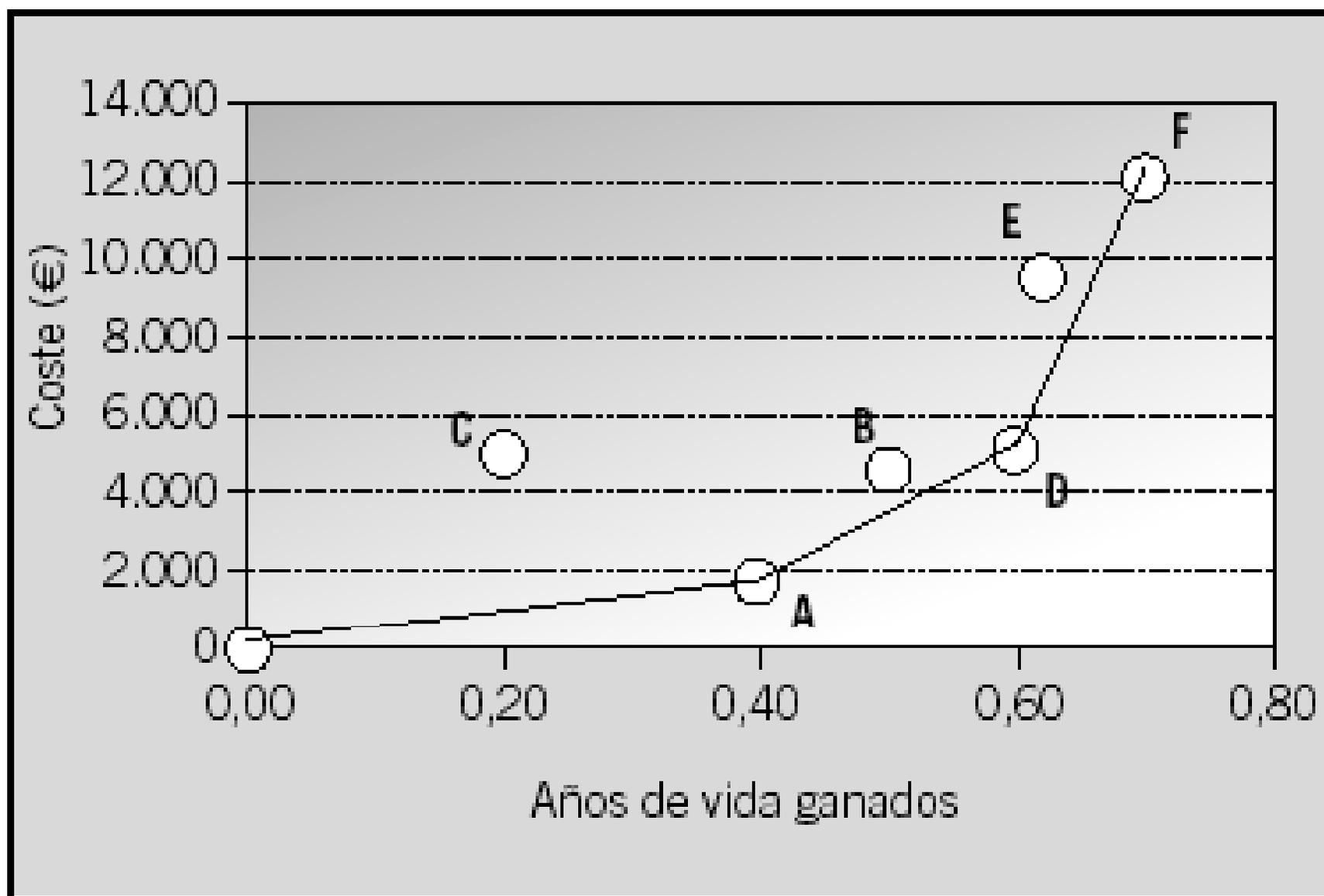


Fig. 3. La frontera eficiente.

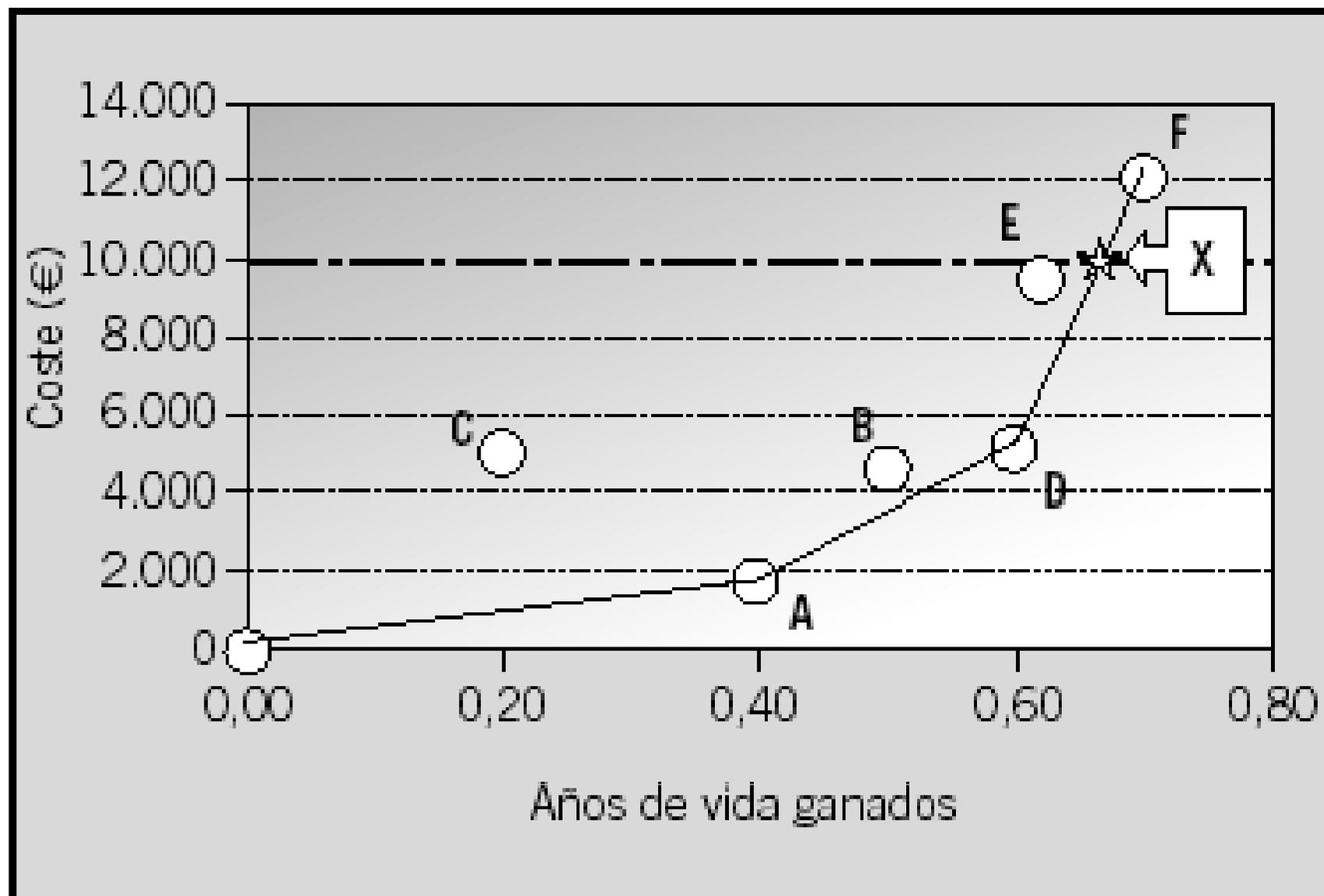


Fig. 4. El presupuesto como criterio para tomar decisiones.

TABLA 3

Ejemplo de listas de eficiencia (league table)*

Intervención	CEM
Test de colesterol y tratamiento dietético (adultos de 40-69 años)	317
Intervención neuroquirúrgica de lesión cerebral	346
Recomendación del médico general de dejar de fumar	389
Intervención neuroquirúrgica de hemorragias subaracnoideas	706
Tratamiento antihipertensivo para prevenir apoplejías	1.354
Colocación de marcapasos	1.584
Prótesis de cadera	1.699
Recambio valvular por estenosis aórtica	1.642
Test de colesterol y tratamiento	2.131
<i>Bypass</i> coronario (angina grave)	3.010
Trasplante de hígado	6.782
Cribado de cáncer de mama	8.323
Trasplante de corazón	11.290
Test de colesterol y tratamiento en adultos de 25-39 años	20.376
Hemodiálisis domiciliaria	24.854
Hemodiálisis hospitalaria	27.115
<i>Bypass</i> coronario (angina menos grave, un vaso)	31.637
Tratamiento de la anemia con eritropoyetina en pacientes dializados	78.307
Intervención neuroquirúrgica de un tumor maligno intracraneal	155.203

CEM: coste-efectividad medio (euros por año de vida ajustado por calidad de vida; datos originales en libras de 1990).

*Tabla adaptada de López y Casasnovas G, Ortún Rubio V. *Economía de la salud, fundamentos y políticas*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1998.

REGLAS DE DECISIÓN CON INCERTIDUMBRE

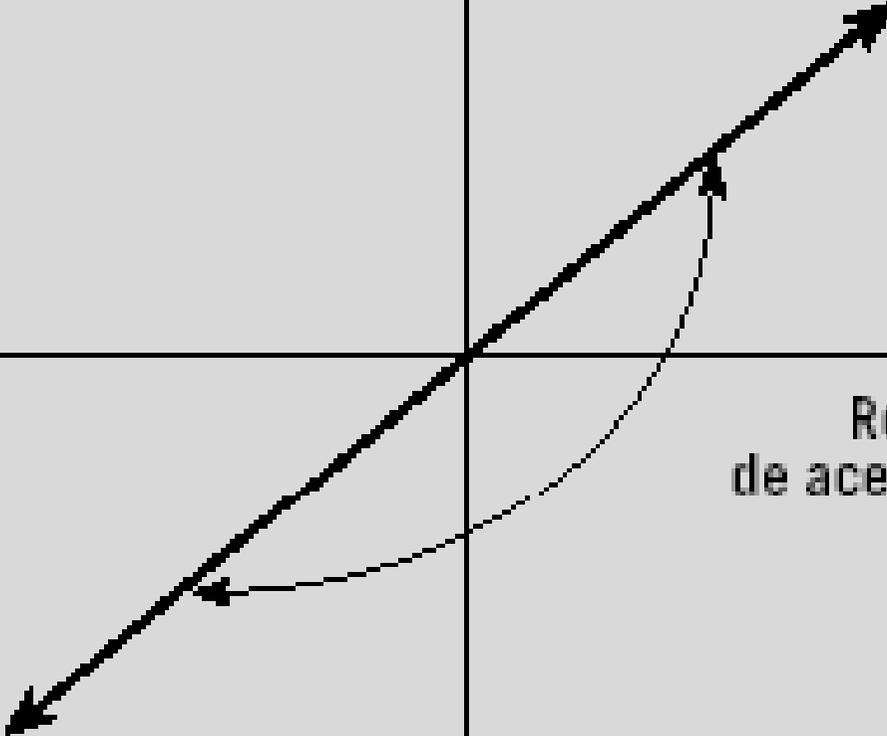
Tipos de análisis de sensibilidad (AS)

- AS univariante, cuando las variables del estudio se modifican individualmente, una a una; es el que se utiliza con más frecuencia.
- AS multivariante, que muestra los efectos de modificar simultáneamente 2 o más variables.
- AS de extremos, en el que se estudia el valor o el escenario más optimista (mejor) y el más pesimista (peor) para la intervención sanitaria que se está evaluando.
- AS umbral, que identifica el valor crítico (punto de corte) de un parámetro, por encima o por debajo del cual el resultado se invierte a favor de una u otra de las intervenciones comparadas.
- AS probabilístico, cuando se asume que la incertidumbre de los parámetros sigue una distribución estadística específica.

A

IV

I



III

II

Región
de aceptabilidad

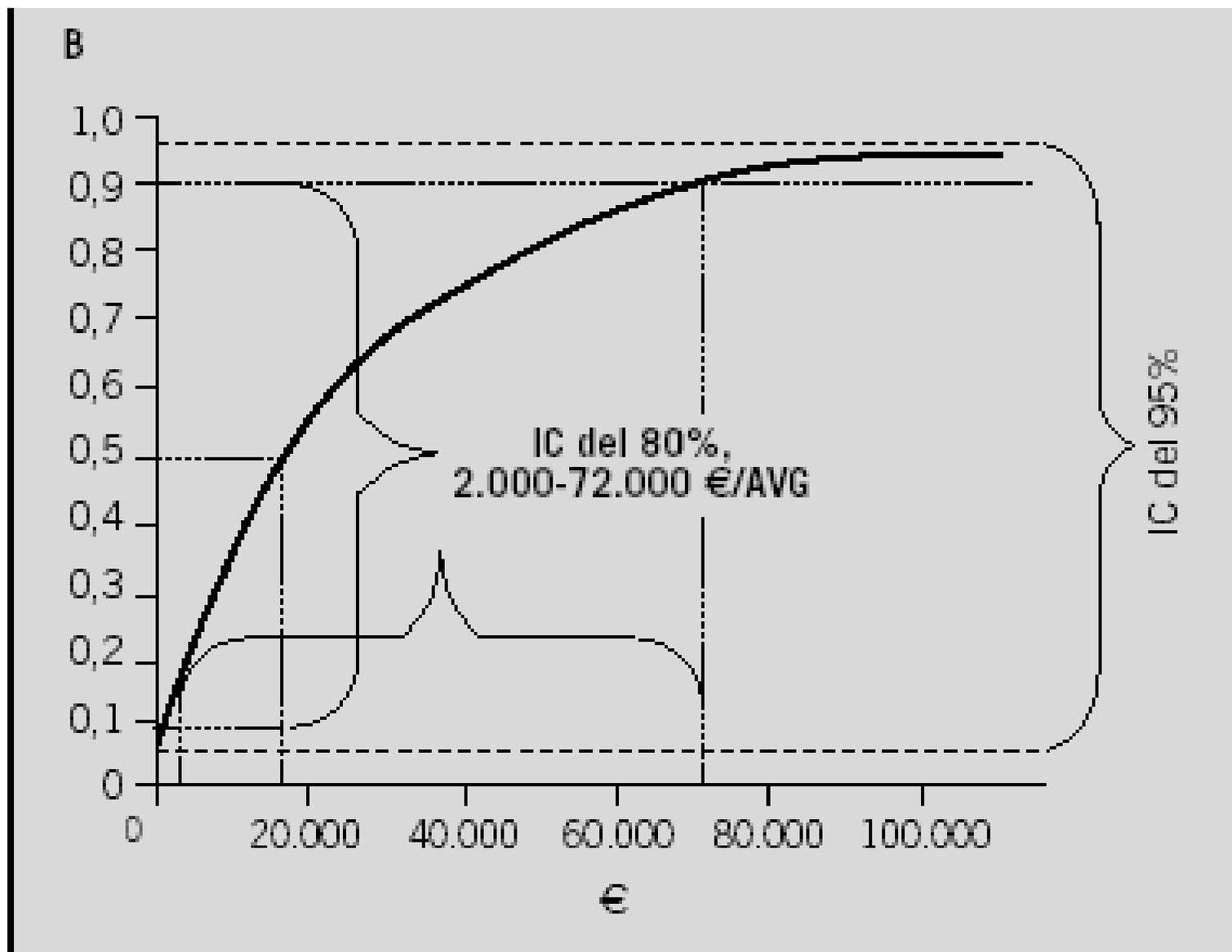


Fig. 6. Región (A) y curva (B) de aceptabilidad del coste-efectividad incremental. IC: intervalo de confianza; AVG: año de vida ganado. (Adaptada de Briggs⁶.)

TABLA 2

Resultados teóricos tomados como ejemplo para el cálculo del beneficio neto sanitario (*net health benefit*).

Véase el texto

	Efecto	Costes
Tratamiento A (nuevo) (n = 100)	10,00	10.000 €
Tratamiento B (antiguo) (n = 100)	8,75	5.000 €
Diferencia	$\Delta E = 1,25$	$\Delta = 5.000 \text{ €}$
Variación	$S_{\Delta E}^2 = 0,6$	$S_{\Delta C}^2 = 90.000 \text{ €}$
Covariancia	$S_{\Delta E, \Delta C}^2 = 200$	

ΔE : diferencia de efectos; ΔC : diferencia de costes; $S_{\Delta E}$: variancia muestral de ΔE ; $S_{\Delta C}$: variancia muestral de ΔC .

Ejercicio de asignación de un presupuesto por criterio de coste-efectividad

- Suponga que dispone de 600.000 \$ para cubrir la asistencia sanitaria pública de una comunidad y tiene que seleccionar entre los programas indicados en la tabla siguiente. Su objetivo es maximizar las ganancias en salud de la población medidas según una unidad básica de salud (UBS) consensuada. ¿Qué programas dejaría fuera de la cobertura o qué otra estrategia adoptaría para no tener déficit?

Elaboración de un catálogo de prestaciones con criterios de coste-efectividad

Tratamiento	Individual		Población			
	UBS	Coste (\$)	Nº de pacientes	UBS total	Coste total (\$)	Razón efectividad-coste
1	9,5	3.000	20	190	60.000	3,17
2	9,0	3.800	15	135	57.000	2,37
3	8,6	2.300	30	258	69.000	3,74
4	8,3	1.000	5	42	5.000	8,3
5	7,5	5.200	70	525	364.000	1,44
6	6,8	950	40	272	38.000	7,16
7	5,4	3.000	84	454	252.000	1,8
8	4,3	2.200	18	77	39.600	1,95
9	4,0	875	65	260	56.875	4,57
10	3,8	300	50	190	15.000	12,67
Total				2.403	956.475	

SESGOS EN EVALUACIÓN ECONÓMICA

LA CREDIBILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

- La farmacoeconomía: ¿ciencia o marketing?
- Los tomadores de decisiones en España afirman que dos de las principales razones para la no utilización de los estudios son la falta de credibilidad de los estudios (metodología obscura y posibilidad de manipulación de los resultados) y la falta de relevancia de las opciones comparadas (conclusiones del Proyecto Euromet)
- Si los destinatarios no se fían de los estudios ¿para que sirve hacerlos?

La diferencia de perspectiva y objetivos posible causa de los problemas de sesgos y de credibilidad

1. El comprador, financiador, asegurador, sociedad quiere:

Determinar cuál es la opción (tratamiento, programa, estrategia) más eficiente o coste-efectiva para abordar un problema

2. El proveedor, vendedor, promotor de una tecnología quiere:

Mostrar que su tecnología es la opción más eficiente o coste-efectiva para abordar un problema

Ejemplos de posibles manipulaciones y sesgos en estudios de Eval Econ (1)

1. Seleccionar opciones de referencia (comparadores) ineficientes (Crítica del proyecto Choice de la OMS)
2. Plantear una pregunta irrelevante; p.e, ¿cuál es la IECA más coste-efectiva para el tratamiento de la HTA?
3. Inflar los costes de las opciones de referencia con más categorías de recursos, mayor utilización de recursos o precios más altos.
4. No considerar todos los costes de la tecnología para la sociedad (p.e, los costes de cribaje en la introducción masivos de tratamientos hipolipemiantes)
5. Derivar implicaciones o conclusiones injustificadas.

Ejemplos de posibles manipulaciones y sesgos en estudios de Eval Econ (1)

6. Sesgo de publicación o difusión de estudios favorables al producto del patrocinador del estudio.
7. No se evalúan tecnologías eficientes sin perspectivas de rentabilidad privada, es decir, cuyos beneficios no sean apropiables por el patrocinador (genéricos, tratamientos tradicionales, remedios naturales, estilos de vida, etc).

Ejemplos de posibles manipulaciones en ensayos clínicos

1. Llevar a cabo un ensayo clínico frente a un tratamiento competidor que se sabe que es inferior
2. Compararlo con una dosis demasiado baja o demasiado alta del competidor para que el nuevo producto parezca más efectivo o menos tóxico
3. Llevar a cabo un EC con un tamaño muestral pequeño para que no aparezcan diferencias estadísticamente significativas respecto al competidor superior
4. Utilizar múltiples variables finales de valoración y seleccionar para publicación la que da los resultados más favorables
5. Hacer EC multicéntricos y seleccionar los resultados de los centros en que son más favorables
6. Llevar a cabo análisis de subgrupos y seleccionar para la publicación los más favorables

Posibles soluciones propuestas

- declaración de conflictos de intereses
- restringir los analistas a instituciones académicas y sin fin de lucro (Hillman)
- limitar la promoción a estudios fármaco-económicos empíricos (Posición de la FDA)
- transparencia y reproducibilidad de los estudios
- estandarización de la metodología
- auditoria o revisión independiente

**EXPERIENCIAS REALES Y
PROPUESTAS DE
APLICACIÓN DE LA
EVALUACIÓN ECONÓMICA**

La utilización de los estudios de coste efectividad y coste utilidad en la toma de decisiones de política sanitaria (1)

- Asignación de un presupuesto dado entre programas
 - Ordenación según RCE
- Financiación pública de nuevas tecnologías
 - Determinación de un valor umbral de la RCE
- Establecimiento de formularios, protocolos y directrices de práctica clínica
- Establecimiento o negociación del precio de venta o del precio de referencia de una tecnología

La utilización de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones de política sanitaria (2)

- Catálogo o conjunto garantizado de prestaciones
(Informe del Banco Mundial 1993, el programa CHOICE de la OMS, Experimento de Oregón)
- La lista positiva de medicamentos en Australia
- El papel del instituto NICE en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido
- La delimitación de las prestaciones por las aseguradoras privadas en USA

LIFE-YEAR GAINED LEAGUE TABLE

Number	Incremental cost per additional life-year gained at 1998/1999 prices (\$AU)	PBAC decision
1	5517	Recommend at price
2	8374	Recommend at price
3	8740	Recommend at price
4	17387	Recommend at price
5	18762	Recommend at price
6	18983	Recommend at price
7	19807	Recommend at lower price
8	22255	Recommend at price
9	26800	Recommend at price
10	38237	Recommend at price
11	39821	Recommend at price
12	42697	Reject
13	43550	Reject
14	43550	Defer
15	43550	Recommend at price
16	56175	Reject
17	57901	Recommend at price
18	63703	Reject
19	71582	Recommend at price
20	75286	Recommend at price
21	85385	Recommend at lower price
22	88865	Reject
23	98323	Reject
24	229064	Recommend at lower price
25	231650	Reject
26	256950	Reject

\$AU = Australian dollars. The average interbank exchange rate to US dollars for 1998/1999 was 0.63772 (range 0.68760 to 0.54850).
PBAC = Pharmaceutical Benefits Advisory Committee.

La utilización de los resultados de una evaluación económica para la toma de decisiones: un ejemplo hipotético (1)

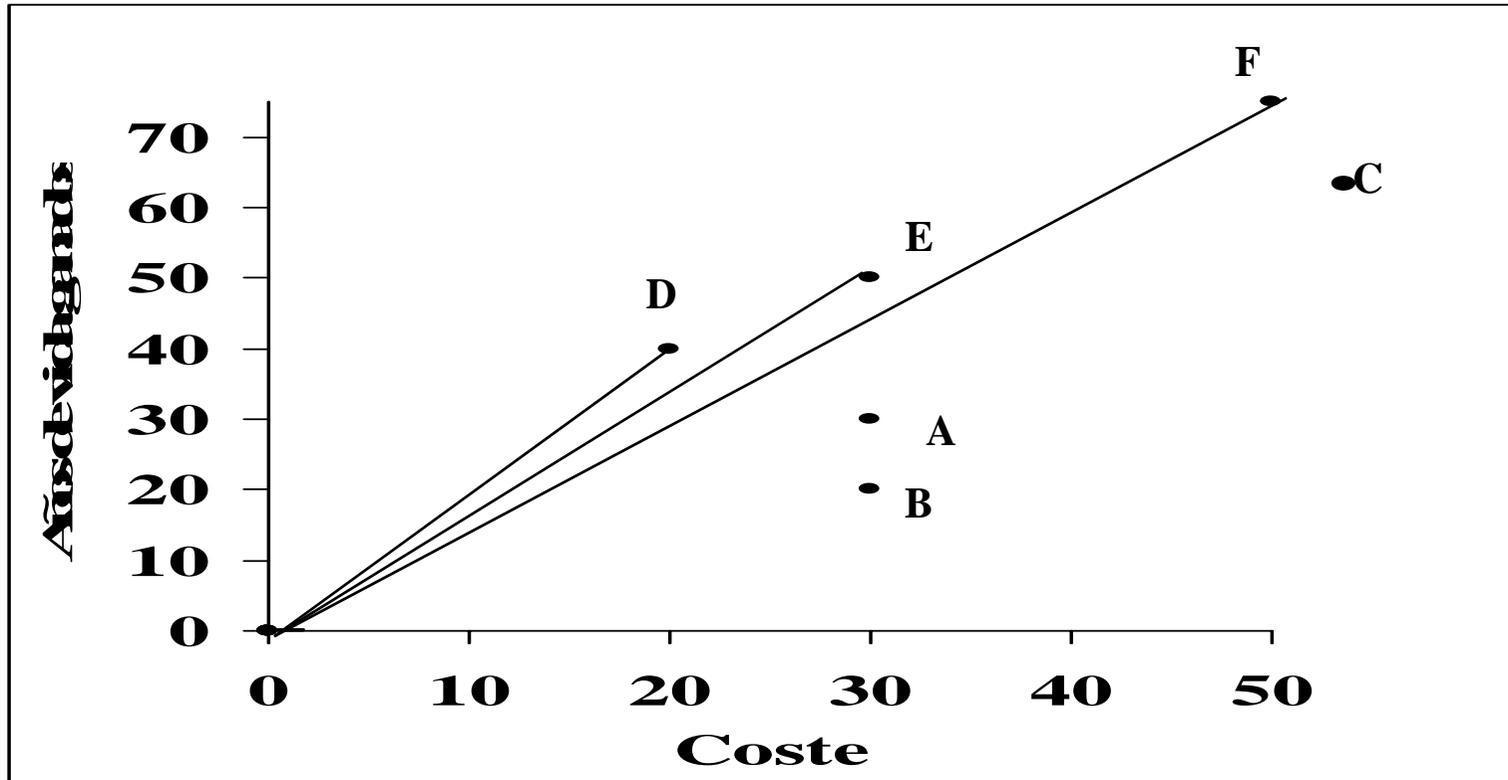
- Existe un sólo medicamento para una determinada indicación, que es financiado por el sistema de salud público.
- Precio (tratamiento completo): 10.000
- Incidencia de efectos adversos: 0.01
- Coste de tratar los efectos adversos: 800.000

Costes y beneficios de seis medicamentos
Evaluación económica y toma de decisiones

M e d i c a m e n t o	1 C o s t e n e t o	2 C a m b i o e n e s t a d o d e s a l u d	3 R e l a c i ó n c o s t e - e f e c t i v i d a d	4 R e l a c i ó n e f e c t i v i d a d - c o s t e
A	3 0	3 0	1	1
B	3 0	2 0	1 , 5	0 , 6 7
C	5 5	7 0	0 , 7 9	1 , 2 7
D	2 0	4 0	0 , 5	2
E	3 0	5 0	0 , 6	1 , 6 6
F	5 0	7 5	0 , 6 7	1 , 5

Análisis gráfico del coste y la efectividad de programas sanitarios para la toma de decisiones.

Programas excluyentes



Análisis de dominancia y de coste-efectividad incremental

- A, B y C son opciones dominadas
- D, E y F son dominantes
- Relación coste efectividad incremental:
 - RCE E/F = $30-20/50-40 = 10/10 = 1$
 - RCE F/E = $50-30/75-50 = 20/25 = 0,8$

La elección entre D,E y F no es obvia. Podría basarse en si la RCE es inferior o superior a la RCE más alta de entre todos los tratamientos financiados por el sistema de salud.

Un ejemplo hipotético (2)

- Aparece un nuevo medicamento para la misma indicación, con un perfil de efectos adversos más favorable.
- Precio solicitado (trat. completo): 20.000
Inciencia de efectos adversos: 0.001
- Coste de tratar los efectos adversos: 400.000
- ¿Debería aceptarse el precio solicitado?
- ¿Debería ser financiado el nuevo medicamento por el sistema público a este precio?

Un ejemplo hipotético (3)

- El precio P del nuevo medicamento que dejaría inalterado el presupuesto sanitario público sería:
- $P + 0.001 \times 400.000 = 10.000 + 0.01 \times 800.000$
- $P + 400 = 10.000 + 8.000$
- $P = 18.000 - 400 = 17.600$
- ¿Se debería pagar más por el producto teniendo en cuenta que, además del ahorro de recursos, reduce los efectos secundarios, es decir, mejora la salud?

**ASPECTOS A CONSIDERAR
EN LA APLICACIÓN
INSTITUCIONAL DE LA
EVALUACIÓN ECONÓMICA**

Experiencias de utilización real de la evaluación económica en España

- No ha existido una aplicación obligatoria ni sistemática conocida, por parte de ninguna administración sanitaria
- El Real Decreto 63/1995 sobre la cartera de prestaciones del SNS preveía su utilización para la incorporación de nuevas prestaciones, pero su aplicación nunca se concretó.
- El Ministerio de Sanidad ha dado a conocer la lista de prestaciones mínimas para todas las comunidades autónomas. La inclusión de nuevas prestaciones requerirá estudios que demuestren su eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia

Experiencias de utilización real de la evaluación económica en España

- Plan Estratégico de Política Farmacéutica (noviembre 2004):
 - Prevé que la DGFPS utilizará criterios de utilidad terapéutica y de valoración farmacoeconómica para decidir sobre la inclusión de nuevos medicamentos en la financiación del SNS.
 - Se constituirá en la AEM un Comité de Evaluación que elaborará informes de los aspectos farmacoeconómicos de los nuevos medicamentos en comparación con los ya disponibles.
 - Si no hay aportación terapéutica se seguirá para la financiación un criterio de coste de tratamiento día similar al del tratamiento vigente para la patología a tratar

Cuestiones clave

- Identificar los problemas/decisiones que debe informar la evaluación económica
- Establecer prioridades en los temas a evaluar
- Tipos de estudios: revisión y síntesis, adaptación de estudios ya realizados, estudios originales
- Investigación interna vs. externa
- Asegurar validez y credibilidad

Identificar las decisiones más relevantes

¿Qué tipo de decisiones toma la institución o los usuarios de los estudios realizados?

- Establecimiento de precios
- Reembolso de una tecnología
- Asignación de fondos a un proyecto
- Definición de indicaciones de una tecnología
- Elaboración de un catálogo de prestaciones
- Directrices de prescripción clínica

Establecer prioridades en los temas a evaluar

- Posible criterio: prioridad según la eficiencia esperada de las evaluaciones
- La eficiencia esperada depende de:
 1. el grado de ineficiencia actual (la magnitud del beneficio que podría obtenerse si se adoptase la decisión eficiente)
 2. la probabilidad de que los resultados del estudio se trasladasen a la práctica y
 3. el coste de la investigación

Tipos de estudios

1. revisión y síntesis
2. adaptación de estudios ya realizados
3. estudios originales

1 y 2 son, por lo general, complementarios.

3 más costoso que 1 y 2

Asegurar validez y credibilidad

- Normas de aplicación explícitas
- Decisiones justificadas
- Investigación interna vs. externa
- Trabajos realizados por los productores de tecnologías
- Directrices metodológicas (estandarización)
- Transparencia de las evaluaciones
- Auditorias independientes

Decisiones de política farmacéutica: Negociación de precios administrados (1)

- El precio de un medicamento es uno de los factores que determina su razón coste efectividad. La fijación del precio y la financiación pública deberían ser decididas, por tanto, conjuntamente.
- La evaluación económica permite cuantificar el excedente de beneficio o valor que aporta una tecnología (medicamento) respecto a otra. El excedente puede consistir en un mayor impacto positivo sobre la salud y/o en un ahorro de costes.

Decisiones de política farmacéutica: Negociación de precios administrados (2)

- La fijación del precio determina la distribución del excedente entre el productor y el consumidor o el financiador.
- El excedente calculado por medio de la evaluación económica ayuda a establecer un límite al precio y/o a la magnitud de la financiación pública.
- El precio máximo aceptable para el consumidor o el financiador es aquel que asigna todo el excedente al productor

Decisiones de política farmacéutica: Negociación de precios administrados (3)

- Pero al consumidor/financiador no le interesa pagar el precio máximo, sino el menor precio posible para acceder a la mejor (en términos de efectos sobre la salud) tecnología.
- El precio apropiado deberá ser suficiente elevado para cubrir los costes de producción, recuperar, en su caso, la inversión en I+D y obtener un beneficio empresarial acorde al riesgo

EJEMPLO PRACTICO: REPERCUSION EN EL PRESUPUESTO Y EFICIENCIA

Una enfermedad cuya incidencia anual es de 2.000 casos requiere una hospitalización media de 10 días a un coste de 1.000 euros por día. Un nuevo medicamento permite reducir la hospitalización en 2 días y aumentar la supervivencia media de un 10 % de los pacientes tratados en 3,65 días. La empresa que lo ha registrado demuestra que ha invertido \$2 mill. en la investigación y desarrollo del medicamento y que su coste de producción (excluyendo I+D) es de 500 euros por tratamiento para una producción anual de 2000 tratamientos. El medicamento está protegido por patente de producto por cinco años.

La empresa solicita un precio de 3.000 euros por tratamiento completo para cada paciente y la financiación pública del producto.

¿Qué haría como responsable de estas decisiones administrativas?

RESPUESTA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EVALUACION ECONOMICA HABITUAL

A corto plazo podríamos forzar el precio hasta cerca del coste de producción, 500 euros, pero a largo plazo esto desincentivaría la investigación. Para evitar este efecto la empresa debería poder recuperar la inversión y tener algún beneficio. Si suponemos que al expirar la patente el precio de mercado del producto se acercará al de producción debido a la competencia, la recuperación debe tener lugar en los cinco años de patente. El precio mínimo sin beneficio sería: $(2.000.000 / (5 \times 2000)) + 500 = 200 + 500 = 700$ euros.

Desde la perspectiva del análisis coste/efectividad, el estudio de la eficiencia habrá de calcular el aumento en los costes derivados del empleo del nuevo fármaco y relacionarlo con el aumento de efectos sobre la salud.

En este caso, tiene lugar un aumento de los costes anuales totales de tratamiento de la enfermedad en 2.000.00 (procedentes de 3000 euros del nuevo fármaco por 2000 casos, menos los ahorros de 4.000.000 de las estancias hospitalarias).

Por otra parte, en el denominador del cociente coste/efectividad habría que incluir los efectos sobre la salud, en este caso, el nuevo tratamiento aumenta la supervivencia de la población enferma en un total de 2 años (10% de 2000 pacientes por 3,65 días por paciente). Aunque parezca un valor pequeño, es frecuente encontrar nuevos medicamentos que en promedio realmente aumentan muy poco la supervivencia individual, pero que en el agregado de la sociedad acaban siendo años - como en este caso que al final suman dos años-. De hecho, algunos fármacos casi no alteran la supervivencia de la mayoría de los pacientes aunque a algunos pocos les puede aumentar su esperanza de vida ligeramente; de ahí, que el promedio de todo el grupo pueda ser tan bajo de 3,65 días.

El cociente del aumento de costes de dos millones entre el aumento de supervivencia total de dos años es de 1 millón de euros por año de vida ganado. El gestor sanitario habrá de sopesar si este resultado es aceptable. Para ello, habría de compararlo con los costes que su centro sanitario soporta como resultado de la ganancia de un año adicional de vida mediante otras tecnologías; incluso el gestor habría de plantearse cuánto soporta la sociedad cuando adopta otras decisiones de índole sanitaria.

Si tuviera lugar una negociación, una forma de acercar posiciones entre el laboratorio y la Administración Pública sería la de fijar un precio cuyo cociente coste efectividad fuese parecido al que consiguen otras tecnologías sanitarias. Por ejemplo, imaginemos que el coste por año de vida ganado se sitúa en 500.000 euros para la mayoría de las nuevas tecnologías. Entonces, un precio de 2.500 euros quedaría plenamente justificado ya que $2500 \times 2000 = 5.000.000$ a los que habría que restar los ahorros de 4000000 (de las estancias), esto es, un millón, que dividido entre dos años ganados daría los 500.000 euros por año.

EL ANALISIS DE LA REPERCUSION EN EL PRESUPUESTO

Sin embargo, a pesar de los datos de un estudio de la eficiencia, como los indicados en las anteriores líneas, los gestores necesitarían conocer si pueden permitirse la nueva terapia y si la sustitución o trasvase entre las partidas presupuestarias tiene en realidad lugar. Es decir, si los ahorros debidos a hospitalizaciones más cortas –dos días menos- han de valorarse a 2000 euros y si repercuten como tales en un menor gasto hospitalario. El análisis de la repercusión en el presupuesto pone el acento en este asunto. La conclusión a la que se llegaría es que se produce un aumento, al precio solicitado de 3000 euros por tratamiento, de dos millones de euros. La decisión con esta información es si se lo puede permitir o no, para lo cual habrá de examinar las partidas asignadas a los diferentes conceptos –farmacia y los restantes-.

Además habría que repasar los resultados conforme con el decálogo de Trueman, Drummond y Hutton para comprobar que los resultados obtenidos son fiables y que ofrecen una visión de conjunto completa. Especial interés tendrían: la velocidad de introducción de la nueva tecnología, el horizonte temporal y los márgenes de incertidumbre.

Así, y para completar el ejemplo, desde una perspectiva exclusivamente presupuestaria, el precio máximo al que a la Administración Pública le interesa el producto es 2.000 euros (que se corresponde con lo que ahorra el hospital en estancias). Entonces se lograría una alta eficiencia ya que las ganancias en años de vida – los dos que consigue el nuevo fármaco en el agregado de los 2000 pacientes- se logran a coste cero.

Por otra parte, el precio mínimo que mantendrá el incentivo a investigar de la empresa será 700 euros (porque puede recuperar la parte proporcional de inversión de 500 euros y los costes variables de producción de 200 euros).