

Priorizar servicios sanitarios para no seguir saliendo del paso

JOSÉ MARÍA ABELLÁN PERPIÑÁN



Catedrático de Economía Aplicada en la Universidad de Murcia e investigador senior de la Fundación Gaspar Casal. Como docente posee una dilatada experiencia enseñando economía de la salud a profesionales sanitarios en diversas instituciones (Universidad Carlos III, Universidad Pompeu Fabra, Escuela Andaluza de Salud Pública, entre otras). Como investigador, con más de 100 publicaciones, ha contribuido al desarrollo de nuevas técnicas metodológicas para la evaluación económica de intervenciones sanitarias.

Ha sido presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES), vocal de la Asociación Libre de Economía (ALdE), Vicerrector de Economía, Sostenibilidad y Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia y actualmente es director del área de Salud y Servicios Sanitarios del Observatorio de Economía Conductual del Colegio de Economistas de Madrid.

¿ES LA PRIORIZACIÓN, ESTÚPIDO!

No podía imaginar el entonces candidato a la presidencia de EE. UU., Bill Clinton, que su exhorto “¡es la economía, estúpidos!”, empleado como eslogan informal de la campaña electoral de 1992, se acabaría convirtiendo en una socorrida muletilla universal, que debidamente parafraseada, igual valdría para un roto que para un descosido. Aforismo este (el del roto y el descosido) que encaja a la perfección con la finalidad última que persigue (o debiera perseguir) la priorización de los servicios sanitarios. Priorizar en sanidad es, a la postre, racionar el uso de los recursos disponibles con el objeto de generar el máximo valor posible (concepto que no es unívoco) para los ciudadanos. De hecho, todos los días se toman decisiones en el locus sanitario que comportan racionamiento (pensemos, por ejemplo, en las listas de espera estructurales). Por desgracia, demasiadas de esas decisiones no responden a unos criterios explícitos y a unos procedimientos fundados y transparentes, sino más bien a juicios de valor alimentados por la costumbre, la inercia o la improvisación.

Probablemente sea en el terreno de la macrogestión, concretamente en la tarea de delimitación de la cartera de servicios sanitarios, donde más evidente sea la necesidad de establecer prioridades. La cobertura ofrecida por la cartera de servicios del sistema sanitario público no puede ser infinita porque los recursos disponibles para financiar las prestaciones sanitarias que la integran no lo son. Es en ese ámbito, en el de las decisiones de financiación y cobertura de las prestaciones sanitarias, donde la priorización cobra una relevancia singular, por el potencial alcance de su impacto económico y organizativo sobre todo el sistema. “¡Es la priorización, estúpido!”, podríamos clamar. Priorización entendida como la culminación de un proceso más amplio, como es el de la planificación (Pineault y Daveluy, 1987). Priorización basada en el valor, no exclusivamente concebido este valor como trasunto de eficiencia (Porter, 2010), sino comprensivo de otros objetivos adicionales al de maximización de la salud, como son las reducciones de las inequidades en salud y la protección contra las consecuencias financieras y sociales de la enfermedad (WHO, 2010).

El solar patrio es poco dado a los ejercicios de priorización. Falta convicción en sus bondades y sobra temor a que la instauración de procedimientos reglados de toma de decisiones, ahormados sobre metodologías estandarizadas, puedan hurtar grados de libertad a los gestores. Rastros de esta desconfianza hacia

los mecanismos de racionamiento explícitos pueden hallarse en la evolución de la normativa reguladora del desarrollo y actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS). Si bien el Real Decreto-Ley 16/2012 previó el desarrollo reglamentario del procedimiento para la actualización de la cartera común de servicios del SNS, dicho desarrollo no se ha producido, continuando en vigor las previsiones al respecto contenidas en la Orden SCO/3422/2007.

Asimismo, y aunque el mismo Real Decreto-Ley estableció la obligatoriedad de la evaluación, con carácter preceptivo y previo a su utilización en el SNS, de las nuevas prestaciones por parte de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), resulta cuando menos dudoso afirmar a día de hoy que sus informes técnicos (que no abarcan los medicamentos) influyan realmente en la adopción (y las condiciones de esa adopción) de nuevas tecnologías sanitarias.

Es precisamente en el ámbito de la prestación farmacéutica donde más árido resulta el desierto de la ausencia de priorización. A este respecto, siguen siendo oportunas la mayoría de las críticas vertidas por el Tribunal de Cuentas (2016) en su informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad en relación con el área de farmacia en los ejercicios 2014 y 2015. En particular, su denuncia de la inexistencia de manuales de procedimientos que recogiesen los criterios de evaluación seguidos para la inclusión de nuevos medicamentos en la prestación farmacéutica y en la fijación de precios. Otra de sus críticas –que no se hubiera creado aún en esa fecha el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica (CAPF) del SNS previsto en el Real Decreto-Ley 16/2012– ha perdido, no obstante, virtualidad, al ver la luz dicho órgano asesor en abril de 2019, nada menos, eso sí, que siete años después de la entrada en vigor de la citada norma. Paradójicamente, el instrumento alumbrado desde 2013 para informar las decisiones de financiación y reembolso de nuevos medicamentos –los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT)– no estaba contemplado entre las previsiones del Real Decreto-Ley y, sin embargo, posee un carácter vinculante para todo el SNS, tal y como establece la Ley 10/2013, que modifica la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos.

Debe anotarse en el debe de este instrumento, como acertadamente señala el CAPF en su documento de consenso de 9 de junio de 2020, el papel completamente subsidiario otorgado a la evaluación económica en el procedimiento de fijación de precio y financiación de nuevos medicamentos. De acuerdo a la "Propuesta de colaboración para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos", aprobada por la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS el 21 de mayo de 2013, la inclusión de la evaluación económica en los IPT de forma previa a la determinación del precio y reembolso de los medicamentos es optativa. Únicamente se prevé obligatoria a posteriori, una vez adoptada la decisión de su incorporación a la prestación farmacéutica. Emplear las metodologías de evaluación económica en ese momento procesal del procedimiento, cuando ya hasta se ha decidido el precio del medicamento, vacía de sentido a esta herramienta, restándole toda su utilidad como "cuarta garantía" de acceso a la prestación farmacéutica pública (Del Llano, Pinto y Abellán, 2008).

Por desgracia, esta visión de la evaluación económica como de un instrumento superfluo o meramente accesorio, se consolida en el Proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento de financiación selectiva de los productos sanitarios con cargo a la prestación farmacéutica del SNS publicado en julio de 2018, en el que se indica que "en caso necesario, el informe técnico de evaluación podrá incluir un análisis coste-efectividad" y que "dicho informe técnico de evaluación servirá de apoyo a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos". Se perpetúa así el carácter opcional de la evaluación económica en el procedimiento de financiación de nuevos medicamentos.

Hasta aquí las lamentaciones. Abordemos ahora las posibles - si no soluciones - sí al menos vías de avance en el establecimiento de prioridades en la cartera de servicios sanitarios. Para ello haremos algunas reflexiones relativas a dos dimensiones interconectadas en el proceso de actualización de dicha cartera. De un lado, la evaluación continua (algunos autores hablan de "reevaluación"; Leggett et al., 2012) de las tecnologías sanitarias en uso, proceso mediante el cual se identifican, priorizan y evalúan intervenciones potencialmente prescindibles, pudiendo desembocar dicho proceso en la desinversión en las mismas. De otro lado, la evaluación basada en el valor de nuevas tecnologías (Angelis y Kanavos, 2016), proceso que requiere, en una primera fase, de la identificación y priorización de las intervenciones potencialmente evaluables, para a

continuación juzgar el valor que aportan recurriendo a diversos criterios, no únicamente su coste-efectividad.

LA BONDAD DE NO HACER

La evidencia acumulada al respecto del mal aprovechamiento de los recursos en el ámbito sanitario es cuantiosa. Un reciente informe (OCDE, 2017) estima que un volumen significativo del gasto sanitario de los países de la OCDE es “como poco inefectivo, cuando no un despilfarro”. Así, la fracción del gasto sanitario derrochado según dicho informe oscila del 10% al 32%, dependiendo del país, situándose EE. UU. a la cabeza del despilfarro. Otros estudios más recientes (Shrank et al., 2019) estiman el coste de los recursos desaprovechados en EE. UU. en aproximadamente el 25% de su gasto sanitario total.

El término despilfarro debe interpretarse como sinónimo de ineficiencia. Si bien hay diferentes formas de catalogar este fenómeno, el citado informe recurre a una fórmula habitual (Bentley et al., 2008), distinguiendo entre el despilfarro administrativo, el operativo (trasunto de ineficiencia productiva) y el clínico (forma de ineficiencia asignativa).

Las ineficiencias administrativas son particularmente notorias en sistemas como el estadounidense, incluyendo las relacionadas con transacciones (facturación, procesos de reclamaciones), así como otras (costes de producción y venta en el mercado, regulación, acreditación, etc.). En general, representan una desviación de los recursos hacia fines diferentes a la consecución de los objetivos propios del sistema sanitario, cuya expresión más grave sería la corrupción y el fraude.

El despilfarro operativo se ocasiona cuando se incurre en un coste excesivo para producir o proveer los servicios sanitarios y se mide como la diferencia entre el coste de producir el output y el coste que implicaría producirlo de manera eficiente. Este sería el caso, por ejemplo, de la prescripción de medicamentos de marca en lugar de genéricos o la duplicación de pruebas de imagen.

El despilfarro clínico se manifiesta cuando se produce el output incorrecto, como sería el caso de aquellos tratamientos que proporcionan un beneficio en salud marginal o nulo comparados con alternativas menos costosas. Se incluirían en

esta categoría aquellas intervenciones que tienen efectos perjudiciales para la salud (propiciando infecciones nosocomiales, por ejemplo), así como las que tienen efectos positivos de pequeña magnitud comparados con alternativas más baratas, como ocurre con la práctica de cesáreas innecesarias. El despilfarro clínico se mide como la diferencia entre el coste de producir el output y el valor de éste.

En general, las denominadas listas de “bajo valor” (Elshaugh et al., 2013) identifican tecnologías sanitarias (de toda índole, también procedimientos y prácticas clínicas) que proporcionan escasos beneficios terapéuticos, que son potencialmente dañinas o que han quedado obsoletas, esto es, superadas por otras alternativas superiores (Joshi et al., 2009). Ejemplos de listados de este tipo serían los elaborados al amparo de la iniciativa “Choosing wisely” (Morden et al., 2014), impulsado en EE. UU. por la fundación del American Board of Internal Medicine desde 2012, y que reúne a más de 60 sociedades médicas que han propuesto listas de 5 pruebas, tratamientos o procedimientos para los que hay evidencia científica sólida de que no benefician a los pacientes o que incluso les causan perjuicios.¹ Esta iniciativa se ha extendido a muchos otros países (Levinson et al., 2015, 2018) como Alemania (desde 2015), Australia (2012), Canadá (2014), Países Bajos (2012) o Italia (2013). También hay que destacar las recomendaciones de grado D o desfavorables a la prestación de aquellos servicios para los que los perjuicios exceden los beneficios, efectuadas por la US Preventive Services Task Force,² institución impulsada por la Agencia para la calidad e investigación en atención sanitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de la administración estadounidense,³ integrada por 16 expertos reconocidos en prevención, medicina basada en la evidencia y atención primaria. Sus recomendaciones se sustentan en la evidencia disponible sobre servicios preventivos, como programas de cribado o servicios de asesoramiento en materia de adicciones. También cabe mencionar, asimismo, las recomendaciones “do not do” del NICE británico (Abellán, Campillo, del Llano, 2014), contrarias a la utilización de tecnologías sanitarias inseguras, inefectivas o ineficientes, las cuales,

1. *Choosing wisely* (AIMB) [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.choosingwisely.org/>

2. *U.S. Preventive Services Task Force* [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics>

3. *Agency for Healthcare Research and Quality* [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.ahrq.gov/>

sin embargo, ya no están disponibles como tales, de forma diferenciada, en la web del Instituto. Sí que se mantiene, no obstante, otro programa del NICE, bautizado como “cost-saving guidance”, que identifica todas aquellas orientaciones emitidas por la institución que generan un ahorro neto al National Health Service.⁴

Descendiendo al caso español, la iniciativa “Choosing wisely” gestada en EE. UU., ha tenido reflejo en el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Médicas de España”, auspiciado en 2013 por el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Interna. El objetivo principal de este proyecto es reducir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, entendiendo por tales aquellas que no han demostrado su eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. Cada una de las sociedades adheridas al proyecto (ya hay más de 40) propone 5 prácticas que deberían abandonarse.⁵ En la actualidad el proyecto es coordinado por GuíaSalud,⁶ repositorio de guías de práctica clínica del SNS creado en 2002, elaborado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), y adoptado por el Consejo Interterritorial del SNS como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el sistema sanitario público. A modo de ejemplo, la tabla 1 muestra las 5 recomendaciones de “no hacer” de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP), que constituyen el listado más reciente compilado por GuíaSalud.

4. *Cost-saving guidance (NICE)* [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/cost-saving-guidance>

5. *Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España* [último acceso, 14/11/2020]: https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sssc.htm

6. *GuíaSalud* [último acceso, 14/11/2020]: <https://portal.guiasalud.es/no-hacer/>

1	No interpretar los resultados de inmunohistoquímica sin tener controles internos y/o externos positivos.
2	No pedir estudios intraoperatorios si no van a suponer un cambio inmediato en la actitud quirúrgica durante la intervención.
3	No manipular ni abrir las piezas quirúrgicas sin la supervisión de un patólogo, pues se dificulta el examen adecuado de la pieza y lesiones existentes.
4	No agotar el material endoscópico en pacientes diagnosticados de patología tumoral si esa va a ser la única muestra disponible.
5	No basar el diagnóstico de linfomas en hallazgos moleculares (reordenamiento monoclonal) en ausencia de correlación clínica / histológica / inmunohistoquímica.

Tabla 1: Recomendaciones de “no hacer” de la SEAP. Fuente: https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_ANATOMIA_PATOLOGICA_OK.pdf

Como han podido comprobar los lectores, hay una considerable diversidad de formas para referir la idea de tecnologías o intervenciones de bajo valor. No obstante, como afirma Pandya (2018), se vislumbra una tendencia general a interpretar dicho “bajo valor” solo o principalmente en términos de los pobres o incluso inexistentes resultados en salud que generan los tratamientos y procedimientos calificados como tales. Esto no deja de ser un error, en la medida que (y aquí se posiciona quien escribe este capítulo) la fuente de valor relevante es la eficiencia y no meramente la efectividad. Como muy acertadamente arguye Sacristán (2020): “Incluir la efectividad en las estimaciones de valor puede generar una utilización ineficiente de los recursos, ya que una intervención muy efectiva no es necesariamente una intervención eficiente, así como una intervención de escasa efectividad no siempre es una intervención ineficiente”. Por esta razón, en general, “el hecho de que una intervención sea menos efectiva que otra, o que resulte en más efectos adversos, o que cueste más que otra, no implica necesariamente que sea una intervención de bajo valor”. Ciertamente deberíamos convenir que aquellos tratamientos que causan daño a los pacientes o que no muestran efectividad alguna realmente son asistencia sanitaria sin valor, antes que tratamientos de bajo valor.

Elshaugh et al. (2009) sitúan el balance coste-efectividad en el centro de los motivos que convierten a una tecnología sanitaria en candidata a la desinversión, definiendo este proceso como: “retirar (parcial o completamente) recursos sanitarios de cualesquiera medicamentos, tecnologías, procedimientos y prácticas existentes de asistencia sanitaria que se juzgue que proporcionan poca o ninguna ganancia de salud en relación a su coste y que por tanto no son asignaciones eficientes de recursos sanitarios”. Como los propios autores señalan, la desinversión, idealmente, debería entenderse como “desplazamiento y reasignación” o “reinversión” de los recursos liberados “hacia tecnologías, prácticas o programas con mayor (coste-) efectividad demostrado”.

Esta misma (ambiciosa) visión es sostenida por Abellán, Campillo y del Llano (2014), señalando a la reinversión entendida como definen Elshaugh et al. (2009) como el horizonte al que debería tenderse en España. A este respecto, iniciativas como la encarnada en la elaboración del Atlas de utilización de procedimientos de bajo valor realizado por el IACS, en el marco del Plan de trabajo de la Red Nacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, resultan sin duda valiosas, por cuanto pretenden “aportar elementos para apoyar una estrategia nacional encaminada a reducir al mínimo la utilización de procedimientos de dudoso valor en el SNS, fomentando el uso de las alternativas superiores o la reasignación de recursos a otras actividades más coste-efectivas”⁷, si bien, en último término, adolecen de la misma limitación que los listados tipo “Choosing wisely”, a saber, de falta de implementación (véase a este respecto, por ejemplo, Schwartz et al., 2014). El eslabón perdido en la cadena evolutiva del establecimiento de prioridades dentro de la cartera de servicios sanitarios es la traslación efectiva (y, por tanto, de alguna forma vinculante) de las recomendaciones que, implícita o explícitamente, contiene el mencionado Atlas o las lista de no hacer de GuíaSalud. Como hemos visto, por desgracia, esta falta de traslación de la teoría a la práctica no es pecado privativo hispano, sino que hasta el mismísimo NICE ha dejado de mantener su base de datos de recomendaciones “do not do”, si bien (y en esto nos aventajan) ofrecen estimaciones del impacto presupuestario que posee la evitación de ciertas prácticas innecesarias como,

7. Atlas de utilización de procedimientos de bajo valor (IACS) [último acceso, 13/11/2020]: https://www.atlasvpm.org/atlas/desinversion-2017/#_ftn1

por ejemplo, la angiografía coronaria invasiva y las intervenciones coronarias percutáneas.⁸

Dicho lo anterior, el abordaje de la desinversión requiere de escalpelo fino para trazar con cuidado la delgada frontera entre la obsolescencia absoluta y la relativa. Y esto es así porque raramente una intervención pierde por completo su valor para todas las indicaciones y grupos de pacientes. Hay una heterogeneidad clínica insoslayable producto de la falta de adecuación, por sobre o infra tratamiento y diagnóstico, en el uso de los servicios sanitarios, consecuencia en muchas ocasiones del fenómeno conocido como “indication” o “treatment creep” (Elshaugh et al., 2009), esto es, procedimientos y tecnologías que inicialmente satisfacen los estándares de seguridad, efectividad y coste-efectividad van apartándose de ellos conforme se extiende su uso a indicaciones alejadas de las originalmente consideradas.

Como en tantos otros ámbitos, empero, el camino se demuestra andando. El panorama en España es desalentador por cuanto existen los mimbres para articular una estrategia efectiva de desinversión, ya que se cuenta con el conocimiento (ahí está el Atlas de utilización de procedimientos de bajo valor) e incluso la metodología para desplegar un modelo (la guía GuNFT⁹ desarrollada por OSTEBA), pero continuamos encallados donde siempre, en la ausencia de implementación. Algo que, desafortunadamente, no se limita exclusivamente a las tecnologías sanitarias preexistentes, sino también a las que están por llegar.

EVALUACIÓN ECONÓMICA EXIGENTE E INTELIGENTE

Ya hemos apuntado en la introducción a este capítulo la paradójica situación de la evaluación (económica) de tecnologías sanitarias en nuestro país. Es de sobra conocido que CC. AA. como País Vasco y Cataluña fueron pioneras en la introducción de los procesos de evaluación de tecnologías sanitarias en Europa

8. *Cost-saving guidance (NICE) [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg32>*

9. *Guideline for Not Funding existing health technologies in health care systems (GuNFT) [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/libro/informe-sobre-la-elaboracion-de-la-guia-gunft-guia-para-la-no-financiacion-de-tecnologias-sanitarias-ya-existent-en-los-sistemas-sanitarios/>*

(González, 2007) y que, sin embargo, son otros los países que lideran dichos procesos en el Viejo Continente, sobre todo, en lo concerniente a la imbricación de la evidencia económica en el proceso de toma de decisiones sobre la cobertura y financiación de nuevas tecnologías sanitarias (Llano, Pinto y Abellán, 2008).

Precisamente porque los costes (a todos los niveles, políticos también) de la desinversión en tecnologías previamente incorporadas a la cartera pueden ser considerables, merece la pena instaurar una política de introducción de nuevas tecnologías exigente e inteligente (Abellán, Campillo y del Llano, 2014). Exigente, como antídoto frente a futuras desinversiones. Inteligente, para diferenciar adecuadamente entre novedad e innovación, favoreciendo el acceso de los pacientes a las tecnologías prometedoras sin comprometer la viabilidad financiera del sistema.

Para lo primero – sentar las bases de una evaluación exigente – y pese a las innegables limitaciones que presenta el análisis coste-efectividad como procedimiento para juzgar el valor de las nuevas terapias (Garau y Devlin, 2017), resulta también innegable que no puede soslayarse su utilización sin omitir el coste de oportunidad de los recursos sanitarios (Puig-Junoy, 2018). Por este motivo, las propuestas en favor de la utilización de metodologías tales como el Análisis de Decisión Multicriterio (Zozaya, Oliva e Hidalgo, 2018; Bayón et al., 2019), que al menos en su estadio actual, ignoran el mencionado coste de oportunidad, no pueden en ningún caso reemplazar a la comparación de la razón incremental coste-efectividad con algún umbral de eficiencia, indicativo del precio máximo que está dispuesto a pagar el SNS por unidad adicional de efectividad (Sacristán, 2020).

Abogar por el protagonismo del coste-efectividad como criterio central para juzgar si una tecnología “vale lo que cuesta” (recordemos a este respecto la defensa que de este criterio efectúa el CAPF en sus documentos de consenso) no supone, sin embargo, rechazar la importancia de lo que el NICE califica como “otros factores” (NICE, 2013a), y que pueden llegar a justificar razones coste-efectividad más elevadas. Varios de estos factores adicionales, como los objetivos extra sanitarios del NHS o los llamados tratamientos “end-of-life”, se han vinculado tradicionalmente a los Juicios de Valor Social (NICE, 2008) derivados de las recomendaciones efectuadas por el Citizens Council del NICE, un panel de 30 ciudadanos representativos, en términos demográficos, de la sociedad del

Reino Unido (NICE, 2013b). Muy recientemente, sin embargo, el NICE ha modificado sustancialmente dichos juicios, eliminando los relacionados con la bioética y los principios procedimentales, pretextando que todos ellos se encuentran ya recogidos en las guías de la institución.¹⁰ Esta decisión del NICE ha suscitado críticas por no pocos reputados académicos (Littlejohns et al., 2019), en lo que parece a todas luces un error. Y además contradictorio con la deriva seguida por el NICE desde 2010 a raíz de la tentativa de instauración de lo que primero iba a ser un sistema de “precio basado en el valor” (DoH, 2010), para luego ser rebautizado como un sistema de “evaluación basada en el valor” (NICE, 2014), y que finalmente se ha consolidado como un enfoque flexible basado en la definición de varios rangos de umbrales (hasta 4) que reflejan distintos factores especiales o contextuales (Espín et al., 2015), como los tratamientos al final de la vida o los indicados para enfermedades muy raras (Sacristán et al., 2020).

En relación al segundo rasgo de la “cuarta garantía” que debería fijarse de una vez por todas en España – una evaluación inteligente – es preciso normalizar el recurso a las diferentes modalidades de “pago basado en resultados” (Cole et al., 2019) como fórmula para mitigar la incertidumbre que rodea al lanzamiento de nuevas tecnologías, sobre todo en el ámbito de los tratamientos oncológicos. Hay diferentes tipos de “acuerdos de riesgo compartido” (Campillo et al., 2018), pero parece claro que antes que recurrir a instrumentos de corte meramente financiero, ajenos a los resultados en salud que efectivamente generen las intervenciones cuando se apliquen en condiciones de práctica clínica real, debe avanzarse en la consolidación de instrumentos ligados a dichos resultados.

La utilización de fórmulas de pago por resultado para atenuar la incertidumbre de las novedades farmacológicas cobra especial relevancia en la coyuntura actual, carentes aún (por más que se prodiguen anuncios esperanzadores por parte de la Big Pharma) de una vacuna eficaz, segura y accesible a todo el mundo, así como de antivirales efectivos contra la COVID-19. Sobre la vacuna se ha escrito recientemente con acierto (Lobo y Fernández-Cano, 2020). Como razonan los autores hay ideas, experiencias e iniciativas suficientes (la cooperación internacional es la clave) como para aseverar que es posible un mercado ordenado de vacunas contra el SARS-CoV-2 que prevalezca sobre la “ley del más

10. *Our principles (NICE)* [último acceso, 14/11/2020]: <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/our-principles#:~:text=The%20Social%20Value%20Judgements%20document,in%20guidance%20on%20new%20technologies>

fuerte”, propia de un mercado salvaje. En cualquier caso, no cabe relajar las exigencias habituales al objeto de autorizar precipitadamente una (o más, ojalá) vacuna(s). La carencia de datos reales de efectividad tanto de las potenciales vacunas como de los posibles antivirales para la COVID-19 no debe retrasar su lanzamiento, pero sí incentivar para actuar con cautela y condicionar el precio de los tratamientos a los resultados que demuestren en condiciones de práctica clínica real.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Si al principio de este capítulo exclamábamos “¡Es la priorización, estúpido!”, ahora tocaría concluir diciendo: “¡Implementando, que es gerundio!”. El marco regulatorio existente ampara (no sin contradicciones ni vacíos) la puesta en práctica de una auténtica estrategia de priorización de intervenciones de la cartera común de servicios sanitarios del SNS. Deliberadamente se ha antepuesto en las páginas precedentes la revisión de la composición actual de la cartera a la ordenación de las novedades terapéuticas a incorporar. Hay información y criterio, pero falta implementación. Este déficit seguramente provenga de una falta de liderazgo, en parte producto del desconocimiento, en parte del temor a perder capacidad discrecional, parte también, me temo, de descoordinación. En cualquier caso, antes que explorar territorios ignotos, deberían centrarse los esfuerzos en articular un sistema transparente de “cuarta garantía”, que tuviera en cuenta fuentes adicionales de valor, aparte de la eficiencia (el coste-efectividad), pero que pivotase sin ningún género de dudas en torno a este principio. Esto aplica tanto para la inversión como para la desinversión, habida cuenta de que establecer umbrales coste-efectividad para lo primero (Vallejo et al., 2018, 2020), no deja de servir para lo segundo (Sacristán, 2020).

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán JM, Campillo C, del Llano J. *Reinversión: asignatura pendiente del sistema nacional de salud*. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2014.

- Angelis A, Kanavos P (2016). Value-based assessment of new medical technologies: towards a robust methodological framework for the application of multiple criteria decision analysis in the context of health technology assessment. *Pharmacoeconomics*, 34(5): 435–46.
- Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero L, GutiérrezIbarluzea I. *Proyecto metodológico. Síntesis de información relevante de apoyo a los MCDA (análisis de decisión multicriterio) para la toma de decisiones*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2019. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Bentley TG, Effros RM, Palar K, Keeler EB (2008). Waste in the U.S. health care system: a conceptual framework. *Milbank Quarterly*, 86 (4): 629–59.
- Campillo C, Vallejo L, Zozaya N (2018). Innovación tecnológica y financiación de prestaciones. *Cuadernos Económicos de ICE* nº. 96: 9-33.
- Cole A, Cubi-Molla P, Pollard J, Sim D, Sullivan R, Sussex J, Lorgelly P (2019). *Making Outcome-Based Payment a Reality in the NHS*.
- Del LLano J, Pinto JL, Abellán JM (2008). *Eficiencia y medicamentos: Revisión de las guías de evaluación económica. La cuarta garantía*. Sanofi-Aventis: Barcelona.
- Department of Health (2010). *A new value-based approach to the pricing of branded medicines*, DH, December 2010.
- Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE (2013). The value of low-value lists. *JAMA*, 309 (8): 775-776.
- Elshaug, A., Watt, A., Moss, J., Hiller, J (2009). *Policy Perspectives on the Obsolescence of Health Technologies in Canada*. Policy Forum.
- Espín J, Brosa M, Oliva J, Trapero M y Key4Value-Grupo III (2015). Cuestiones controvertidas en evaluación económica (III): Intervenciones sanitarias en tres situaciones especiales: enfermedades raras, tratamientos al final de la vida y externalidades en las evaluaciones. *Revista Española de Salud Pública*, 89(3): 237-247.

- Garau M, Devlin NJ. Using MCDA as a decision aid in health technology appraisal for coverage decisions: opportunities, challenges and unresolved questions. En: Marsh K, Goetghebeur M, Thokala P, Baltussen R (edit.). *Multi-Criteria Decision Analysis to Support Healthcare Decisions*. Cham: Springer International Publishing; 2017.
- González B (2007). La incorporación de nuevas tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Costeefectividad y presiones sobre el gasto sanitario. *Presupuesto y Gasto Público*, 49: 87-105.
- Joshi, N.P., Stahnisch, F.W., Noseworthy, T.W. *Reassessment of Health Technologies: Obsolescence and Waste*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2009.
- Leggett L, Noseworthy TW, Zarrabi M, Lorenzetti D, Sutherland LR, Clement FM (2012). Health technology reassessment of non-drug technologies: Current practices. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28 (3): 220-227.
- Levinson W et al (2015)., 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*, 24(2): 167-74.
- Levinson W, Born K, Wolfson D (2018). Choosing Wisely Campaigns: A Work in Progress. *JAMA*, 319(19): 1975-1976.
- Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/07/24/10>
- Littlejohns PC, Chalkidou K, Culyer AJ, Weale A, Rid A, Kieslich K, et al. (2019). National Institute for Health and Care Excellence, social values and healthcare priority setting. *J R Soc Med.*, 112: 173-9.

- Fernández-Cano P, Lobo F. La gran esperanza: las vacunas contra el coronavirus SARS-Cov-2, ¿mercado salvaje o mercado ordenado? En: Abellán JM, Campillo C (eds.). *Economía de la salud (y más) de la COVID-19*. 1ª edición. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud (AES), 2020.
- Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB (2014). Choosing Wisely-The Politics and Economics of Labeling Low-Value Services. *The New England Journal of Medicine*, 370: 589-92.
- National Institute for Health and Care Excellence. *Consultation paper-value based assessment of health technologies*. NICE. 2014.
- NICE (2008). *Social Value Judgements. Principles for the development of NICE guidance*. Second edition. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK395865/pdf/Bookshelf_NBK395865.pdf
- NICE (2013a). *Guide to the methods of technology appraisal 2013*. London: National Institute of Health and Care Excellence. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781>
- NICE (2013b). *Citizen's Council Meeting Report: what aspects of benefit, cost and need should NICE take into account when developing social care guidance?*
- Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2007/11/21/sco3422>
- Organization Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Tackling Wasteful Spending on Health*. 2017.
- Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson; 1987.
- Porter ME (2010). What is value in health care? *N Engl J Med*, 363(26): 2477-81.

- Proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento de financiación selectiva de los productos sanitarios con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud para pacientes no hospitalizados y se determinan los márgenes correspondientes a su distribución y dispensación, julio de 2018. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/Rdfinanciacionproductossanitarios.pdf>
- Puig-Junoy J. El análisis de decisión multicriterio: ¿qué es y para qué sirve? En: Zozoya N, Oliva J, Hidalgo A (edit.). *El Análisis de Decisión Multi-Criterio en el ámbito sanitario. Utilidad y limitaciones para la toma de decisiones*. Weber; 2018.
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>
- Sacristán JA (2020). How to assess the value of low-value care. *BMC Health Serv Res.*, 20(1): 1000. doi: 10.1186/s12913-020-05825-y.
- Sacristán JA, Oliva J, Campillo-Artero C, et al. (2020). ¿Qué es una intervención sanitaria eficiente en España en 2020? *Gaceta Sanitaria*, 34:189–93.
- Schwartz AL, Landon BE, Elshaug AG, et al (2014). Measuring low-value care in Medicare. *JAMA Intern Med.*, 174(7): 1067–76.
- Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N (2019). Waste in the US health care system. Estimated costs and potential for savings. *JAMA*, 322(15): 1501–9.
- Tribunal de Cuentas (2016). Informe de fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área de farmacia, ejercicios 2014 y 2015. Informe 1185. Disponible en: <https://www.crisisycontratacionpublica.org/archives/7456>
- Vallejo-Torres L et al. (2010). The societal monetary value of a qaly associated with EQ-5D-3L health gains. *The European Journal of Health Economics*, 21: 363-379.

- Vallejo-Torres L, García-Lorenzo B, Serrano-Aguilar P (2018). Estimating a costeffectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics*, 27: 746–61.
- WHO. *World Health Report 2010: Health Systems Financing—the Path to Universal Coverage*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- Zozoya N, Oliva J, Hidalgo A (edit.). *El Análisis de Decisión Multi-Criterio en el ámbito sanitario. Utilidad y limitaciones para la toma de decisiones*. Weber; 2018.