



¿La legislatura de la evaluación económica?

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Redactor jefe de El Global

La llegada de Dolors Montserrat al Ministerio de Sanidad ha puesto en funcionamiento la maquinaria de las reformas que el sistema sanitario necesita para seguir ganando en eficiencia y asegurar su sostenibilidad, calidad y equidad. Uno de los retos que no puede seguir esperando en la agenda sanitaria pasa por asegurar el futuro ante la entrada de innovaciones tecnológicas. EDS ha hablado con cinco economistas de la salud para atisbar en qué medida ésta podría ser la legislatura de la evaluación económica.

KEY WORDS: evaluación económica, precios y reembolsos, coste-efectividad, NICE, innovación.

La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat, ha tenido ya varias semanas para ‘hacerse’ con un sector que desde el día de su nombramiento se puso a su disposición y le trasladó sus principales reclamaciones. Los primeros mensajes de los agentes del sector farmacéutico fueron diálogo y comunicación; apoyo para la farmacia asistencial; un entorno predecible para el autocuidado como sector beneficioso para el ciudadano y para el sistema; sensibilidad para potenciar la contribución de los genéricos y los biosimilares en términos de sostenibilidad y acceso y políticas de promoción y financiación de la innovación y colaboración en la articulación de políticas públicas que favorezcan el acceso a dicha innovación. Sin duda, el sistema farmacéutico juega un papel clave en la sostenibilidad, y aquí la economía de la salud tiene mucho que decir. ¿Qué le piden los economistas a la ministra? EDS ha hablado con cinco de ellos para atisbar en qué medida ésta podría ser la legislatura del impulso a la evaluación económica.

La teoría dice que la XII Legislatura está llamada a conseguir grandes cosas. Esta visión quiere trasladar ‘la cara’ de la nueva aritmética parlamentaria; la que alienta, por ejemplo, la idea de que el sistema nunca ha tenido tantas posibilidades como ahora para firmar un Pacto sanitario. Pero la ausencia de mayorías claras también tiene su cruz. A ella se refiere Guillem López Casasnovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) y director de su Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), que este año ha cumplido su vigésimo aniversario. Este experto percibe “demasiada interinidad” como para poder

esperar grandes cambios. “Mantener y mejorar el rumbo no será ya poco —dice—. Las tensiones solapadas pueden emerger en cualquier momento: desde temas salariales corporativos a políticos ideológicos pueden buscar su oportunidad con coaliciones espurias y ante la falta de mayorías estables”.

Sin lugar a dudas, una de las cuestiones básicas que aúnan a todos los agentes y decisores es la necesidad de asegurar el futuro, entre otras cosas cómo va a enfrentarse el Sistema Nacional de Salud a la innovación tecnológica. Recientemente, la portavoz de Sanidad del PP en el Congreso de los Diputados, Teresa Angulo,





aseguró que la receta del partido que sustenta el Gobierno ante la infrafinanciación en el acceso a las innovaciones terapéuticas y tecnológicas pasa por seguir “el ejemplo de la hepatitis C”. Pero, ¿es realmente viable este modelo para abordar el futuro de la innovación?

Antes de responder esta pregunta cabría repasar el tumultuoso historial financiero del Plan Estratégico para la Hepatitis C. Originalmente, su financiación se basaba en unas condiciones especiales, según las cuales el Ministerio de Hacienda adelantaría el importe de las facturas para evitar el déficit de las comunidades autónomas, importe que éstas pagarían en un periodo de 10 años. Las primeras cifras apuntaban a 786 millones de euros para sufragar el gasto durante tres años. Finalmente, tras muchos ataques cruzados entre el Gobierno y las comunidades, Hacienda tuvo que liberar 1.000 millones para los primeros ocho meses de aplicación.

Las continuas reclamaciones de las comunidades autónomas para crear un fondo al estilo del *Cancer Drug Fund* del Reino Unido han caído en saco roto. Ello no ha impedido que esta fórmula, la puesta a disposición de las regiones de recursos ad hoc para financiar determinados medicamentos, tratamientos o enfermedades, se haya instalado en la retórica sanitaria. ¿Realmente tiene recorrido?

FONDOS PARA LA INNOVACIÓN: NO

Los expertos consultados opinan que, como mucho, recurrir a un fondo finalista sólo tiene sentido a corto plazo, cuando aparece una emergencia sanitaria imprevista y muy costosa, que podría detraer recursos y distorsionar la financiación de otros tratamientos. Como contrapunto, lo consideran poco aconsejable para financiar tratamientos previsibles y planificables que son poco coste-efectivos. “Crear más fondos o cajitas separadas no es una buena idea para una asignación eficiente de recursos en base a criterios de efectividad y eficiencia”, dice Jaume Puig-Junoy, catedrático en el Departamento de Economía y Empresa de la UPF.

En el fondo de este debate subyace la eterna y sin resolver cuestión de lo que es o no es innovación, un punto al que alude López Casasnovas. A su juicio, “un buen medicamento que cura y es capaz de evitar costes futuros no necesita especial protección”. El silo, continúa, lo crearía el temor del Ministerio de Sanidad a que el gasto se le vaya de la mano. “Pero quien tiene innovación coste efectiva —continúa— no ha de temer su futuro”.

Según los expertos, recurrir a un fondo finalista para la innovación sólo tiene sentido a corto plazo



que reciban más los que más gritan, no los que más lo necesitan. Todas las ‘enfermedades’ con interesados identificados e influyentes (sanitarios, pacientes, laboratorios) tenderán a reclamar ‘su’ fondo y que esté bien dotado”, opina este experto.

Si el consenso de los expertos apunta a que ésta es solo una solución temporal, sigue pendiente entonces la tarea de buscar un modelo más estable en cuanto a la financiación de nuevos tratamientos innovadores que están por venir y que lógicamente superen los mínimos umbrales de coste-efectividad previamente prefijados. El tiempo apremia ya que, tal y como recuerda David Cantarero, profesor titular de Economía y responsable del Grupo de I+D+i en Economía de la Salud de la Universidad de Cantabria, las comunidades se enfrentan a un escenario inédito desde hace años y la financiación sanitaria será clave a partir del dato de cuántos impuestos se pagarán y qué servicios públicos se podrán recibir desde el punto de vista presupuestario. “Además, al haberse producido un adelanto al mes de julio de este año 2016 relativo al cierre presupuestario lo que se está haciendo es desplazar gastos y déficit a 2017 en vez de a 2016. Es decir, el efecto ‘bola de nieve’ seguirá creciendo en las cuentas sanitarias y aumentará la deuda, por lo que puede volver a producirse una grave desviación entre el presupuesto inicial y el realmente liquidado al final del ejercicio y afectar así a la posible idoneidad de crear más fondos específicos para la innovación”, asevera.

TECHOS DE GASTO: CON MATICES

A falta de nuevas propuestas, la plaza para ocupar el puesto de modelo estable para financiar la innovación continúa vacante. Observar lo que hacen los países del entorno es casi obligatorio. Ahí resulta interesante observar cómo tres de los modelos farmacéuticos europeos más avanzados, el alemán, el británico y el francés, han decidido recientemente avanzar por el mismo camino: techos de gasto para medicamentos y tecnologías innovadoras.

Más allá de esta perspectiva está la de la equidad. Si bien es cierto que en el caso de España, donde la prestación farmacéutica está financiada por las comunidades autónomas, poner a disposición de las comunidades autónomas un fondo nacional financiado estatalmente podría dar cierto alivio a la deuda regional, también podía llevar a inequidades nada justificables. “¿Por qué un fondo para la hepatitis C y no para el cáncer?”, se pregunta Jaime Espín, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Esta cuestión pone en duda la transparencia y la racionalidad gestora de estos fondos finalistas, pues oscurecen los criterios de asignación de recursos sin hacerlos más racionales. Y a ello se refiere también Joan Rovira, profesor emérito de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona. “¿Con qué criterios se decide para qué tratamientos/fármacos se ha de crear un fondo? ¿Con qué criterios se determina la dotación de cada fondo? Al disgregar el presupuesto en fondos finalistas se favorece la arbitrariedad y se perjudican fácilmente la eficiencia y la equidad. Es fácil



Tres de los modelos europeos más avanzados (el francés, el alemán y el británico) han decidido avanzar por el mismo camino: techos de gasto

En Alemania, la propuesta es sustituir con un techo de 250 millones de euros el precio libre que hasta ahora ha funcionado para el primer año de mercado de cada nuevo producto. Superado ese umbral, las compañías estarán obligadas a pactar descuentos (confidenciales, para evitar efectos cascada en otros países) con la Administración. Reino Unido, por su parte, ha sometido a consulta una propuesta para aplicar desde abril de 2017 un “techo de impacto presupuestario anual” de 20 millones de libras (unos 22 millones de euros) como vía para determinar qué innovaciones se incorporarán al mercado mediante “acuerdos comerciales especiales” que permitan garantizar al mismo tiempo el acceso y la sostenibilidad del sistema. La idea es que ninguna se quede

fuera, aunque la penalización sería un retraso en el acceso al mercado. Francia, por su parte, prevé revisar el mecanismo de fijación de precios de los medicamentos innovadores. El cargo para el seguro de salud en estos productos se fijaría en un máximo de 10.000 euros por paciente y año para laboratorios cuyo volumen de negocios sea superior a los 30 millones de euros. Si el coste excediera esos 10.000 euros por año y paciente, el laboratorio revertiría al seguro de salud la diferencia hasta cubrir el coste total del tratamiento.

¿Puede ser éste un camino a seguir en España? El impacto presupuestario es, evidentemente, un criterio básico en la necesaria priorización de innovaciones. Pero a juicio de Puig-Junoy, los techos de gasto globales “no solucionan el problema de trasladar la restricción presupuestaria a nivel de detalle: target populations, indicaciones y nuevos medicamentos”.

Pese a ello, los techos de gasto son instrumentos que pretenden conseguir cierta predictibilidad al gasto farmacéutico. Permiten a los gestores saber de antemano el gasto máximo en una patología o medicamento concreto. Desde ese punto de vista, varios expertos entienden su vertiente positiva, aunque con matices. Según López Casasnovas, “se ha de razonar suficiente para que el acuerdo macro sea asumible, en su reparto, a lo más micro de la gestión clínica; y la envolvente ha de ser global y no miscelánea para favorecer sustituciones y desfinanciación”.

Para Rovira, este enfoque constituye, de hecho, “un fondo general para todas las tecnologías innovadoras”. En la medida en que hubiese un acuerdo/decisión para cuantificar la innovación aportada por cada nueva tecnología, cree que sería “más justo y racional” que el fondo finalista. “El problema —añade— es definir qué es un medicamento o tecnología innovador y cuántos años a partir del lanzamiento se considerará innovador un producto”. En su opinión, lo que sí debería promoverse son los “fondos de innovación biomédicos”, que tienen como objetivo pagar, no los produc-



tos, sino las innovaciones en sí mismas. “El innovador recibiría un premio o cantidad fija —del orden de los cientos de millones de euros— en función de la aportación terapéutica y económica global de su innovación y eventualmente unas royalties dadas, pero el producto se produciría y comercializaría como un genérico, es decir, en condiciones de competencia, desde el primer día. Esto permitiría a la sociedad determinar de forma transparente y más conscientemente cuánto quiere gastarse en innovación biomédica, de forma similar a como lo hace en inversión pública, educación o defensa”, explica.

La clave, por lo tanto, también afecta a la medición de resultados. Así lo apunta Cantarero, para quien “no es una cuestión sólo de

techos de gasto sino de fijar en dónde se invierte como coste-efectivo en resultados en salud y dónde se desinvierte dado que los recursos sanitarios son limitados”. La misma línea sigue Jaime Espín. “Sabemos lo que vamos a gastar —dice— pero no sí lo gastamos adecuadamente. Medir los resultados en salud sería el siguiente paso”. Claro que también cabría dar un paso previo: que la fijación del precio (que multiplicado por el volumen nos va a dar el gasto total) estuviera establecida de una manera transparente y en relación a su valor. “Si hacemos esto —añade Espín— posiblemente sea menos necesario hacer techos de gasto; es decir, los techos de gastos pueden ser el resultado de una manera inadecuada de fijar los precios”.



EL HISPA-NICE: SÍ

Entramos en una de las áreas que tradicionalmente ha presentado más déficits en España. Los expertos llevan años solicitando una evaluación exhaustiva que se emplee no sólo como mecanismo introductor en la cartera, sino también para llevar a cabo desinversiones en medicamentos y/o tecnologías que han dejado de ser coste-efectivas. Entre las propuestas concretas para ejecutar con éxito este objetivo se encuentra la estandarización de creación, gestión y métodos de evaluación de los procesos mediante la creación de una Agencia Independiente. ¿Debería España tener un Hispa-NICE?

De las respuestas de los expertos se podría concluir que lo importante no son tanto los medios como el fin último, y este sí es compartido por todos. Por una parte están aquellos para quienes, en efecto, lo mejor sería disponer de una institución entendida como de ámbito estatal e independiente del influjo político para así generar directrices basadas en la mejor evidencia disponible para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Es decir, importar el referente mundial que supone el NICE británico, fruto de su excelente calidad metodológica y de un alto grado de transparencia.

Cantarero apunta a que, para que un organismo de estas características tuviese éxito se precisaría “que todos estuviesen alineados en el hecho de que la eficiencia es la mejor brújula para poder gestionar adecuadamente los recursos disponibles en nuestro sistema nacional de salud”. Pero una cosa es lo deseable y otra lo esperable. Puig-Junoy confía poco en que eso se dé en España a la vista de la experiencia con los organismos independientes. “Mejor un European NICE —indica— y si no los responsables de la gestión de la atención sanitaria, que son las comunidades autónomas, ya desarrollarán sus instrumentos que constituyen estructuras de gobierno”.

Lo cierto es que a la hora de solicitar un Hispa-NICE cabe separar las dos funciones clave del NICE: hacer las evaluaciones técnicas y económicas de las tecnologías y determinar en



base a las anteriores, qué productos debe financiar el sistema de salud. En cuanto al primer punto, en España ya se está avanzando en la elaboración conjunta de las evaluaciones técnicas mediante la coordinación de la actividad de las agencias autonómicas. Su calidad, según Espín, es comparable a la del NICE. Para este experto, la pregunta que habría que hacerse es otra bien distinta: “¿Por qué los informes de las agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de España no son vinculantes?” Si fuera así —responde— la red de agencias españolas se parecería en bastantes elementos al NICE”. Desde este punto de vista cobra sentido aumentar dicha colaboración para evitar duplicaciones innecesarias de estudios. También Rovira opina así, al considerar que “no es necesario tener una agencia única, pero sí una metodología única”.

Respecto al segundo punto, la respuesta dependería de las condiciones y los supuestos que se adopten. Si se apuesta por el principio de equidad entendido como ‘todos los españoles tienen de tener acceso a exactamente las mismas tecnologías’ lo lógico sería, continúa Rovira, que la decisión de reembolso de las tecnologías se aplicasen a todo el sistema, “por el HISPA-NICE, por el Interterritorial o por el Insalud”. Si se apuesta, como parece reflejar el actual modelo, por la autonomía de las comunidades autónomas en la financiación y gestión de la sanidad, hay que aceptar que algunos servicios de salud dispondrán de más recursos o los sabrán gestionar más eficientemente, por lo que es absurdo, para este experto, “llevar el objetivo de equidad mucho más allá de un conjunto definido universal de prestaciones”. Tocarà entonces aceptar algún grado de diferencias, que pueden ser una fuente de experimentación y un estímulo para otras comunidades autónomas a seguir las prácticas más exitosas.

En todo caso, sea cual sea la vía por la que se opte, lo importante es seguir avanzando en el capítulo de la evaluación. López Casasnovas pone los deberes en la evidencia de la efectividad y en más meta-análisis. “Aspirar al Hispa-Nice a veces es excusa para negligir tareas más simples que no se están haciendo”, reconoce.



UMBRAL COSTE-EFECTIVIDAD: SÍ

La insistencia en solicitar una agencia independiente, al estilo del NICE, siempre ha tenido otras implicaciones, directamente relacionadas con la descoordinación asociada en ocasiones al sistema sanitario descentralizado. No hay directrices claras de hacia dónde vamos con criterios de coste-eficiencia o coste-oportunidad. Reino Unido, Estados Unidos, Australia, Canadá, Suecia, Holanda... Muchos son los países que tratan de incorporar el criterio de coste-efectividad en la toma de decisiones sobre inversión sanitaria, pero sólo Inglaterra y Gales señalan explícitamente un rango para definir un umbral. En España, la importancia de este criterio está clara a nivel teórico. La referencia empleada en la literatura ha sido de 30.000 euros por AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad), pero la falta de un umbral específico limita el papel de las evaluaciones económicas en la toma de decisiones. Su establecimiento es una de esas reformas necesarias para la toma de decisiones y su transparencia pero, ¿es algo inevitable?

Hay quien, como Jaume Puig-Junoy, cree que este umbral ya debería haberse establecido de forma implícita o explícita. “Hoy financiamos tratamientos con un coste-efectividad desmesuradamente alto que otros países más ricos no financian, y no tratamos pacientes con tratamientos baratos y coste-efectivos en otras enfermedades”, explica. Tanto él como el resto de los expertos consultados no ocultan que sería beneficioso, aunque hay quien no lo cree imprescindible.

“Creo que hay cierta obsesión con el tema del umbral. ¿Cuántos países del mundo tienen explícitos los umbrales coste-efectividad?”, plantea Jaime Espín. No es el único al que, después de más de 30 años promoviendo y predicando la utilización progresiva y prudente de la evaluación económica a la toma de decisiones en salud, la palabra ‘inevitable’ le suena demasiado optimista. “Por otro lado, si inevitable quiere decir esencial o prioritario, creo que hay algunos aspectos en el ámbito de la evaluación económica en salud más prioritarios que el



Es curioso que muchos decisores trasladen las decisiones del NICE sin tener en cuenta su posible adecuación o no al modelo español

para las ganancias y pérdidas en salud asociadas a la introducción de un nuevo fármaco o tecnología. Un informe encargado por el Ministerio de Sanidad a la Red de Agencias permitió concretar la cifra mágica aplicable en contextos que requieran desinvertir para liberar recursos que financien nuevas intervenciones en el SNS: entre los 20.000 y los 25.000 euros por AVAC. El trabajo, liderado por Laura Vallejo Torres (ver EDS. Nº 3. Pg. 402-407), investigadora del Departamento de Métodos Cuantitativos y Economía Aplicada de la Universidad de la Laguna (Tenerife), y discutido en las XXXVI Jornadas de Economía de la Salud, explotó la variabilidad en el gasto sanitario entre diferentes comunidades autónomas y los resultados en salud obtenidos a lo largo del tiempo, calculando que el coste por AVAC en España se sitúa entre los 21.000 y los 24.000 euros entre 2008 y 2013. “Esta información indica que por cada 20.000 euros que se retiran del sistema se pierde cerca de un año de vida en salud perfecta en la población. Por tanto, si una nueva tecnología genera AVAC a un coste superior, por ejemplo a 30.000 euros por AVAC, la inclusión de dicha intervención implicaría una pérdida neta en salud. Es decir, por cada 30.000 euros que se inviertan en la nueva tecnología se generaría un AVAC, pero debido a la retirada de recursos necesaria para financiar dicha nueva intervención, se perderían cerca de 1,5 AVAC de media”, señala el estudio.

No deja de ser curioso que muchos decisores españoles trasladen las decisiones del NICE (basadas en umbrales) al contexto español, sin tener en cuenta su posible adecuación o no. ¿Por qué España no aprovecha entonces los resultados del trabajo presentado en las Jornadas de la AES, que todos los expertos reconocen como excelente? El abanico de explicaciones es amplio. A Rovira se le ocurren razones del tipo “desconocimiento del instrumento, desinterés, horror al cambio de paradigma regulador y a la explicitación de juicios, corrupción, posibilidad de favorecer determinados intereses, expectativas de continuar el servicio público con unos años en una funda-

establecimiento del umbral, a saber: la estandarización de la metodología de los análisis de evaluación económica, la transparencia y el acceso público a los estudios y la transparencia en las decisiones de precios y reembolsos tomadas en base al umbral y a los estudios mencionados”, comenta Joan Rovira.

En el caso de España, la cifra que se utiliza está por encima de la estimación de un umbral basado en un coste de oportunidad que com-



ción privada, etc". Pero casi todas las pistas apuntan a una falta de voluntad política para pasar de las palabras a los hechos. "Eso habría que preguntarlo a los políticos, al igual que se les debería preguntar por qué la transparencia y rendición de cuentas de la Comisión Interministerial de precios es nula", comenta Puig-Junoy. Con él coinciden David Cantarero y Jaime Espín: "El tren que estamos perdiendo es el de transparencia y eficiencia en la toma de decisiones relacionadas con el precio y reembolso de medicamentos en España", asegura este último.

Quizá para abordar la cuestión del umbral sea preciso ser consciente de que, como casi todo, tiene dos caras. Por un lado, se perfila como una buena herramienta para rebajar las desigualdades en salud actualmente existentes, máxime en un 2017 donde habría un importante crecimiento económico positivo. Cantarero defiende esta opción: "En los próximos años —apunta— será necesario avanzar en este tipo de planteamientos puesto que los presupuestos sanitarios van a seguir siendo no todo lo expansivos que deberían dadas las restricciones europeas".

Pero, al mismo tiempo, la fijación del umbral es una decisión política con implicaciones directas en la salud y el gasto sanitario. Si se establece un umbral muy alto, entrarán muchas tecnologías, algunas poco eficientes, y esto hará aumentar sustancialmente el gasto sanitario y mejorará, en principio, la salud de la población. En cambio, si se opta por un umbral muy bajo, entrarán en el sistema solo las tecnologías más coste-efectivas y el impacto sobre la salud y el gasto será menor. "Si se adopta el valor del umbral encontrado empíricamente en el estudio en teoría estaremos aplicando en el futuro el valor medio que se aplicó en el periodo pasado de estudio. Es decir, se mantendría en principio el criterio de coste-efectividad anterior. Les corresponde a los políticos decidir si desean aplicar una política, digamos, continuista, más generosa o más restrictiva en lo que respecta al valor aceptado para la innovación en salud", comenta Rovira.

DIFERENTES UMBRALES: SÍ

El establecimiento de umbrales ofrece ventajas (normas de juego claras) y desventajas (precios por encima del umbral) pero si España optara finalmente por utilizar esta herramienta, también tocaría plantear si decantarse por un solo umbral o por distintos umbrales según patologías. En este punto la opinión es unánime. La segunda sería sin duda la mejor opción. Para Cantarero sería un cambio imprescindible para mejorar la toma de decisiones. "Cualquier fármaco, tecnología o intervención por debajo de un umbral mínimo debería ser aceptado por sistema mientras que un umbral máximo serviría de techo para ciertos medicamentos como los huérfanos, de coste-efectividad más elevado, como lo contempla el NICE según el tipo de patología, si bien creo que el Ministerio debería apostar porque siguiésemos investigando el empleo de modelos multicriterio en la toma de decisiones en donde deban ser tenidos en cuenta otros criterios aparte del coste-efectividad", asegura.



En todo caso, siempre habrían de evaluarse estos umbrales no sólo desde el punto de vista de la oferta (el coste de oportunidad) sino también desde el lado de la demanda (la disposición a pagar) pues los resultados serían diferentes y habría que tener eso en cuenta. Así lo cree también Joan Rovira: "Creo —señala— que el umbral debe reflejar en último término el valor relativo que otorga la sociedad a una unidad de salud (AVAC) ganada con una intervención. Si la sociedad valora más las ganancias de salud de determinados pacientes, por ejemplo, los que tienen un cáncer, una enfermedad rara o están en fase terminal, lo lógico es que el AVAC para las tecnologías correspondientes se ajuste como corresponda. No es excesivamente complicado llevar a cabo encuestas entre la población para saber si y en qué medida valoran más el AVAC ganado por un paciente sano mediante una inmunización, respecto al que gana un enfermo terminal".

Las opciones aquí continúan. Espín apostaría por diferentes umbrales "siempre que hubiera consenso para ello y en base a criterios técni-

cos basados en la evidencia". Puig-Junoy también muestra su preferencia por "umbrales flexibles y no explícitos, siendo el ratio coste-efectividad uno de los elementos importantes en la toma de decisiones, pero no el único; al igual que en el NICE".

Los mensajes de los economistas para la ministra de Sanidad son muy claros aunque, si se tiene en cuenta que los responsables de la financiación pública y de la fijación de precios llevan proclamando desde hace décadas la importancia de la evaluación económica, podrían seguir quedando en meros deseos. Al igual que el resto de sus compañeros, López Casanovas cree que España debería apostar por varios umbrales, aunque no considera que sea posible dado el estadio actual de los estudios coste-efectividad. La suya es sin duda la visión menos optimista de todas. Para este experto, es imprescindible al menos una valoración clara de la efectividad relativa, aunque considera que la sociedad española "no está preparada para que un umbral de esta naturaleza sea explícito".

Toca retomar el proyecto de Real Decreto de Precios y Financiación.

¿Qué le pediría usted a los nuevos responsables para organizar bien este proceso básico en la toma de decisiones?

¿Es el 'innovómetro' una buena opción?



JAUME PUIG-JUNOY

Existe un exceso de intervención y falta de transparencia en la regulación de precios. Sólo pediría cuatro cosas:

- Sustituir el llamado sistema de precios de referencia por uno que realmente lo sea (o sea, permitir un copago variable con precios libres);
- Eliminar cualquier regulación de precios cuando ha expirado la patente o finalizado el período de protección;
- Aplicar las leyes en cuanto a los criterios coste-efectividad;
- Aplicar el mismo copago a activos y pensionistas (porcentaje bajo con límite máximo) y eximir de copago a los medicamentos más eficaces y necesarios (ej. insulinas).



JAIME ESPÍN

Sin duda alguna la petición principal sería la necesidad de contar con un sistema más transparente de fijación de precio y reembolso; creo que la última resolución del Comisión Interministerial de Precios es del 2012. Pero no basta con hacer transparente la resolución final, sino parte del proceso: fecha de solicitud, evidencia evaluada, comparador utilizado, etc.

El valor de la innovación es uno de los criterios que la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos establece para fijar el precio del medicamento. Tenemos que definir que es innovación, de manera consensuada, de acuerdo a unos criterios claros y transparentes; eso nos permitirá recompensar la verdadera innovación.



DAVID CANTARERO

Les pediría que escuchen bien a los representantes y expertos del sector sanitario y busquen soluciones de consenso. Asimismo, una serie de baremos como dichos 'innovómetros' pueden ser realmente de utilidad para así poder ver las novedades que aporta cada producto farmacéutico y así tenga influencia en el precio final que se fije y pague el sistema sanitario. Igualmente, no sólo porque exista cierta mejora evolutiva eso implica que sea algo innovador. También han de tenerse en cuenta más factores como, entre otros los siguientes.

- El primero se refiere a la delimitación del problema al que el medicamento quiere dar respuesta.
- Con el segundo nos referimos al porcentaje en el que la diana terapéutica perseguida pueda o no estar ya cubierta anteriormente.
- Finalmente, habría que medir el efecto esperado del medicamento en términos de salud, con cierto sentido clínico y no solo referido a su propia significación estadística.



JOAN ROVIRA

- Criterios de regulación explícitos.
- Transparencia total en el establecimiento y aplicación de los criterios y procesos de regulación.
- Incluir ya, de forma explícita y transparente, aunque no necesariamente de forma exclusiva, los criterios de coste-efectividad, concretados en un umbral coste-efectividad de referencia. El umbral no debe aplicarse necesariamente de forma estricta, pero cuando los reguladores tomen decisiones de precios y reembolsos que contradigan los resultados de coste efectividad — por incertidumbre de los resultados, ausencia de opciones terapéuticas o cualquier otra razón legítima— deberán exponer claramente las razones de la decisión en resoluciones públicas motivadas.



GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS

Aunque suene tópico se trataría de que los precios reflejasen el valor tanto terapéutico directo como de innovación, y comparasen correctamente en términos de coste efectividad incremental o que al menos guarden proporción con la efectividad relativa. Y a menos efectividad menor precio o mayor copago.

En cuanto al 'innovómetro', no creo supere el listón... A no ser que alguien piense que no tenerlo es peor y que eso, además, no diluye un esfuerzo mayor en otra mejor dirección.

El 'innovómetro' puede ser una buena opción o simplemente una ocurrencia. Todo depende del rigor con que se diseñe y utilice. Un enfoque serio requiere definir lo que es innovación, en qué criterios se va a basar y explicarlo para orientar las políticas de inversión en I+D y comercialización de los innovadores potenciales. En todo caso, el Ministerio podría empezar por hacer pública la metodología que dice estar utilizando para cuantificar el coste-efectividad de los tratamientos. Pues la medida de la efectividad es sin duda un componente esencial del innovómetro.