



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2019 – 01

A VUELTAS CON LOS UMBRALES DE COSTE EFECTIVIDAD

Guillem López Casasnovas

Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra

Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), al amparo del apoyo incondicionado por convenio con la Obra Social “la Caixa”.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Enero 2019

A VUELTAS CON LOS UMBRALES DE COSTE EFECTIVIDAD

Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES)

Hace tiempo que le doy vueltas a los estudios de los umbrales de coste efectividad: lo de si nuestro AVAC lo valoramos a 25 o 30 mil euros, y cómo aguanta las comparaciones con otros estudios de igual propósito. Nuestra estimada presidenta de AES incluso publicó con otros colegas un trabajo en la mejor revista de impacto de la profesión, después premiado por nuestra Asociación.

Deseo en las líneas que siguen discutir algunas valoraciones detrás de este tipo de estimaciones, ordenando a mi manera lo que creo sustenta (de erróneo) el debate.

Consideraciones

Primera. Sin entrar totalmente en el debate entre welfaristas-non welfaristas, me parece que es un error intentar emular la evaluación económica desde el paradigma del análisis coste beneficio trasladándolo a su sucedáneo coste efectividad o coste utilidad. El ACB se sustenta en la disposición a pagar, por supuesto en nuestro campo, disposición social, no individual; pero entender que el gasto presupuestario, al menos en España y en sus coyunturas y niveles territoriales, es un fiel reflejo de dicha disposición social me parece excesivo.

Segundo. Los elementos del coste efectividad subyacentes en los trabajos que he podido revisar (el de Claxton et al. incluido) es débil. Coste no es gasto y efectividad no es esperanza de vida. La agregación confunde y las variables de ajuste difícilmente pueden después neutralizar variaciones transversales y temporales, y más aún sobre datos presupuestarios. Como ya comenté en otra ocasión (véase CRES Health Policy Paper, 2016), los economistas nos equivocamos desfocalizando las cuestiones de efectividad en favor de las de coste (gasto).

Tercero. En genérico, el objetivo más o menos explícito de este tipo de cálculos es el de valorar los beneficios marginales de la asistencia sanitaria en términos de salud. Las elasticidades del gasto, en definitiva. Pero hacerlo con datos agregados sitúa el análisis en un fondo burdo de incremento de esperanza de vida (observado un año y medio de vida ganado por década) y un gasto, que si se mantiene en ratio PIB se va a mover necesariamente con el aumento de la renta. Fin de trayecto. Se divide uno por otro y ahí se encuentra el resultado. Los afinamientos de ajustes en la estimación de elasticidades por covariables o del aumento de esperanza de

vida ajustando por calidad para aproximarse a la comparativa Coste por AVAC son eso, refinamientos que no cambian el resultado, implícito como decíamos en los grandes números.

Cuarto. La emulación del ACB a nuestro campo (k-thresholds) y su réplica con datos de presupuesto adolece de múltiples déficits. Asociamos gasto a resultados en salud. Justo lo contrario de lo que decimos a menudo los economistas de la salud: no es la cuantía del gasto sino su composición, y en todo caso más no es mejor ni el mejor depende sólo del más (la salud en todas las políticas, etc.).

Quinto. La necesidad de mejorar metodológicamente las estimaciones lleva a aumentar observaciones, con datos de panel si es el caso, aún a coste de asumir que los presupuestos autonómicos son exógenos y que sus variaciones (escasísimas, más allá de los ingresos que posibilita la financiación estatal de la sanidad) contribuyen a márgenes substantivos en diferenciales de resultados (supuestamente desplazando tratamientos menos por otros más coste-efectivos). La causalidad reversa obvia entre gasto y salud, y salud y gasto se busca soslayar con variables instrumentales que por ocurrentes que sean no ‘salvan’ a mi entender los déficits generales de la estimación (errores de especificación, heteroscedaticidad y otros).

Sexto. En países como el nuestro en los que los datos tienen fuertes limitaciones, pasar de resultados –diferencias en esperanza de vida, a calidad de vida relacionada con la salud para aproximar los AVACs, a través de ajustes procedentes de la salud autopercebida en encuestas, por intervalos amplios de edad y sin cobertura de todos los grupos (los jóvenes no cuentan) y no de todos los años, son saltos algo arriesgados. En todo caso permanece la duda de si las variaciones en el gasto permiten suponer que los impactos van a ser permanentes tal como se recogen en los años considerados.

Séptimo. La teoría del umbral (*threshold*) se basa en la identificación del gasto (tratamientos) desplazado. Esta identificación es siempre difícil. Además no siempre se produce en su totalidad: afecta si acaso a ciertos tratamientos y a sus indicaciones. Recurrir a los incrementos y no a sustituciones en el margen, metodológicamente no sirve al mismo objetivo (costes de oportunidad). Además tanto las sustituciones como las ampliaciones es más que probable que estén restringidas por determinadas limitaciones de recursos humanos o de gestión, por lo que no se pueden considerar costes de oportunidad sociales aceptables de acuerdo con la teoría del ACB.

Octavo. Los trabajos recientes de los investigadores de la Universidad Erasmus de Rotterdam o los más globales de Cutler et al. para USA, centrados en determinados tratamientos para los que las diferencias en resultados son más identificables con menos confusores asociados, etc. parece un camino más recorrible desde la robustez metodológica.

Noveno. Trasladar resultados de algunos de aquellos trabajos al *policy making*, leyendo objetivos y saltando a las conclusiones hace un flaco favor a la seriedad de la Economía de la Salud en su conjunto.

En resumen. Hemos comentado aquí errores conceptuales (ej. gasto no es coste) y que el paradigma del ACB no debe trasladarse mecánicamente a su “sucedáneo” ACU, entre otros. Además, la agregación de datos en la estimación causa problemas. No solo el sesgo ecológico, también hay un problema de pérdida de esencia, los datos individuales se desnaturalizan o desvirtúan cuando se agregan. Como resultado, para dicho viaje no hacían falta semejantes alforjas porque con una cuenta de la vieja de grandes agregados, PIB y gasto regional, esperanza de vida, podríamos llegar a los mismos resultados. En general, a menudo los problemas técnicos se abordan con fuegos artificiales (paneles, variables instrumentales) pero no por ello se resuelven (ej. los paneles apenas presentan variación intracomunidad, los instrumentos son de dudosa validez, etc.). Otros problemas técnicos se refieren a la fiabilidad de los datos (como en el caso de medidas de CVRS procedentes de encuestas con datos muy agregados). En este sentido, el enfoque desagregado puede ser más prometedor, aunque puede llevar a nuevos problemas, como atribuir a una enfermedad un gasto en un paciente pluripatológico con problemas de identificación.

Sin embargo, el mensaje final no debiera de ser de pesimismo. Que no sepamos medirlo no quiere decir que no haya umbral. Necesitamos progresar. Que no se dé pues el partido de los 20 o 30 mil euros/AVAC por finalizado.

Referencias

Claxton, K., Martin, S., Soares, M., Rice, N., Spackman, E., Hinde, S., Sculpher, M. (2015). Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. *Health Technology Assessment*, 19(14), 1–504.

Cutler, D. M. (2007). The lifetime costs and benefits of medical technology. *Journal of Health Economics*, 26(6), 1081–1100.

Cutler, D. M. et al. (2018) *Attributing medical spending to conditions: a comparison of methods* NBER Working Paper 25233 <http://www.nber.org/papers/w25233> November 2018

Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., & Serrano-Aguilar, P. (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health Economics*, 27(4), 746–761.

Van Baal P, Perry-Duxbury, P. Bakx, M Versteegh, E van Doorslaer and W Brouwer. (2018) A cost-effectiveness threshold based on the marginal returns of cardiovascular hospital spending *Health Economics*. 1-14.

Agradezco los comentarios a una primera versión del texto a Beatriz González López-Valcárcel, Ricard Meneu y Salvador Peiró.

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G. "Envejecimiento y bienestar. Macroeconomía y programas de acompañamiento: pensiones salud y dependencia. Retos: la sostenibilidad financiera" Colección Health Policy Papers 2018-11_GL.

López-Casasnovas, G. "El medicamento: ¿Vale lo que cuesta? ¿Cuesta lo que vale?" Colección Health Policy Papers 2018-10_GL.

López-Casasnovas, G. "Aproximació a l'atenció primària des de la perspectiva de l'economia de la salut per apalancaments positius i per evitar frustracions" Colección Health Policy Papers 2018-09_GL.

López-Casasnovas, G. "Equity concerns under fiscal restraint. The case of the Spanish Health care System in Catalonia" Colección Health Policy Papers 2018-08_GL.

López-Casasnovas, G. "Mecanismos y principios para la protección del derecho a la salud." Colección Health Policy Papers 2018-07_GL.

López-Casasnovas, G. "Salud mental. Entre lo dicho y lo hecho." Colección Health Policy Papers 2018-06_GL.

López-Casasnovas, G. Rosselló Villalonga, J. "Las estimaciones de necesidades de gasto para la definición de la financiación autonómica y de la sanitaria en particular". Colección Health Policy Papers 2018-05_GL_JR.

López-Casasnovas, G. "El interfaz entre los responsables de la economía y de la asistencia sanitaria". Colección Health Policy Papers 2018-04_GL.

López-Casasnovas, G. "Tres reflexions crítiques sobre el futur de l'Estat del Benestar". Colección Health Policy Papers 2018-03_GL.

López-Casasnovas, G. "Solvència del sistema fiscal i sostenibilitat de l'Estat del Benestar". Colección Health Policy Papers 2018-02_GL.

MJ Pueyo, R Escuriet, M Pérez-Botella, I de Molina, D Ruiz, S Albert, S Díaz, P Torres-Capcha and V Ortún. "Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia." *Health Policy*. 2018; doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.016.

López-Casasnovas, G. Planas, Ivan. "La crisi econòmica i la seva incidència a la gestió dels serveis públics". Colección Health Policy Papers 2018-01_GL_IP.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

