

# **MEDICAMENTOS Y BIENESTAR SOCIAL:**

**los efectos de la productividad en los Análisis de Evaluación Económica**



# MEDICAMENTOS Y BIENESTAR SOCIAL:

## los efectos de la productividad en los Análisis de Evaluación Económica

Autores:

Joan Rovira Forns

Juan Ernesto del Llano Señarís

Andrea Alejandra Vivar Villacís

Jordi Gol Montserrat

Revisión:

Gema Pi Corrales

**Edición:** Fundación Gaspar Casal

© Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-608-7244-3

Depósito Legal: M-11310-2016

**Maquetación, impresión y encuadernación:**

Helios Producción Gráfica

# ÍNDICE

<b>Prefacio</b> .....	5
<i>Juan Manuel Cabasés Hita</i>	
<b>1. Introducción</b> .....	9
Objetivos del estudio .....	11
Estructura .....	11
Enfoque metodológico .....	12
<b>2. El debate sobre costes de productividad en evaluación económica en la literatura</b> .....	15
<b>2.1. Revisión de la literatura</b> .....	17
Estructura .....	17
Revisión de la literatura.....	18
<b>2.2. La economía del bienestar</b> .....	23
Bienestar .....	23
Utilidad.....	26
¿Cómo medir el Bienestar? .....	27
Conclusiones .....	28
<b>2.3. De los fundamentos teóricos a los instrumentos de medición del bienestar: el análisis coste-beneficio</b> .....	30
Origen y evolución de la evaluación económica .....	30
<b>2.4. La evaluación económica en salud</b> .....	33
Tipos de evaluaciones económicas en salud.....	34
Enfoques de la evaluación económica en salud.....	36
<b>2.5. Consideración de los efectos sobre la productividad en las evaluaciones económicas de intervenciones en salud</b> .....	39
Contextualización del problema.....	39
Las intervenciones sanitarias como procesos productivos.....	40
El concepto de coste en el análisis económico.....	46
Efectos, consecuencias y costes en evaluación económica.....	50

Efectos sobre la productividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias .....	54
Principales controversias pendientes .....	60
Los efectos sobre la productividad en los distintos tipos de evaluación económica .....	62
<b>2.6. Conclusiones</b> .....	67
<b>2.7. Referencias</b> .....	69
<b>3. Consulta a expertos</b> .....	79
Objetivo .....	81
Participantes.....	82
Resultados .....	84
Comentarios .....	101
Conclusiones .....	109
Referencias.....	110
Anexo A: Cuestionario “Medida de los efectos sobre la productividad en la evaluación económica” .....	111
<b>4. Grupo de discusión</b> .....	115
Objetivos de la sesión.....	117
Participantes .....	118
Método.....	119
Resultados de la sesión .....	120
Análisis del debate y comentarios.....	141
Principales conclusiones .....	144
<b>5. Conclusiones y Recomendaciones</b> .....	147
<b>6. Autores</b> .....	155

## PREFACIO

La cuestión de la inclusión de las ganancias y las pérdidas de productividad y, en su caso, de los métodos para su estimación, ha sido objeto de controversia en la literatura de evaluación económica sanitaria durante más de 20 años. La pérdida de salud afecta a la capacidad de producción de los pacientes y familiares y la restauración de la salud posibilita la vuelta a la actividad laboral.

La relevancia de estos efectos para la evaluación económica depende crucialmente de la perspectiva del análisis. Cuando se adopta la perspectiva del sistema sanitario, los efectos sobre la productividad son menos relevantes. Por su parte, la perspectiva más amplia, la de la sociedad en su conjunto, basada en la economía del bienestar, cuyo fundamento ético es el utilitarismo, trata de captar todos los efectos de las alternativas de acción que se evalúan, independientemente de sobre quién recaigan y, por tanto, también los efectos sobre la capacidad de producción.

Es una buena noticia que el debate siga abierto, ya que no hay un acuerdo general sobre la respuesta a la pregunta. Pero, a su vez, la ausencia de una guía precisa para la incorporación o no de los cambios en la productividad, dificulta la ordenación de prioridades de las decisiones colectivas de introducción y uso apropiado de las tecnologías sanitarias. Así, un programa puede resultar coste efectivo o no según se consideren estos efectos en el análisis.

Y es que, una vez decidida su incorporación al análisis, hay que resolver las cuestiones que plantea su estimación. Normalmente, en la estimación de la capacidad de producción se utiliza el enfoque del capital humano, que valora el tiempo laboral mediante los salarios medios o, a veces, los salarios mínimos si se pretende ofrecer un límite inferior. Este método trata de reflejar la producción potencial ganada. Alternativamente puede medirse la productividad real ganada, método conocido como enfoque friccional, que considera tan solo los efectos sobre la producción que efectivamente se producen en el mercado teniendo en cuenta que la actividad de las empresas no siempre se ve afectada proporcionalmente a la productividad

de los trabajadores que causan baja laboral por enfermedad. En circunstancias de desempleo, por ejemplo, el enfoque del capital humano sobreestima las pérdidas de productividad por morbilidad y por mortalidad anticipada. Las valoraciones resultantes por el método de fricción suelen ser notablemente inferiores a las basadas en la teoría del capital humano. Un aspecto de reciente incorporación al debate es la reducción en la productividad sin causar baja laboral, el denominado presentismo, que lleva a algunos trabajadores a evitar las bajas laborales para mantener su empleo, aunque su salud no le permita ejercer plenamente su trabajo. Estos efectos son de mucha más difícil medición.

También hay controversia desde la perspectiva ética, debido a que la valoración de la productividad estima diferentes valores sociales de las personas en función de su papel como trabajadores o no (en última instancia, un gran número de personas se encuentran fuera del mercado laboral, algunos son productivos pero no figuran en la Contabilidad Nacional-amas de casa, cuidadores informales -, otros son no productivos –dependientes-), con diferentes valores unitarios de trabajo y tiempo libre. Para algunos, esta es una razón suficiente para no incluirlos en la evaluación. Alternativamente, se sugiere valorar el tiempo de ocio, además de imputar valores a actividades fuera del mercado, etc. todas ellas, alejándose así del fundamento de la teoría del capital humano, que valora a los individuos como factores productivos. La alternativa al enfoque del capital humano es utilizar la Disposición a Pagar (DAP) de los individuos por mejorar la salud, que puede captar todos los aspectos que las personas valoran de sí mismas. Estas valoraciones, sin embargo, estarán influidas por la capacidad de pago.

Además, para algunos autores, los costes y beneficios en términos de capacidad productiva ya son contemplados en el cálculo de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC), lo que llevaría a una doble contabilización en caso de estimarlos en el lado de los costes en los Análisis Coste Utilidad (ACU). Algunos métodos de estimación de preferencias sobre estados de salud pueden ser más sensibles a captar efectos adicionales a los de salud. Esta cuestión ha sido abordada recientemente en estudios que mencionan los posibles efectos sobre la renta de cambios en la salud. Se ha estudiado, por ejemplo, si los cálculos de AVAC en países con sistemas

generosos de prestaciones sustitutivas del salario tienden centrarse más en los cambios en la salud y a ignorar los efectos sobre la renta de dichos cambios. Aunque estos estudios son todavía escasos y sus resultados no pueden considerarse definitivos, la conclusión inicial es que el problema de la doble contabilización es menor.

Todas estas limitaciones sugieren utilizar estas estimaciones con prudencia, separar en la presentación los resultados de la evaluación con y sin los efectos sobre la productividad, separar la variable cantidad de trabajo de los precios, valorar si el enfoque de fricción es más apropiado que el del salario; y, por último, analizar los efectos sobre la equidad de la inclusión de la productividad en el análisis.

El libro que tiene en sus manos trata de dar luz al debate, entrando en su fundamento teórico y en las cuestiones prácticas. Ofrece una revisión exhaustiva de la literatura sobre costes de la productividad en evaluación económica y aporta, además, opiniones autorizadas de académicos y responsables ocupados en estas cuestiones.

El valor añadido de este trabajo es haber logrado una exposición clara y abreviada de los fundamentos económicos de la evaluación desde los enfoques bienestarismo (“*welfarismo*”) y el extrabienestarismo (“*extrawelfarismo*”) y sus implicaciones para la evaluación económica, que será muy útil a los lectores interesados. La apuesta pragmática de los autores por el extrabienestarismo, es acorde con la tendencia de las últimas décadas de la literatura del ACU.

La consulta a expertos muestra la existencia de discrepancias y pone de manifiesto que en España, pese a contar con algunos trabajos de estandarización de procedimientos de evaluación económica de tecnologías sanitarias, carecemos una metodología aceptada que posibilite la determinación de prioridades. En concreto, faltan medidas de costes unitarios y de AVAC que incorporen las preferencias de los ciudadanos y los pacientes. La incorporación de los resultados proporcionados por los pacientes (Patient Reported Outcomes –PRO–) con carácter general en la batería de indicadores de seguimiento de los pacientes puede contribuir a una mayor presencia de la evaluación económica.

Felicitemos a los autores, liderados por Joan Rovira, por este trabajo que servirá de referencia a los estudiosos de los problemas controvertidos de la evaluación económica de tecnologías sanitarias.

Juan Manuel Cabasés Hita  
*Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra*

---

## Referencias

Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Fourth edition: Oxford: Oxford University Press; 2015.

López Bastida J, J Oliva, F Antoñanzas, A García-Altés, R Gisbert, J Mar y J Puig-Junoy. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Gac Sanit. 2010; 24(2):154–170.

# 1

## INTRODUCCIÓN



### OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El objetivo último del presente trabajo es determinar la pertinencia e implicaciones de incluir los efectos positivos y negativos de las intervenciones en salud sobre la productividad y, en general, el tiempo empleado por pacientes y cuidadores en una intervención, en los costes y beneficios de una evaluación económica.

Esta es una cuestión controvertida en la que se encuentran posiciones divergentes tanto en el debate académico y teórico como en su aplicación práctica, es decir, en las guías y directrices metodológicas establecidas por distintas instituciones y en los análisis de tecnologías y programas concretos. Las controversias afectan tanto a si dichos efectos deben o no incluirse, como a cuál es la forma adecuada de medirlos y valorarlos. El tema es relevante por cuanto el que se consideren o no los efectos sobre la productividad – y cómo éstos se cuantifiquen – puede hacer variar sustancialmente los resultados y más específicamente el índice de coste efectividad incremental (ICER) relativo entre intervenciones y tecnologías; y en la medida que dichos resultados se utilicen para tomar decisiones de asignación de recursos – tales como la financiación y regulación del precio de tecnologías y prestaciones – puede tener efectos sobre el volumen total y la distribución de la salud y, en último término, sobre el bienestar de la sociedad.

### ESTRUCTURA

La estructura del trabajo es la siguiente:

La primera parte consiste en un análisis del tema de estudio basado en una revisión de la literatura. Dicha parte se divide en cuatro apartados: el primero se centra en

la economía del bienestar, en cuanto constituye para muchos expertos el fundamento teórico de la evaluación económica; en el segundo se describe la evolución de la evaluación económica como instrumento de medición de la eficiencia y los orígenes su aplicación en procesos de decisión colectiva; el tercer apartado describe la evolución de evaluación económica en el ámbito de la salud y los servicios sanitarios; el cuarto apartado se centra en el objetivo concreto del presente trabajo, es decir, el debate sobre cómo las evaluaciones económicas incluyen y deberían incluir la productividad y el tiempo de los individuos implicados en las intervenciones sanitarias entre los efectos de las mismas.

La segunda parte del trabajo consiste en una encuesta a analistas y expertos de perfil preponderantemente académico e investigador, en la que se les solicita sus posiciones y argumentos respecto a diversos aspectos del debate mencionado en el apartado anterior.

Finalmente, la tercera parte pretende recabar las posiciones y opiniones sobre el tema de un conjunto de tomadores de decisiones y gestores del sistema de salud en España, en cuanto a usuarios efectivos o potenciales de los estudios de evaluación económica.

## ENFOQUE METODOLÓGICO

La evaluación económica en salud es una disciplina normativa, basada en un conjunto de juicios técnicos y de valor. En consecuencia, resulta difícil, tal vez imposible, verificar o falsear de forma concluyente y por referencia a la evidencia empírica, tanto su metodología, como los estudios que aplican dicha metodología a casos concretos. Los métodos e instrumentos de la evaluación económica en salud se han ido desarrollando mediante aportaciones individuales o de equipos, que son presentadas, debatidas y eventualmente aceptadas de manera informal por la comunidad disciplinar. En algunos casos las opciones metodológicas son recogidas de forma explícita y formal en guías y directrices metodológicas promovidas desde el ámbito académico o por los reguladores. Las iniciativas para estandarizar la metodología

mediante guías y directrices metodológicas han contribuido positivamente a homogeneizar métodos y prácticas analíticas, pero existe todavía una gran diversidad de prácticas metodológicas y numerosas controversias sobre qué constituye una buena práctica en muchos aspectos de la evaluación económica en salud.

Esta situación es la que aconsejó el enfoque metodológico mixto adoptado en el estudio, que junto a la habitual revisión y análisis de la literatura disponible, incluye la consulta a un grupo de expertos de perfil académico e investigador y a otro de gestores y tomadores de decisiones, con el objetivo de que incorporasen respectivamente un amplio abanico de visiones teóricas y prácticas sobre el tema de estudio.

En cualquier caso, es razonable suponer que en esta situación de desacuerdo metodológico descrita, el análisis desarrollado en este estudio, es decir, la selección, análisis y valoración de las posiciones que se encuentran en la literatura, así como la formulación de las preguntas de un cuestionario y la interpretación de las correspondientes respuestas de los encuestados, podría estar sesgado hacia las posiciones de los autores, determinadas en parte por su formación, experiencia, ignorancia y prejuicios individuales. Máxime, cuando los objetivos y restricciones del estudio no permitían una revisión sistemática exhaustiva de los temas que se pretendía abordar, ni consultar una muestra amplia y representativa de expertos (1). Los autores del informe aceptan la inevitable subjetividad de sus posiciones y la posible parcialidad de sus análisis y conclusiones. En cualquier caso, han intentado hacer explícita su posición cumplimentando personalmente el cuestionario de la encuesta y mostrando de forma transparente en el informe la autoría de las opiniones vertidas. Finalmente, se asumió el compromiso de hacer públicas y dejar constancia de todas las opiniones discrepantes que los expertos encuestados quisieran formular a las versiones preliminares de este informe.

---

(1) De hecho, uno de los expertos invitados a participar en la encuesta declinó hacerlo argumentando que el informe previo demostraba un sesgo obvio de los autores contra la inclusión de los costes de productividad en la evaluación económica. Y otro de los expertos que sí respondió a la encuesta, manifestó la misma percepción.



# 2

## EL DEBATE SOBRE COSTES DE PRODUCTIVIDAD EN EVALUACIÓN ECONÓMICA EN LA LITERATURA



## 2.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### ESTRUCTURA

En primer lugar se describe la metodología y resultados de la revisión de la literatura efectuada, incluyendo una tabla resumen de las posiciones respecto a la inclusión en las evaluaciones económicas de los efectos sobre la productividad y aspectos relacionados que adoptan un conjunto de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS) europeas seleccionadas y también la posición de otras agencias e instituciones y de las guías metodológicas para evaluación económica publicadas en el contexto internacional.

El análisis se ha estructurado de la forma siguiente:

- En la primera sección se revisan los conceptos básicos y el debate vigente sobre la economía del bienestar, que para algunos proporciona o debe proporcionar la base teórica de la evaluación económica, así como las posiciones contrarias a dicha postura.
- En la segunda sección se analizan los instrumentos tradicionales para aplicar los conceptos de la economía del bienestar en la práctica, concretamente el análisis coste-beneficio.
- En la tercera sección se abordan las posiciones respecto a estas cuestiones teóricas y prácticas en el ámbito específico de las evaluaciones en salud, donde las posturas se agrupan habitualmente en dos bloques, los bienestarristas y los extrabienestarristas.
- En la cuarta sección, se aborda el tema de la inclusión y forma de cuantificación de los efectos sobre la productividad en las evaluaciones económicas en salud desde una perspectiva teórica.

- La sección final se centra en la discusión de la evidencia obtenida en las secciones anteriores, incluyendo las correspondientes conclusiones y recomendaciones

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

Para la elaboración de esta parte del estudio se ha partido de una selección de manuales de prestigio y amplia utilización, sobre economía del bienestar y evaluación económica realizada por los autores (2), complementada con una revisión de la literatura que se describe a continuación.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la que se utilizaron los siguientes descriptores: economía del bienestar, fundamentos teóricos de la evaluación económica, welfarism, extra-welfarism, social welfare, economic evaluation, análisis coste beneficio, indicadores de bienestar social, indicadores de medida del bienestar social, costes indirectos, productividad, método del capital humano, decisiones regulatorias, y reembolso público de nuevos medicamentos, obteniéndose los siguientes resultados:

---

(2) Ver referencias (2), (3), (4), (5), (8), (10), (20) y (24).

DESCRIPTOR	BASE DE DATOS	PRESELECCIÓN	SELECCIÓN	DISPONIBLES
welfarism	EconLit	104	14	9
("Health"[Mesh]) AND Welfare economics	PubMed	116	1	1
("Cost-Benefit Analysis"[Majr:NoExp]) AND "Health Planning/economics" [Majr:NoExp]	PubMed	8	5	1
cost-effectiveness and cost-utility analysis in health	Biblioteca UB*	64	40	40
(#0) NOT (((methodology OR theory)) AND (((("indirect cost" OR productivity)) AND "Cost-Benefit Analysis"[Majr:noexp]))	PubMed	176	12	10
("Cost-Benefit Analysis"[Majr:NoExp]) AND (("Practice Guidelines as Topic" [Majr:NoExp]) OR "Guidelines as Topic" [Majr:NoExp])	PubMed	12	3	4
<b>Total</b>		<b>304</b>	<b>63</b>	<b>55</b>

\*Bases de datos consultadas: Scopus (Elsevier), MEDLINE/PubMed (NLM), Science Citation Index Expanded (Web of Science), Social Science Citation Index (Web of Science), SciVerse ScienceDirect (Elsevier), SpringerLinl, ProQuest Psychology Journals, PMC (PubMed Central), Directory of Open Acces Journals (DOAJ), BioMed Central, Cambridge Journals (Cambridge University Press), Social Services Abstracts, Oxford Journals (Oxford University Press), SpringerLink Open Acces, Wolters Kluwer – Ovid (CrossRef), SciTech Connect (OSTI), SwePub (National Library of Sweden), SciELO Brazil (Scientific Electronic Libraru Online). Mesh: El vocabulario controlado de la NLM's (Medical Subject Headings) sobre términos biomédicos que se usan para describir cada artículo de una revista científica en MEDLINE.

Majr: Restrict to MeSH Major Topic. Término MeSH que cubre los aspectos más relevantes de un artículo NoExp: Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy.

Se obtuvieron inicialmente 304 referencias. A continuación se llevó a cabo una pre-selección de los artículos a partir de los títulos y de la lectura de los resúmenes y, para los que pasaron este cribaje, se llevó a cabo una segunda selección basada en la lectura del documento entero, con lo que finalmente quedaron 63 referencias.

Además se han añadido algunos documentos relevantes citados en la bibliografía de las referencias seleccionadas en la revisión descrita y otros procedentes de los

**MEDICAMENTOS Y BIENESTAR SOCIAL:  
LOS EFECTOS DE LA PRODUCTIVIDAD EN LOS ANÁLISIS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA**

fondos bibliográficos personales de los autores. Esto ha dado como resultado 50 referencias adicionales.

La información sobre las guías metodológicas y otros aspectos de las agencias de evaluación y regulación se ha tomado de sus correspondientes páginas web, listadas en la **Tabla 1**, y de la página web de ISPOR ([www.ispor.org](http://www.ispor.org)) que recoge un gran número de guías metodológicas publicadas.

**Tabla 1. Cuadro resumen de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias**

Agencias de Evaluación de tecnologías sanitarias	Lugar	Nombre de Guía	Perspectiva	Tipo de análisis y efectos en salud	Costes a incluir	Costes a excluir	Productividad	Enlace
NICE	Inglaterra y Gales	The social care guidance manual (incorporating economic evaluation)	Todas las partes interesadas	ACU-AVAC ACE	Todos los relevantes	Justificar la inclusión de costes de cuidado informal no remunerado	No	<a href="https://www.nice.org.uk/">https://www.nice.org.uk/</a>
HAS	Francia	French guidelines for the economic evaluation of health care technologies (2014)	La más amplia	Todos (y los resultados de acuerdo al tipo seleccionado)	Costes directos e indirectos	-	Sí. Enfoque del capital humano o el enfoque de la teoría del bienestar	<a href="http://www.has-sante.fr/portail/">http://www.has-sante.fr/portail/</a>
TLV	Suecia	General guidelines for economic evaluations from de Pharmaceutical Benefits Board (2003)	Social y económica	ACE-AVAC	Todos los relevantes	-	Sí, el método del capital humano	<a href="http://www.tlv.se/tlv">http://www.tlv.se/tlv</a>
IQWiG	Alemania	General Methods for the Assessment of the Relation of Benefits to Costs (2009)	Decisor	ACB (no especificado medida de resultados)	Costes médicos y no médicos	Costes indirectos en primera estancia	Sí se justifica su inclusión	<a href="https://www.iqwig.de/">https://www.iqwig.de/</a>
Health Information and Quality Authority	Irlanda	Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies in Ireland (2010)	Financiador / decisor	ACU-AVAC	Costes directos e indirectos	Transferencias	Sí, por separado	<a href="https://www.hiqa.ie/">https://www.hiqa.ie/</a>
Agency for Quality and Accreditation in Health Care	Croacia	Guide for the Economic Evaluation of Health Technologies	Financiador / decisor	ACU-AVAC, ACE-años de vida ganados	Costes directos. Incluir los indirectos cuando sean medibles	-	Sí, por separado	<a href="http://aaz.hr/">http://aaz.hr/</a>
NOMA	Noruega	Guidelines on how to conduct pharmaco-economic analyses (2012)	-	ACU	Los relacionados con el programa	Costes relacionados a años de vida extra. Pérdida de eficiencia (weightloss) por impuestos	No obligatorio, si se incluye se debe justificar	<a href="http://www.legemiddelverket.no/">www.legemiddelverket.no/</a>
INFARMED	Portugal	Guidelines for Economic Drug Evaluation Studies (1998)	-	Preferentemente ACU-AVAC o ACB-método de valoración contingente. Si ACE-años de ganados	Directos e indirectos (pérdidas de productividad)	Costes indirectos distintos a pérdidas de productividad	Sí, por separado y justificando su impacto en los resultados	<a href="http://www.infarmed.pt/">www.infarmed.pt/</a>

**Tabla 1. Cuadro resumen de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias**  
(continuación)

Agencias de Evaluación de tecnologías sanitarias	Lugar	Nombre de Guía	Perspectiva	Tipo de análisis y efectos en salud	Costes a incluir	Costes a excluir	Productividad	Enlace
EUnethTA	Europa	Methodological guideline - Methods for health economic evaluations	Social o (por lo menos) del sistema sanitario.	ACE, ACU, ACB, AMC y ACC, AVAC, EQ-5D (EuroQol), HUI (Health Utilities Index Mark II/ Mark III), SF-6D, 15D, QWB (Quality-of-Well Being Scale) y AQL (Assessment of Quality of Life).	Costes directos (relacionados con la enfermedad o la tecnología) y costes indirectos por absentismo, presentismo, muerte prematura.	-	Si se incluyen los costos indirectos, presentarlos por separado.	<a href="http://www.eunethta.eu/outputs/eunethta-methodological-guideline-methods-economic-evaluations">http://www.eunethta.eu/outputs/eunethta-methodological-guideline-methods-economic-evaluations</a>
OSTEBA	España-pais Vasco	Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario (1999)	Decisor	ACU, ACE-AVAC (reflejar por separado años de vida y CVRS)	Directo e indirectos	Costes de las variaciones en la capacidad productiva	Si es relevante, por separado	<a href="http://www.osakidetza.euskadi.eus/r/85-/pkoste02es/contenidos/informacion/osteba_presentacion/es_osteba/osteba_presentacion.html">http://www.osakidetza.euskadi.eus/r/85-/pkoste02es/contenidos/informacion/osteba_presentacion/es_osteba/osteba_presentacion.html</a>
RED DE AGENCIAS	España	Elaboración y validación de instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2006)	No especificado	ACU-AVAC, ACE, ACB, AMC	Costes sanitarios y no sanitarios	Si se elige la perspectiva del financiador no incluir costes indirectos	No definido	<a href="http://www.isciii.es">www.isciii.es</a>
CATSALUT	España-Cataluña	Guía de recomendaciones para la realización y presentación de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos en el ámbito de Catalunya. 2014)	Financiador. Adicionalmente social	ACU-AVAC (reflejar por separado años de vida y CVRS)	Costes sanitarios y no sanitarios	-	Si, por separado	<a href="http://catsalut.gencat.cat/e">http://catsalut.gencat.cat/e</a>
PLAN DE CALIDAD DEL SNS Y GOBIERNO CANARIO	España	Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías	Perspectivas social y del financiador, presentadas de manera separada y	ACU-AVACs, ACE, ACB, AMC	Costes sanitarios, costes de pérdidas laborales, costes de tiempo y costes asociados cuidados informales.	-	En caso de incluirse se recomienda justificar la elección del método elegido: capital humano, fricción, coste de oportunidad y coste de sustitución.	<a href="http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/SESCS%20N.2006_22_GUIA%20EE_sin.pdf">http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/SESCS%20N.2006_22_GUIA%20EE_sin.pdf</a> <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20405159">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20405159</a>

Respecto a la perspectiva del estudio, predomina la perspectiva social, aunque en algunos casos se acepta la presentación por separado de los resultados bajo las

dos perspectivas, social y sistema de salud. En dos casos la perspectiva incluye no solo la de sistema de salud, sino también la de los servicios sociales.

La mayoría de las agencias aceptan todos o la mayoría de tipos de evaluación económica (ACE, ACU, ACB, AMC, ACC), solo cuatro se limitan al ACU. El AVAC es una medida recomendada o por lo menos aceptada por todas las agencias analizadas, excepto el IQWiG.

La identificación y comparación entre agencias de los tipos de coste a incluir o a excluir del análisis es difícil debido a la falta de una tipología y definiciones de aceptación general. En general, las directrices no incluyen un listado explícito de recursos/costes a incluir o excluir. En general, la mayoría de las agencias acepta la presentación de costes directos e indirectos, del sistema sanitario y de productividad, pero establecen que se presenten por separado.

Hay una gran variedad de posiciones respecto a los costes asociados a la productividad. El IQWiG excluye los costes de productividad por muerte prematura. La agencia noruega excluye los costes relacionados con los años de vida adicionales ganados por la intervención y los derivados de la reducción de impuestos, mientras que el INFARMED señala que no deben incluirse los costes indirectos distintos a la pérdida de productividad.

## 2.2. LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR

### BIENESTAR

Una de las definiciones más citadas de la economía es la de Lionel Robbins (1932, 15) quien la definió como “la ciencia de la elección que estudia como los recursos son empleados por el hombre para satisfacer sus necesidades, puesto que viven en sociedad”.

Sin embargo, a menudo se discute si la economía es una ciencia en el sentido de que puede explicar y predecir la realidad y establecer relaciones de causalidad de forma precisa. Pigou fundamenta principalmente en dos motivos la debilidad de la economía en estos aspectos. El primero es que las relaciones que se deben determinar son extremadamente numerosas, ya que en el mundo económico los sistemas de relaciones que expresan los deseos y aversiones de grupos de individuos por los diferentes tipos de bienes y servicios en el mundo económico no son simples ni uniformes. El segundo, es que la economía difiere de las ciencias puras en que sus teorías no pueden ser sometidas a procesos de experimentación bajo condiciones controladas como en un laboratorio, como sucede por ejemplo con la química o la física. Pigou (1932) afirma que en economía no hay una ley fundamental que tenga aplicaciones absolutas, ya que aunque una función expresada en ecuaciones tenga una sola forma básica, posee un gran número de parámetros distintos que varían de acuerdo al tiempo y el espacio en los que se las aplique y analice; como consecuencia de ello la teoría económica posee una incertidumbre intrínseca.

Por otra parte, la economía es una disciplina que no solo pretende explicar cómo son los hechos y hacer predicciones del comportamiento de los fenómenos económicos, sino que se ocupa también de lo que debería ser, lo que ha dado lugar a la

distinción entre dos grandes ámbitos: la economía positiva y la economía normativa. La economía positiva es la rama que se ocupa de la explicación de los fenómenos económicos, es decir, de lo que es, y la economía normativa, por el contrario, trata de lo que debería ser, utilizando proposiciones positivas, pero incorporando también juicios de valor en sus análisis deductivos.

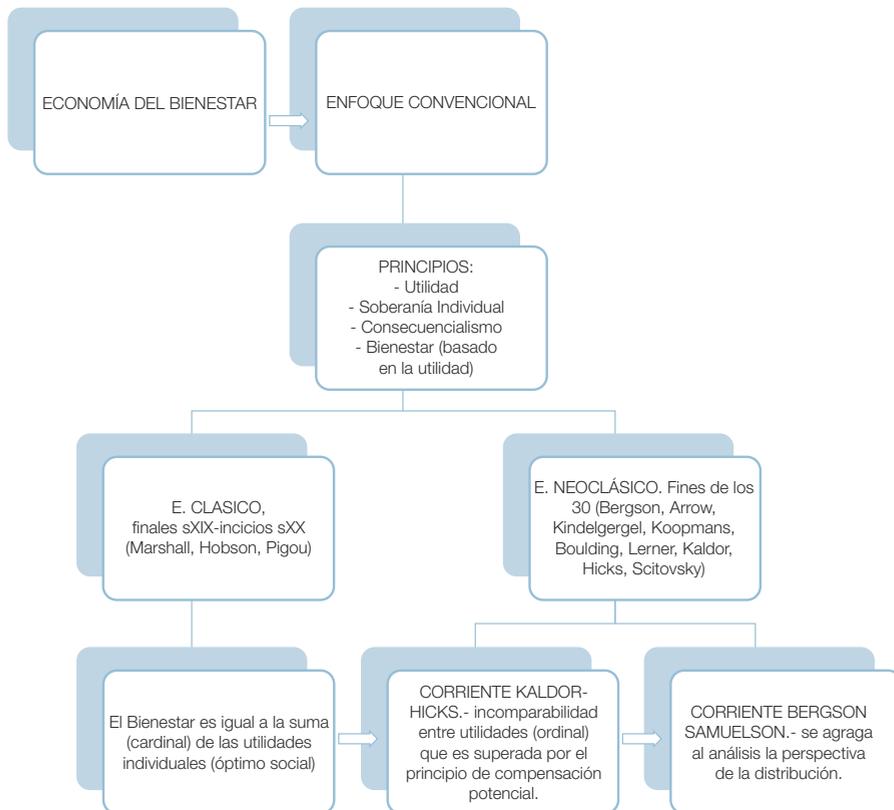
La economía del bienestar surge hacia finales del siglo XIX y se sitúa dentro de la rama de la economía normativa como la “parte de la Teoría Económica que se ocupa o debería ocuparse de la política económica (Scitovsky 1970, 158); y según Rodomysler (1974, 124) “la tarea de la Economía del Bienestar es el estudio de las causas del bienestar; de cuáles son las necesidades de los individuos y en qué medida se pueden satisfacer; de cuáles necesidades siguen insatisfechas y hasta dónde puede mejorarse esa situación”; es decir, el objetivo último es lograr la eficiencia al tomar decisiones respecto a una serie de alternativas, aceptando que para prescribir la política a seguir no basta con los hechos descritos e interpretados por la economía positiva, sino que es necesario incorporar juicios de valor.

Cabe señalar que el economista, como tal, no tiene ninguna legitimidad para imponer sus juicios de valor a la sociedad; esta es una función que pertenece a la sociedad su en conjunto, por lo menos en un régimen democrático, y que esta puede delegar, en su caso, en sus representantes políticos. El economista debe limitarse a identificar los juicios de valor relevantes y articularlos con la mejor evidencia disponible sobre el funcionamiento de los fenómenos económicos para formular las recomendaciones políticas que se deriven de la combinación lógica de evidencia y juicios de valor. El economista debería ser especialmente cuidadoso en hacer explícitos los juicios de valor que contiene su análisis y sus prescripciones para la política.

Desde el origen de la Economía del Bienestar han existido varias interpretaciones acerca del significado del concepto de bienestar en sus distintas acepciones (social, individual y económico) lo que explica en parte por qué han surgido y perduran a lo largo del tiempo un conjunto de enfoques y corrientes con similitudes y diferencias;

### **Gráfico 1.**

Gráfico 1. Los enfoques de la economía del bienestar



Pigou (1932) y Mishan (1982) sostienen que el bienestar es un concepto bastante amplio y sus elementos son estados de consciencia que se pueden categorizar de mejores o peores. El término “bienestar social” tampoco tiene un significado preciso en otras disciplinas ni en el lenguaje no técnico. Algunas definiciones lo identifican con un estado caracterizado por satisfacción, calidad de vida o felicidad, o en el que están satisfechas las necesidades básicas de una comunidad. Otras hacen referencia a las causas o factores que determinan dicho estado. El bienestar económico se asocia a la disponibilidad o consumo de bienes y a la riqueza y, a nivel macroeconómico, a variables tales como la renta o el PIB per cápita.

Desde el enfoque clásico de la Economía del Bienestar, Pigou (1932) plantea que es legítimo utilizar la disponibilidad a pagar de un individuo por cosas distintas como una prueba de la satisfacción relativa que dichas cosas le proporcionan, a condición de que la relación entre la intensidad del deseo que experimenta por cada una de ellas sea igual a la magnitud de la satisfacción que le proporcionará poseerlas; por otra parte afirma que el bienestar social se maximizará (óptimo social) cuando se maximicen las utilidades individuales, aceptando por lo tanto, que el bienestar general es la suma del bienestar individual. En el enfoque neoclásico, sin embargo, la utilidad se supone medible solo de forma ordinal, por lo que no es posible comparar ni agregar utilidades entre individuos; el óptimo social, según este enfoque, se da cuando no puede hacerse ninguna reasignación de recursos sin reducir la utilidad de al menos un individuo. Es precisamente en la distinta conceptualización de la utilidad – cardinal u ordinal - y la consiguiente posibilidad de que las utilidades individuales puedan compararse y agregarse y, finalmente, que pueda haber solo uno o múltiples óptimos, donde radica, en última instancia, el debate entre las dos corrientes o enfoques de la Teoría del Bienestar.

## UTILIDAD

Bajo la perspectiva convencional - tanto clásica como neoclásica - de la Economía del Bienestar, el eje central es la utilidad como indicador de satisfacción: con la maximización de las utilidades individuales se alcanzará el óptimo social. Pero el concepto de utilidad tiene diversos significados, incluso dentro de la teoría económica positiva. Brouwer et al. (2008) destacan las dos interpretaciones de la utilidad mencionadas por Cohen (1993):

- Satisfacción de las preferencias: Los individuos ordenan las preferencias del estado de bienestar de acuerdo a lo que les proporciona más bienestar (desde un enfoque económico).
- Bienestar hedónico: Estado de bienestar deseado o agradable, felicidad o hasta placer (en el campo más filosófico).

En el marco de la Economía del Bienestar el concepto de utilidad hace referencia a una función compuesta de bienes y servicios que refleja las preferencias de los individuos. Se acepta que el individuo es capaz de expresar su preferencia por una cesta de consumo frente a otra, bajo el principio de soberanía y que los resultados obtenidos responderán a esta elección (consecuencialismo (3)) para que le proporcione bienestar (Brower et al. 2008).

### ¿CÓMO MEDIR EL BIENESTAR?

Como consecuencia de la distinta concepción de la utilidad, el enfoque clásico y neoclásico discrepa también en la forma de medirla. El enfoque clásico establece que el instrumento válido de medida del bienestar en la vida social de los individuos es el dinero, más específicamente la disposición a destinar recursos para satisfacer sus necesidades; es en esta esfera que el bienestar encuentra el vínculo con la economía, por lo tanto con esta unidad de medida se valorará el bienestar económico (Pigou, 1932) (4).

Sin embargo, el enfoque neoclásico supone que las utilidades son mensurables solo ordinalmente, no cardinalmente, y que por lo tanto no es posible una comparación interpersonal de las mismas. Por ello, para poder tomar una decisión colectiva que se pueda calificar de óptimo social, se exige unanimidad o consenso, es decir, que no haya un solo disidente. Pero tal como afirma Graaff (1967, 7) “no ocurre a menudo que la elección de la colectividad sea unánime”. Para superar esta limitación, que haría prácticamente imposible tomar decisiones en la vida real, surgen dos corrientes.

La primera, asociada a Kaldor-Hicks, establece que el bienestar -bajo un criterio objetivo libre de juicios de valor- está en función de los incrementos en la producción, es

---

(3) Esto es, que la utilidad solo se deriva de los resultados finales del comportamiento y de los procesos y no de los procesos en si mismos o de las intenciones que condujeron a dichos resultados [utility is derived only from the outcomes of behaviour and processes rather than the processes themselves or intentions that led to the outcomes].

(4) Aunque se debe tener en cuenta que no existe consenso en definir qué satisfacciones son económicas y cuáles no.

decir, de la eficiencia económica, y se articula con el criterio de compensación potencial, según el cual “si se compensa, o se puede compensar, a los que pierden, para que no se encuentren peor que antes, mientras que otros pasan a una situación mejor, a pesar de que tengan que pagar esta compensación, es posible afirmar que el bienestar social ha aumentado” (Rodomysler, 1974, 122). Este criterio se puede formular de forma más sencilla en los siguientes términos: Si no hay unanimidad en valorar la superioridad social entre dos situaciones, pero aquellos que ganan con la opción A ganan tanto que pueden potencialmente compensar (sobornar) a los que prefieren B, podemos afirmar que la opción A es superior a la B. Es importante poner de relieve que el criterio propuesto no requiere que la compensación se haga efectiva, es decir, que la sociedad -o los que ganan- compensen realmente a los que pierden para que voluntariamente acepten la opción A, lo que tiene unas implicaciones éticas obvias.

La segunda corriente, asociada a Bergson-Samuelson, establece que el nivel de utilidad de los individuos es el resultado de la cantidad de bienes y servicios que produzcan y consuman, pero dicho nivel está asociado directamente a los juicios de valor de cada individuo, es decir, a aspectos subjetivos. La maximización del bienestar social será, por lo tanto, una función que represente los índices de utilidad de todos los individuos. Esto se conseguirá mediante un proceso democrático en el que un individuo tome la decisión en representación de los miembros de la sociedad. Desde la perspectiva de los decisores existe la posibilidad de elección con consideraciones éticas de un óptimo social único, en el que el bienestar de cada individuo depende tanto de su bienestar personal, como de su valoración de la distribución del bienestar entre todos los miembros de la sociedad (Brouwer, 2008 y Guru, 2015).

En la versión más moderna de Bergson-Samuelson, la maximización del bienestar social depende de que la asignación de recursos sea tanto eficiente como equitativa.

## CONCLUSIONES

Para determinar si en una sociedad el bienestar social mejora o empeora es necesario considerar la eficiencia y la equidad: la eficiencia en el sentido del óptimo de

Pareto y el criterio de equidad para establecer juicios acerca del bienestar, y con ello, afrontar el conflicto entre ambos principios (Hardwick, 1982). En el bienestar social se incluyen factores tanto objetivos como subjetivos relacionados con el nivel de satisfacción o utilidad experimentada por los miembros de la sociedad; por ello tiene tanto o más que ver con la subjetividad de la equidad, que con las consideraciones de eficiencia.

La Economía del Bienestar comprende un cuerpo complejo de análisis y evaluación que se puede aplicar a la toma de decisiones en el sector público, debido a que la economía normativa también abarca las normas de distribución y equidad, con valores explícitos acerca de la asignación de recursos (Mishan 1982, 23). El enfoque clásico y neoclásico -y sus respectivas variantes- reflejan, más que una discrepancia irreconciliable, una continuidad y evolución de los postulados y fundamentos teóricos.

El que los distintos enfoques de la economía del bienestar sean contradictorios entre sí en algunos aspectos, refleja los distintos valores que se dan entre individuos en una sociedad. Como indica Mishan (1982), si existiera un consenso general en las proposiciones de la economía del bienestar y su criterio fuese preciso, la economía normativa no sería necesaria, ya que las decisiones de la política económica las podría tomar directamente una autoridad responsable. Lo que se requiere, según Rodomysler (1974, 126), es “alguna especie de equilibrio entre muchos deseos en conflicto. (...) Esta es, tal vez, la tarea principal del economista del bienestar: mostrar cómo surge el conflicto y cómo puede ser reducido”.

Respecto a los objetivos de este informe, este apartado muestra que la Economía del Bienestar puede proporcionar un marco teórico-conceptual que puede guiar el desarrollo y debate metodológicos de instrumentos operativos, tal como la evaluación económica. Sin embargo, la Economía del Bienestar no constituye un cuerpo único y homogéneo de doctrina del cual puedan extraerse o derivarse implicaciones unívocas y de validez universal para la valoración del bienestar social y la toma de decisiones colectivas. Por lo tanto, esta solo podrá cumplir la función de fundamento teórico y referencia lógica en la medida en que todos los que debatan acepten un enfoque concreto.

## 2.3. DE LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS A LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL BIENESTAR: EL ANÁLISIS COSTE-BENEFICIO

La Economía del Bienestar ha desarrollado un marco de principios normativos para evaluar determinados estados que son mejores o socialmente preferibles a otros; sin embargo, independientemente del desarrollo y aceptación o no de este cuerpo teórico, se han desarrollado una serie de instrumentos para evaluar la eficiencia económica, especialmente, en proyectos gubernamentales; dichos instrumentos han buscado a veces apoyo en la Economía del Bienestar, aunque su origen y desarrollo se haya producido en gran parte fuera de dicha disciplina y su “fundamento” en la misma se haya buscado a posteriori.

En el apartado anterior exploramos el origen y evolución de la Economía del Bienestar y analizamos sus principales enfoques y corrientes. En este apartado analizamos su aplicación en la práctica, es decir, cómo se mide y se evalúa el bienestar social a efectos de comparar opciones, establecer prioridades y, en general, tomar decisiones reales de asignación de recursos.

### ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

Evaluación económica es el nombre genérico con que se denomina actualmente a un conjunto de técnicas analíticas, cuyo objetivo inmediato es la identificación, medición y valoración de los efectos – normalmente clasificados en costes y beneficios – de opciones, tecnologías, cursos de acción, programas o intervenciones alternativos (Badía 1994, 11). La forma de evaluación más tradicional en economía es el análisis coste-beneficio (ACB). En el plano teórico el ACB ha sido poco explorado y, a priori, no se puede asociar directamente su origen a la teoría de la Economía del

Bienestar. Algunos autores sitúan su origen en los trabajos de Jules Dupuit, un ingeniero y economista del siglo diecinueve, aceptado como el precursor de la teoría de los costes marginales, quien fue el primero en abordar algunas cuestiones que constituyen las bases del ACB. Es en el trabajo de Dupuit donde “la Teoría de la Economía del Bienestar de Marshall (5) encontró su origen” (Ekelund 1968, 463).

El ACB es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación de las políticas de gasto público tales como: transporte, educación, salud y defensa (Hardwick, 1982). El cuerpo de ingenieros del ejército de Estados Unidos implementó en 1939 el ACB para evaluar proyectos de ingeniería civil, tales como presas, diques y otras medidas de control de inundaciones, tarea que les había asignado la FCA (Ley de Control de Inundaciones, por sus siglas en inglés) (6) en 1936, durante el gobierno de Roosevelt. El objetivo era que el gobierno ejecutase solo los proyectos cuyo beneficio justificase el uso de recursos del fondo de gastos públicos (Quade, 1971 y Guess, 2000). El proceso de dichas evaluaciones se extendió a otras agencias que se ocupaban también de proyectos relacionados con recursos hídricos. Dado que la FCA no especificaba cómo debían medirse los costes y los beneficios, el Federal Inter-Agency River Basin Committee designó en 1946 un subcomité de beneficios y costes con “el propósito de formular principios y procesos mutuamente aceptables para determinar beneficios y costes de los proyectos hídricos”, los cuales se recogieron en un informe publicado en 1950, que pasó a denominarse de forma abreviada el Libro Verde (Green Book) (7) y que posteriormente fue complementado con una normativa adicional (Budget Circular A-47) que pretendía estandarizar el ACB en todas las agencias de los Estados Unidos (Quade, 1971; Sinden, 2009 y Quah, 2011).

El Análisis Coste-Efectividad se originó en el periodo de restricciones presupuestarias a las que se enfrentó el gobierno de EEUU debido a la II Guerra Mundial. De la evaluación de proyectos y programas basada en la simple comparación entre los

---

(5) Hace referencia al principio de la utilidad marginal, lo que Marshall denominó “consumers’ surplus” en *Principles of Economics* (Macmillan and Co., Ltd., London, 1920), partiendo del análisis realizado por Dupuit.

(6) Sección 1. Pub.L. 74-738, (FCA 1936).

(7) Proposed Practices for Economic Analysis of River Basin Projects (Green Book), Washington, mayo 1950.

beneficios y costes para informar la decisión de ejecutar o no un programa, se pasó a un análisis que comparaba opciones alternativas para un objetivo concreto, con el fin de elegir la alternativa menos costosa y lograr así dicho objetivo de la forma más eficiente (Quade, 1971).

Tanto el ACB como el ACE empiezan a difundirse en esta época como herramientas útiles para la asignación de recursos de proyectos públicos por el gobierno (en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido (8)), así como en los proyectos promovidos y financiados por organismos internacionales como la OCDE, el Banco Mundial y diversas agencias de las Naciones Unidas. Es en los 60' y 70' cuando el ACB y el ACE empiezan a alinearse en el mundo académico con las bases teóricas de la economía (9). Hacia mediados los 70' se dejó de aplicar en el ámbito gubernamental la asignación presupuestaria basada en el ACB, pero estas técnicas se siguieron usando en las áreas de la política medioambiental, de seguridad y de atención sanitaria. En los años 80 el gobierno de Reagan, a petición del lobby industrial, introdujo el ACB como herramienta de decisión de uso general de la agencia federal *-federal agency decision-making-* (Quade, 1971; Sinden, 2009; y Quah, 2011).

Independientemente de su origen y fundamento teórico o empírico, lo que el ACB pretende es facilitar al decisor la maximización del bienestar social mediante una medida cuantitativa simple, que sintetice los valores y efectos que generan las decisiones colectivas (Sinden, 2009).

---

(8) Por ejemplo, para la evaluación del tercer aeropuerto en Londres.

(9) En 1958, Ekstein, Krutilla y McKean establecieron en sus artículos el marco teórico del ACB basado en el enfoque neoclásico de la Economía del Bienestar. (Quah, 2001, p. 7).

## 2.4. LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

En la década de los años 60 en Estados Unidos el gasto público, y particularmente el sanitario (10), se incrementó considerablemente, lo que propició la entrada de los economistas en los problemas de salud (Caplow 2001, 152).

La evaluación económica aparece en el ámbito de la política y la gestión de la salud como una herramienta que aporta criterios de elección racional a la hora de elegir un determinado programa de salud respecto de otros cuando los decisores, sujetos a restricciones presupuestarias, no pueden seleccionar todas las opciones (Brouwer et al 2000, 441). La evaluación económica en salud pretende establecer la eventual superioridad de una opción entre todas las opciones de decisión disponibles -que para simplificar denominaremos intervenciones sanitarias- y que implican una utilización de recursos económicos y tienen efectos sobre la salud de los individuos y sobre otras variables relacionadas con el bienestar social. El criterio último de elección puede ser la maximización del bienestar social o la de algún indicador asociado al bienestar, por ejemplo, la salud medida en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados por una población.

Es conveniente tener en cuenta dos contextos de decisión en los que puede aplicarse la evaluación económica: cuando las opciones son excluyentes y cuando no lo son. Un ejemplo del primer caso sería el de la elección de un tratamiento entre los distintos disponibles para una indicación. Independientemente de si existe o no una restricción presupuestaria que pueda condicionar la decisión, si se elige un

---

(10) Debido a la atención médica y hospitalaria a los veteranos de la segunda guerra mundial y debido a la creación hacia mediados de los 60 de programas de cobertura sanitaria estatal (Medicaid, para pobres y discapacitados y Medicare, para los pensionistas).

tratamiento, no se aplica el tratamiento alternativo (11). En el caso de opciones no excluyentes, por ejemplo, la selección de intervenciones a incluir en el conjunto de prestaciones de un sistema de salud, la necesidad de priorizar radica en que el presupuesto o volumen de recursos disponible está limitado y es inferior al gasto que supondría incluir todas las intervenciones existentes, de las que ya se han eliminado las excluyentes.

En el contexto de opciones excluyentes el algoritmo de elección más habitual consiste en identificar y excluir en primer lugar las opciones dominadas (las de menor efectividad y mayor coste que otras disponibles) y de entre las restantes elegir la que tenga una *j* (RCEI) más alta, dentro del umbral de coste efectividad definido. Si no existe un umbral coste-efectividad definido, no es posible determinar cuál de las opciones no dominadas se debe elegir (12). En el caso de opciones no excluyentes, el algoritmo de decisión utilizado consiste en ordenar las intervenciones según la RCEI e ir asignando secuencialmente el presupuesto, empezando por las opciones más coste-efectivas y continuando con las menos coste-efectivas, hasta que dicho presupuesto se agote. La última intervención incluida en el conjunto de prestaciones determina el umbral de coste-efectividad de *facto* del sistema de salud. Este procedimiento asegura que dado un conjunto de intervenciones posibles, el subconjunto elegido maximiza el indicador de salud utilizado en la evaluación económica, por ejemplo, los AVAC ganados.

## TIPOS DE EVALUACIONES ECONÓMICAS EN SALUD

Actualmente se considera que existen diversos tipos o modalidades de evaluación económica en salud, que suelen clasificarse, según un esquema popularizado por Drummond, de acuerdo a dos criterios: 1) Según se analicen tanto los costes como

---

(11) Si aplicar los dos tratamientos simultáneamente fuese técnicamente viable, esta posibilidad se debería incluir como una tercera opción, también excluyente respecto a las otras dos.

(12) Si el presupuesto está limitado se debe tener en cuenta que la opción elegida no debe requerir la eliminación de intervenciones del conjunto de prestaciones del sistema de salud que tengan una RCEI más favorable.

los efectos (sobre la salud) y 2) si se comparan dos o más alternativas. Una evaluación económica se califica de *completa* solo si se cumplen ambos criterios. En consecuencia, la evaluación económica se puede definir como “el análisis comparativo entre (al menos) dos opciones en términos de sus costes y efectos” y por lo tanto se deben “identificar, medir, valorar y comparar los costes y los efectos de las alternativas evaluadas” (Drummond, 1997, 8-9).

La homogenización de las diversas categorías de recursos se lleva a cabo mediante su expresión en forma de costes monetarios. La valoración monetaria de recursos se lleva a cabo a precios de mercado, o mediante la disposición a pagar de los individuos. Sin embargo, existen varias formas de medir los efectos sobre la salud (beneficios), que se identifican con los distintos tipos de evaluaciones económicas (completas): análisis de coste-beneficio, de coste-utilidad, de coste-efectividad y de minimización de costes (Drummond, 1997).

Tal y como se ha descrito, la forma de evaluación que está más directamente asociada al análisis económico es el ACB, en el cual “el principio subyacente (...) es maximizar los beneficios sociales menos los costes sociales, ambos expresados en unidades monetarias; en los beneficios sociales se incluyen todos los efectos que incrementan el bienestar social y en los costos sociales, los que los disminuyen” (Sugden y Williams, 1978, 127); así el incremento neto del bienestar social es igual al beneficio social bruto menos el coste social bruto.

Sin embargo, en las otras modalidades de evaluación económica –el ACE y el ACU– los beneficios o efectos sobre la salud de cada opción se restringen a una sola variable, que se pone en relación con sus costes. En el ACE la evaluación se realiza en base a un efecto común que es el objetivo de todas las opciones, pero que puede alcanzarse en mayor o menor grado en cada opción, es decir, en una razón de coste por unidad del efecto (o efecto por unidad de coste). En el ACU para medir tal efecto se utiliza una medida sintética genérica de salud, normalmente el año de vida ajustado por calidad [AVAC] (13) u otra similar.

---

(13) En el siguiente epígrafe se profundiza en este tema.

## ENFOQUES DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

La multiplicidad y heterogeneidad de actores en el campo de la salud -sanitarios, decisores, autoridades y analistas- han propiciado un largo debate sobre los fundamentos teóricos y metodológicos en los que están basadas las evaluaciones económicas.

Los dos enfoques metodológicos que polarizan las posiciones teóricas en la evaluación económica en salud son el bienestarista y el extrabienestarista, y a continuación se mencionan las principales analogías entre ambos.

El bienestarista defiende la relevancia de los principios de la teoría del bienestar como fundamento de la evaluación económica; es decir, busca maximizar las utilidades individuales. Para este enfoque, la evaluación económica se debe enmarcar en el análisis coste beneficio (ACB) y utilizar la disposición a pagar (DAP) como método de medición y valoración de los beneficios en salud, mientras que el extrabienestarista afirma que la finalidad es maximizar la salud global de la sociedad, tomando como medida de los beneficios en salud los AVAC -o algún indicador similar- que más que utilidades representan capacidades de los individuos, cuya maximización se considera un objetivo más apropiado para el sector sanitario que la maximización de la utilidad (Brouwer et al., 2000).

Según Brouwer et al. (2008), el extrabienestarismo surge básicamente en el ámbito de:

- los bienes públicos, y la necesidad de ser subsidiados por el Estado (Musgrave, 1959),
- los bienes y servicios básicos, y la distribución de estos asociada a diferentes tipos de justicia (Tobin, 1970),
- las capacidades de los individuos y la calidad de sus utilidades (Sen, 1977) (15); y,
- el rechazo explícito de los gobiernos a la aplicación estricta de la Economía del Bienestar.

---

(15) El enfoque de las capacidades, Sen (1977) hace referencia a la igualdad de oportunidades entre los individuos, es decir, que estos posean una libertad positiva de acceso a bienes y servicios. En este sentido al hablar de maximización de salud en economía y evaluación de la salud, la utilidad deja el plano subjetivo y correspondiente a valores individuales por otro global y social, haciendo comparables los resultados.

Es decir, el extrabienestarismo propone parámetros para medir el bienestar diferentes de la utilidad, no porque la excluyan, sino para completarla con información que se escapa del concepto de la utilidad basada en la preferencia de los individuos; “el enfoque de las capacidades (16) difiere del de la evaluación utilitaria en que acepta una mayor variedad de actos y estados humanos (no solo porque producen utilidad ni solo en la medida que la produzcan)” (Brouwer et al. 2008, 332). En otras palabras, el incremento del bienestar está relacionado con otros argumentos además de las utilidades individuales (17). Y en el ámbito de las decisiones que se toman en el sector o la política de la salud, los efectos sobre la salud constituyen el aspecto central a evaluar, aunque no de forma exclusiva, sino como parte de los efectos sobre el bienestar que implica tener buena salud.

Para el enfoque bienestarista la evaluación económica se enmarca en los parámetros de la disposición a pagar (DAP) y el análisis coste beneficio (ACB) dentro del marco de la economía del bienestar; es decir, adopta el criterio potencial de mejora paretiano. En cambio, desde el enfoque extrabienestarista se considera que la evaluación económica es incompleta y no aporta información suficiente para tomar determinadas decisiones, ya que la salud no puede ni debe estar relacionada con la utilidad, y que las consideraciones de distribución se alejan de las cuestiones filosóficas de la utilidad y de las preferencias individuales; la salud se materializa en la esfera social y dentro del enfoque de bienes y servicios básicos, en el que ha de existir una “meta entidad” rectora que debe encargarse de homogenizar o combinar las utilidades individuales enfocando el proceso de toma de decisiones hacia el mejoramiento de la salud y la reducción de desigualdades de acceso a este servicio.

La comparación interpersonal de utilidades desde el enfoque bienestarista carece de sentido bajo el principio de Pareto; sin embargo, en esta comparación radica la

---

(17) Pueden existir personas con problemas de salud que tienen una vida tan plena respecto a su utilidad individual como la de una persona completamente sana, pero aun así la persona enferma tiene el derecho a tener acceso al cuidados de su salud; por ello proporcionar a la población asistencia sanitaria contribuye indirectamente a la maximización de las utilidades individuales.

(18) Sugden y Williams (1978) identifican el criterio potencial de mejora de Pareto (potencial Pareto improvement criterion), con el óptimo una vez incorporado el criterio de compensación de Kaldor-Hicks, mencionado en ¿Cómo medir el bienestar? De la página 19.

razón de ser del enfoque extrabienestarista de los decisores públicos; de ahí que surjan las medidas o indicadores de salud (como los AVAC) que permite la comparabilidad y, en consecuencia, la agregación de la salud entre individuos. Pero en el extrabienestarismo no se trata de comparar las utilidades individuales, sino las capacidades y características (como la salud); es decir, los extrabienestaristas establecen parámetros que permiten homogenizar estados particulares de bienestar, lo que permite realizar comparaciones y establecer óptimos, algo que con el principio de Pareto de los bienestaristas no se puede conseguir.

Podría decirse también que el bienestarismo está asociado a la perspectiva del analista y el extrabienestarismo, a la perspectiva del decisor (Dasgupta et al, 1978; Brouwer et al, 2008; Coast, 2009). El marco conceptual del primero puede proporcionar orientación metodológica para realizar elecciones entre programas que, sin embargo, generan controversias acerca de qué medir y cómo hacerlo a la hora de evaluar, por lo que limita y restringe el establecimiento de un marco general de análisis y evaluación (Brouwer et al. 2000 y 2008).

Brouwer resume las diferencias clave en las que el extrabienestarismo difiere del bienestarismo en cuatro puntos: i) Permite el uso de resultados distintos a la utilidad, ii) permite el uso de fuentes de valoración distintas a los individuos afectados, iii) permite la ponderación de los resultados (de utilidad o de otro tipo) de acuerdo a principios que no tienen que basarse necesariamente en las preferencias, y iv) permite la comparación interpersonal del bienestar en varias dimensiones, por lo que habilita su análisis más allá de la economía paretiana.” (Brouwer et al. 2008, 330).

Brouwer et al. (2000, 455) sostienen asimismo que “la evaluación económica debe aceptar un análisis con criterios múltiples, porque no todos los aspectos de los programas de atención sanitaria pueden recogerse en la razón de coste-efectividad”.

## 2.5. CONSIDERACIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS DE INTERVENCIONES EN SALUD

### CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

Existe un debate no resuelto sobre qué efectos deben considerarse en una evaluación económica en salud y, en concreto, si deben incluirse los efectos sobre la productividad de las opciones evaluadas, que algunos autores denominan “costes indirectos”. Las controversias se extienden a los métodos adecuados para medir y, en su caso, valorar monetariamente dichos efectos e incluso a aspectos más específicos, tales como si en el ACU y en el ACE los efectos sobre la productividad deben incluirse en el numerador o en el denominador de la RCEI. La confusión y falta de consenso en este debate se debe en parte a la ausencia de un marco teórico-conceptual operativo, explícito y universalmente aceptado como referencia. Tal como hemos visto en un apartado anterior, hay de entrada los dos grandes enfoques en liza, bienestarristas frente a extrabienestarristas; pero incluso en cada uno de estos dos campos se da una considerable heterogeneidad metodológica y de principios. Aunque esta es una situación habitual en todos los ámbitos del análisis económico, es lógicamente más acusado en el de la economía normativa, donde el recurso a la evidencia empírica y a la capacidad predictiva como criterio para definir la superioridad de enfoques en liza está muy limitado.

Por esta razón empezaremos este apartado situando las intervenciones sanitarias en el marco teórico explícito del proceso productivo, que algunos autores ya utilizan de forma implícita. Seguiremos con una revisión del concepto de coste en el análisis económico. A continuación identificaremos las posiciones de diversos autores respecto a la definición y categorización de los efectos en el ámbito de la

evaluación económica de intervenciones sanitarias, así como de otros conceptos relacionados, tales como los efectos o consecuencias de las intervenciones sobre la productividad.

El objetivo principal de este ejercicio es hacer recomendaciones a las agencias y decisores que establecen guías metodológicas para las evaluaciones económicas en salud, a fin de que los estudios que se lleven a cabo sean comparables y las decisiones consiguientes aseguren una asignación de recursos coherente y eficiente. En este sentido, las opciones metodológicas adoptadas no deben tener en cuenta tan solo su adecuación teórica: es tanto o más importante que sean viables, es decir, que los autores de estudios puedan tener la información requerida a un coste y en un tiempo razonables y que dichas opciones sean coherentes con los valores y supuestos de las políticas en que se enmarcan las decisiones que los estudios deben ayudar a tomar.

## LAS INTERVENCIONES SANITARIAS COMO PROCESOS PRODUCTIVOS

La teoría microeconómica de la oferta parte del análisis de la unidad de producción y de los conceptos de proceso productivo y función de producción (20), a partir del cual desarrolla el análisis de los costes de producción y se obtiene, finalmente, la oferta de la empresa y la del mercado. En esta sección argumentaremos que conceptualizar una intervención sanitaria como un proceso de producción - de servicios sanitarios o de producción de salud - un modelo de larga y bien establecida tradición en el análisis microeconómico, proporciona un marco conceptual que permite juzgar de forma más lógica y coherente las posiciones y controversias existentes sobre las cuestiones planteadas.

La representación de un proceso productivo es, en última instancia, el de una “caja negra” –como se ilustra en el siguiente **gráfico**- con unos flujos de entrada (insumos

---

(20) La función de producción no es más que una representación algebraica del proceso productivo bajo algunos supuestos, fundamentalmente, el de eficiencia productiva.

o factores de producción) y otros de salida (productos o resultados). Es decir, escribimos y analizamos el proceso por los flujos que entran y salen, ignorando lo que ocurre en el interior del mismo. Si aceptamos que se trata de un proceso material, no simbólico, se desprende que para definir sin ambigüedades los flujos de entrada y salida es necesario delimitar las fronteras físicas y temporales del proceso (21).



En todo caso, no hay una única forma correcta de definir un proceso, pues ello depende de los objetivos del análisis. Caracterizar de forma rigurosa un proceso no es algo obvio: además de delimitar sus fronteras espaciales y temporales hay que definir los dominios y dimensiones en que se medirán los efectos. La delimitación del proceso productivo de servicios sanitarios en el tiempo y en el espacio es una cuestión hasta cierto punto convencional. Definir como intervención o actividad sanitaria la que lleva a cabo una entidad definida legalmente como sanitaria - un hospital o de un centro de atención primaria - utilizando sus activos y el personal contratado por la misma no presenta problemas conceptuales y prácticos distintos a los de cualquier otro servicio; pero el análisis puede complicarse si analizamos actividades tales como la utilización de medicinas alternativas, la automedicación, cambios en la dieta con objetivos de salud o decisiones regulatorias tales como la prohibición de fumar en espacios públicos o la obligación de vacunarse. En las enfermedades agudas la delimitación temporal será posiblemente más clara, pero en las enfermedades crónicas o que dejan secuelas, se podría considerar que el proceso dura toda la vida del sujeto. El análisis se vuelve más complejo si planteamos que el producto de la intervención no es un servicio, sino una mejora en la salud.

---

(21) Para una aportación fundamental a la representación rigurosa de la actividad económica como un proceso productivo, ver Georgescu-Roegen (1971).

**Gráfico 2. La función de producción de servicios sanitarios  
y la función de producción de salud**



Una intervención sanitaria se puede representar como un proceso productivo que convierte recursos económicos o insumos –tiempo de profesionales sanitarios, medicamentos, tiempo de quirófano, tiempo del propio paciente y de sus familiares o de voluntarios, etc.– en servicios de salud (**Gráfico 2**). Si aceptamos, sin embargo,

que el objetivo principal o último de una intervención sanitaria es mejorar la salud de un individuo o de un conjunto de individuos y, en último término, el bienestar social, puede ser más adecuado pensar en las intervenciones sanitarias como procesos de producción de salud, en los que el producto o resultado final (outcome) es la mejora de la salud y los servicios producidos constituyen productos intermedios (throughputs) (22). La producción de servicios de salud es similar a la de cualquier otro tipo de bien o servicio; el gráfico incluye el papel de recursos externos al sector salud, como son el tiempo de los pacientes, familiares o voluntarios. Los productos se pueden identificar como los distintos servicios sanitarios prestados: consultas, intervenciones quirúrgicas, pruebas de laboratorio, etc.

En cambio, la producción de salud la entendemos como un proceso más amplio, que depende no solo de la utilización de recursos y servicios sanitarios, sino también de factores externos al sector salud, incluyendo la utilización de recursos y servicios extra-sanitarios y de factores que caen fuera del control de los centros sanitarios, tal como la edad, el estado de salud antes de que se inicie una intervención, las conductas y hábitos de los individuos, su nivel educativo, etc. La función de producción de salud se concibe como un proceso centrado en el individuo, la familia o la comunidad y no circunscrito, por lo tanto, a la institución sanitaria que desempeña el papel de unidad de producción de servicios. Los resultados del proceso de producción de salud se pueden expresar y medir de distintas formas. Los indicadores de efectividad clínica y las mejoras en el estado de salud – medidas en AVAC u otras medidas genéricas de salud – son formas alternativas de medir los resultados de la producción de salud. En la evaluación de tecnologías en salud (ETS) y en parte también en la evaluación económica es habitual la utilización de indicadores de efectividad clínica: curaciones, fallecimientos, infecciones evitadas, etc. La utilización de una medida genérica de la salud (AVAC, AVAD y similares) que pretende medir el resultado último buscado – la mejora de la salud – se suele considerar más apropiada para la evaluación económica

---

(22) Para una institución sanitaria privada con fin de lucro sería coherente considerar una función de producción de este tipo, en la que basaría sus funciones de ingresos y costes, cuya diferencia (beneficios) intentaría maximizar. Dicha entidad consideraría como inputs todo aquello por lo que debe pagar o le supone un coste y, como output, los productos intermedios en función de los cuales percibe sus ingresos.

que los indicadores de efectividad. Su principal ventaja es que permite comparar el producto de intervenciones de distinta naturaleza y en diferentes ámbitos de la enfermedad, mientras que los indicadores de efectividad son específicos de cada patología y, por tanto, heterogéneos y no comparables.

En la práctica, la primera información disponible sobre los efectos de las intervenciones y tecnologías sanitarias suele ser la efectividad clínica, obtenida idealmente mediante estudios empíricos experimentales. La medida de la ganancia en salud es un constructo desarrollado para ajustarse a las necesidades de la evaluación económica, que se calcula aplicando supuestos y modelos a los indicadores de efectividad obtenidos empíricamente. Por esta razón, aunque se trate de medidas alternativas para medir los resultados de la producción de salud, en el gráfico aparecen de forma secuencial, en primer lugar la efectividad específica y a continuación, el efecto sobre la salud, como concepto más general.

Un proceso de producción de salud puede incluir insumos distintos a los servicios de salud; por ejemplo, cuando un paciente toma baños de sol, consume suplementos alimenticios, realiza ejercicio o hace cambios en la estructura de su hogar, bien sea a iniciativa propia o por prescripción facultativa.

La valoración monetaria de los recursos que requiere la intervención – unidades de recurso utilizadas multiplicadas por su precio de mercado u otro valor monetario – constituye el coste de producción de la intervención sanitaria y del coste de producción de salud. Esto es lo que en el contexto de la evaluación económica se denomina habitualmente “costes directos” de una intervención. Una característica de estos costes es que son imprescindibles para que la intervención se produzca y tenga unos determinados resultados o efectos sobre la salud; es decir, son una causa y no una consecuencia o efecto de la intervención.

Una intervención sanitaria genera diversos tipos de efectos, aparte de la mejora de la salud de los destinatarios de la intervención; los efectos pueden ser positivos y negativos, previstos y no previstos, derivados del cambio del estado de salud o independientes del mismo. Como ejemplo de los efectos negativos no deseados estarían los

posibles efectos adversos (secundarios) de un medicamento sobre la salud del paciente que lo utiliza; o la generación de resistencia bacteriana asociada al uso excesivo de antibióticos, que afectará a otros individuos y que es en principio independiente del efecto positivo o negativo que haya tenido el tratamiento sobre el paciente original. Los efectos negativos implican habitualmente tanto una pérdida de salud, como la utilización de recursos sanitarios para tratar el efecto. La mejora de la salud derivada de una intervención suele aumentar la capacidad de trabajo y de ocio del paciente y la de sus cuidadores, si dicha mejora implica que deberá dedicar menos tiempo a recibir tratamiento, y reduce normalmente la necesidad de cuidados. Por otra parte, la ganancia en salud de un individuo mejorará habitualmente en el futuro su capacidad productiva o la de disfrute de su tiempo libre. Que el individuo decida utilizar la mejora de su salud en una u otra forma puede depender tanto de factores externos – disponibilidad de puestos de trabajo, edad, etc. – como de sus preferencias: unos individuos dedicarán al trabajo el tiempo ganado con mejor salud y otros lo dedicarán al ocio, en función de cómo ello afecte su utilidad o bienestar y de otros factores externos.

Sin duda es posible identificar otros efectos derivados secuencialmente de la variación en el estado de salud original. Así, si un individuo laboralmente activo y ocupado fallece, obviamente deja de producir; esto puede dar lugar a una reducción de la producción de su empresa, aunque es posible que pueda ser reemplazado, con un impacto mayor o menor sobre los costes de producción, en función del grado de especialización de la actividad y de que haya trabajadores desocupados disponibles. En algunos casos será difícil sustituir al trabajador enfermo o fallecido sin reducir la producción y, en todo caso, será necesario invertir recursos adicionales en la capacitación y capacitación de nuevos trabajadores para que puedan ocupar el puesto de trabajo que dejó vacante el fallecido, lo que supondrá un coste para la empresa. Los posibles cambios en el nivel de producción de una empresa como consecuencia de la enfermedad de sus trabajadores modificarán probablemente sus compras a otras empresas y tendrán, por lo tanto, un efecto multiplicador inducido sobre las ventas, la producción y la inversión, etc. de estas últimas.

Pero además del posible impacto sobre la actividad productiva de un individuo los cambios en su estado de salud pueden modificar su consumo de recursos no

sanitarios. Por otra parte, los individuos que vivan más años como consecuencia de una intervención, independientemente de si producen o no en estos años adicionales, consumirán en estos años de vida adicional servicios sanitarios y de otro tipo.

En conclusión, una intervención sanitaria tendrá habitualmente una multitud de efectos en la utilización de recursos para la producción y el consumo, que en último término afectarán al bienestar social; algunos de ellos son recursos utilizados por la propia intervención, mientras que otros efectos estarán causados por o relacionados con el cambio en el estado de salud generado por la intervención. La mayoría de los efectos primarios de una intervención generarán efectos inducidos. Por ejemplo, una intervención quirúrgica, independientemente de su resultado, generará normalmente una actividad económica inducida en forma de familiares y conocidos del paciente que utilizarán servicios de transporte para desplazarse al hospital para visitarlo o cuidarlo, consumirán alimentos, bebidas y bienes en el mismo o irán a cuidarlo posteriormente en su domicilio. En el marco del equilibrio económico general se podría argüir que la variación inicial de la producción o del consumo derivada del cambio inicial en el estado de salud tendrá unos efectos inducidos en la actividad económica hasta que se alcance un nuevo estado de equilibrio, que podrían estimarse mediante el correspondiente multiplicador de la renta. Obviamente, por razones prácticas, al delimitar el proceso de producción de salud para la evaluación económica parece más prudente adoptar un enfoque de equilibrio parcial que ignore la mayor parte de los efectos inducidos por las intervenciones evaluadas y evite el esfuerzo analítico considerable y la cantidad ingente de información empírica y de supuestos que ello exigiría. La alternativa, situar el análisis en un marco de equilibrio parcial, requiere una delimitación convencional de los límites del proceso de producción de salud, que debería ser consensuada y plasmada en las directrices y normas de las correspondientes guías metodológicas.

## EL CONCEPTO DE COSTE EN EL ANÁLISIS ECONÓMICO

En este apartado analizamos el concepto económico de coste, revisando diversas definiciones e interpretaciones, para intentar discernir a continuación en qué medida

los efectos de las intervenciones sanitarias sobre la productividad corresponden a las acepciones más habituales del concepto de “coste” en el análisis económico.

El lego en economía suele creer que el concepto de coste tiene un significado preciso y bien definido y que se refiere a una entidad objetiva. Nada más lejos de la realidad; si se le pregunta a un economista por el coste, por ejemplo, de una consulta médica, es más que probable que responda a su vez con una serie de preguntas que intentan precisar la naturaleza de dicho coste, por ejemplo, ¿el coste para quién?, ¿el coste contable o el coste de oportunidad? “Coste” es un término genérico, que en el lenguaje económico va normalmente acompañado de un adjetivo o atributo - coste medio, coste marginal, coste total, coste fijo, coste variable, coste de oportunidad, coste contable o histórico, coste privado y coste social, coste intangible, etc. - para precisar su significado cuando éste no se desprende inequívocamente del contexto. La comparación de algunas definiciones explícitas que se encuentran en la literatura pone de relieve lo elusivo del concepto, especialmente cuando se le quiere dar un contenido operativo. Así, Lancaster (1971, 16) define el coste de una acción como “el valor de la oportunidad perdida por elegir esta acción en vez de la alternativa” y coste de oportunidad como “el valor de la mejor de todas las alternativas a las que se ha renunciado”. Ferguson (1969, 170), por su parte, afirma, que en el contexto de la teoría de la producción “el costo social de utilizar un conjunto de recursos para producir una unidad del bien X es el número de unidades del bien Y que se deben sacrificar en el proceso”. A este coste lo llama también coste alternativo o de oportunidad; más adelante el autor define los costes implícitos en que incurre un empresario al producir un bien específico, como las sumas que podría ganar en el mejor uso alternativo de su tiempo y de su dinero.

Uno de los análisis más clarificadores del concepto de coste se debe a Buchanan (1969, 42), quien distingue, de entrada, entre coste en la teoría predictiva y coste en la teoría de la elección. El coste en la teoría predictiva sería el valor de mercado del producto alternativo que podría producirse con una reasignación racional de los recursos, mientras que en una teoría de la elección el coste estaría directamente asociado al acto de la elección: el coste es la parte negativa de la decisión, aquello que el que toma la decisión sacrifica - o a lo que renuncia satisfacer - cuando hace

una elección, y consiste en su propia valoración de dicha satisfacción. Ambas definiciones son consistentes con la de coste de oportunidad, pero en la primera el coste se define en la dimensión o espacio de los bienes, mientras que la segunda se encuentra en el espacio de la utilidad.

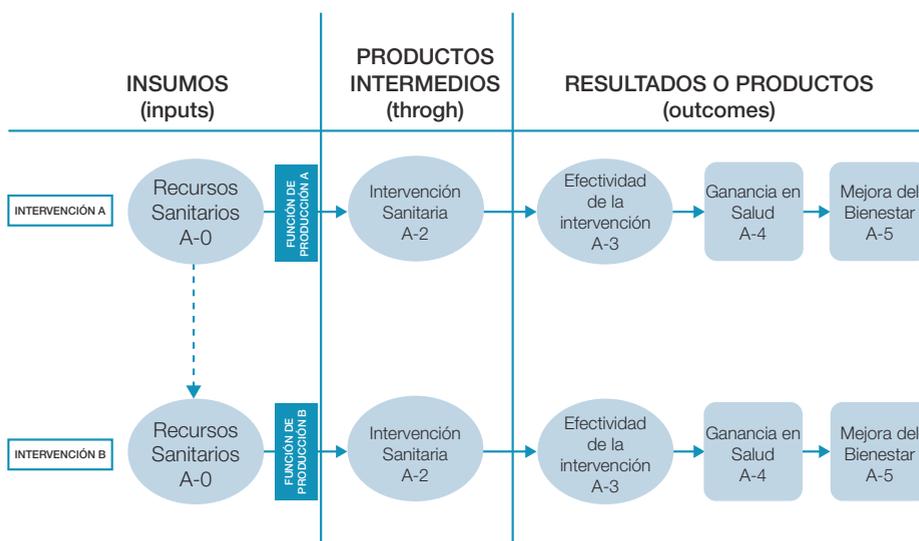
Según Buchanan, en el caso de la teoría de la producción la cuestión es que si se pretende elaborar una teoría positiva con capacidad predictiva y falseable, el coste ha de ser definido objetivamente, es decir, de forma que sea observable. El problema está en los factores intangibles que posiblemente afectan la decisión del empresario, aunque no pueden ser observados. El sujeto puede afirmar su existencia (aunque difícilmente cuantificarlos) y podemos aceptarlos por introspección, aunque es difícil una medición objetiva. Pero si se acepta la existencia de dichos costes intangibles en una teoría, ésta deja de ser falseable en la práctica, ya que siempre se puede argüir que las diferencias entre los costes observados y el comportamiento se debe a la presencia de costes o beneficios intangibles (op.cit., 44).

El autor va un paso más allá y señala las diferentes acepciones que tienen los conceptos de: 1) coste objetivo, 2) coste que influye en la elección y 3) coste influido por la elección. Las acepciones 2) y 3) sitúan el coste en la dimensión de la utilidad, pero sólo 2) corresponde en sentido estricto al concepto de coste de oportunidad. Con todo, la 1) – coste objetivo - refleja en cierta manera las oportunidades perdidas, ya que dicho coste se mide por los desembolsos monetarios de los factores productivos, que en un mercado competitivo se igualan a los valores que los miembros de la sociedad atribuyen a los productos finales alternativos que podrían haber sido producidos con dichos recursos en otros usos. Pero en este caso, las alternativas potenciales son juzgadas por sujetos distintos del que hace la elección.

El coste de oportunidad es un concepto esencial en economía, pues refleja el problema económico de la escasez, es decir, de la limitación de los recursos disponibles por la sociedad en relación a las posibles aplicaciones deseables. En el contexto de la asignación de recursos a actividades sanitarias la idea de coste de oportunidad pone de relieve el principio económico de que desarrollar un programa que beneficia

a un grupo determinado de la población implica no sólo un gasto monetario, sino que otros individuos no podrán recibir unos servicios que también les serían beneficiosos y que implícitamente se les niega. Sin embargo y a pesar de su relevancia, la concreción operativa del concepto de coste de oportunidad no es obvia ni unívoca. Por ejemplo, ¿cómo determinaríamos el coste de oportunidad de la intervención A del **Gráfico 3**, suponiendo que la mejor alternativa a la misma sea la intervención B? Según la definición teórica, sería el beneficio de B, al que debo renunciar si elijo A. Sin embargo, el beneficio de B se puede identificar con distintos efectos: la efectividad, la ganancia en salud o el bienestar que proporciona B, y puede medirse expresarse en distintas unidades: unidades de efectividad, AVAC o unidades monetarias.

**Gráfico 3. El coste de oportunidad de una intervención sanitaria**



**Coste de producción de la intervención A** =  $\Sigma$  Recursos Sanitarios A x Precios Sanitarios.  
**Coste de producción de la intervención B** = Efectividad B-3, Ganancia en Salud B-4 y Mejora del Bienestar B-5 que se puede conseguir aplicando los recursos A-0 a la intervención en B.

En resumen, el concepto de coste de oportunidad es ciertamente relevante para la toma de decisiones y puede ayudar a resolver algunas controversias en evaluación económica. Sin embargo, es un concepto susceptible de diversas interpretaciones y que no se corresponde unívocamente con ningún tipo de recurso económico ni a

ningún efecto del consumo o de la producción, lo que limita su utilidad para abordar algunas de las cuestiones, por ejemplo, para elaborar una tipología de costes.

En la teoría de la empresa o unidad productiva se emplea el concepto de coste de producción, definido como el valor monetario de los recursos o factores productivos utilizados en el proceso de producción de un bien o servicio y que se corresponde con entidades concretas (coste laboral, coste de capital, etc.). Antes de iniciar un proceso productivo el coste de producción estimado equivale al coste de oportunidad para la unidad de producción, pues son recursos de los que se podrá disponer si no se lleva a cabo la actividad productiva. Sin embargo, esto deja de ser cierto cuando se ha iniciado el proceso. Es decir, si se ha invertido en capital fijo o se ha empezado a producir unidades de producto, ya no hay lugar para tomar la decisión anterior. Así, el coste de oportunidad de una unidad del bien ya producido y mantenido en existencias, tiene que ver con su demanda potencial y con el precio que se puede obtener en el mercado, pero no con su coste de producción. Si para un bien no existe ni existirá en el futuro comprador alguno a un precio positivo, el coste de oportunidad de hacer algo con él es simplemente cero.

## EFECTOS, CONSECUENCIAS Y COSTES EN EVALUACIÓN ECONÓMICA

Muchos análisis de evaluación económica en salud parten de un listado convencional de categorías de efectos, que incluyen conceptos como costes, recursos utilizados, beneficios, consecuencias, resultados, efectividad, etc. En algunos casos se adjetivan estos términos para establecer subcategorías: costes directos e indirectos, sanitarios y no sanitarios, tangibles e intangibles, pero no se suelen explicitar los criterios o argumentos para llamarlos de una u otra forma, ni existen categorías estándar reconocidas de forma general.

No es posible en el contexto de este trabajo revisar exhaustivamente todos los conceptos, términos e interpretaciones de los mismos que se encuentran en la literatura, por lo que nos limitaremos a una selección de los autores más citados o que en nuestra opinión aportan argumentos explícitos para sus interpretaciones.

Drummond (1980) afirma que los costes y beneficios de los tratamientos sanitarios se pueden clasificar en a) cambios en la utilización de recursos, b) cambios en la producción, y c) cambios en el estado de salud en sí mismo. Los componentes incluidos en cada categoría son:

- a) Cambios en la utilización de recursos: recursos del sistema de salud, recursos de los pacientes y sus familias (tiempo utilizado en el tratamiento, medicamentos y productos aportados por el hogar, transporte con recursos propios, adaptación del hogar, dietas especiales).
- b) Cambios en la producción: incluye las pérdidas de producción remunerada y no remunerada causadas por la enfermedad.
- c) Cambios en el estado de salud, en sí mismo.

El autor señala que la medida de los cambios puede hacerse mediante índices de salud o en términos monetarios (aplicando el método de la disponibilidad a pagar) y comenta que la medida del estado de salud está todavía en un estado experimental (23).

Drummond et al. (1987), en uno de los manuales de evaluación económica más populares, proponen la división tradicional entre costes directos, costes indirectos (pérdidas de producción) y costes intangibles como inputs al programa de atención de salud y definen los resultados como utilidades (AVAC) o como los beneficios económicos asociados a dichos AVAC: beneficios directos, beneficios indirectos (ganancias de producción) y beneficios intangibles. En los costes indirectos incluyen dos categorías de costes sufragados por los pacientes y sus familiares: las pérdidas de horas de trabajo y los costes psíquicos (ansiedad y dolor). Respecto a las horas de trabajo perdidas, señalan que el paciente puede estar en un estado que le impide trabajar, por lo que el tiempo dedicado al tratamiento no tiene un coste de oportunidad en forma de producción perdida (op.cit., 28). Plantean, finalmente, que la inclusión de las mejoras en la productividad (beneficios indirectos) es objeto de controversia y puede no ser siempre correcto.

---

(23) Cabe señalar que en la época en que se escribió este libro no se había desarrollado todavía el concepto de AVAC.

Drummond et al (1997), en una versión actualizada del anterior manual, definen los costes como los recursos consumidos por el programa de atención de la salud que está siendo evaluado, precisando que se deben incluir no solo los recursos utilizados en el programa inicial, sino también los de la atención continuada.

Por otra parte, dan el nombre de consecuencias a todo lo que “sale” del programa de cuidado de la salud, incluyendo:

- a) Cambios en el estado de salud (que denominan “efectos o resultados”),
  - b) otros tipos de valor creado independientemente de los resultados de salud, por ejemplo, el valor de la información a los pacientes, y
  - c) los cambios en el uso de recursos en los programas de atención de salud.
- (op.cit., 19)

Todos los costes y las consecuencias implican la comparación con una alternativa. Proponen prescindir de términos utilizados en el pasado, tales como directos, indirectos e intangibles (24).

El trabajo del Panel de expertos de los EEUU (Gold et al. 1996) supuso un hito importante en el debate teórico sobre la evaluación económica en salud. En cuanto a los efectos de las intervenciones sobre la salud, el Panel defiende la utilización preferente de los AVAC convencionales o medidas de salud similares, que combinen la duración de la vida con un índice de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Por lo que respecta a los efectos de las intervenciones sobre los recursos desde una perspectiva social, el Panel propone diferenciar entre costes directos y costes de productividad.

Los costes directos incluyen el valor de todos los recursos (bienes, servicios y otros) que se consumen para prestar una intervención, incluyendo el tratamiento de efectos

---

(24) Argumentan que los términos costes directos e indirectos son ambiguos y tienen significados distintos bien establecidos en el análisis económico y en contabilidad. Por otra parte, los efectos intangibles se incorporan en el análisis como consecuencias a través de los AVAC u otras medidas de salud.

secundarios y las consecuencias futuras de la intervención. Los clasifica en a) costes directos de atención sanitaria, b) costes directos no sanitarios (que incluye servicios sociales, el tiempo de familiares y voluntarios, coste adicional de dietas, etc.) y c) costes de tiempo del paciente (tiempo dedicado al transporte, espera y administración necesarios para recibir el tratamiento, pero excluye el valor que le da el paciente a la intervención en sí misma). Plantean que el coste del tiempo del paciente se puede incluir bien en el numerador junto con los costes directos (dándole un valor monetario) o bien en el denominador, en forma de AVAC (años de vida ajustados por calidad), que se restarán, en principio, de los AVAC ganados por la intervención. Sostienen que bajo determinados supuestos ambas opciones darían la misma ordenación por RCEI de los tratamientos, pero por razones prácticas aconsejan poner el coste del tiempo del paciente en términos monetarios en el numerador, aunque aceptan que esta opción también es cuestionable (Gold et al. 1996, 180). Finalmente, señalan que el tiempo que pasa un paciente en una intervención puede tener un efecto positivo o negativo en el estado de salud, en cuyo caso sería necesario proceder a los ajustes necesarios en los AVAC de la intervención (en el denominador de la RCEI), pues el coste del tiempo empleado en el tratamiento incluido en el numerador refleja solo el coste de oportunidad del tiempo empleado en la intervención y no incluye ningún ajuste por lo desagradable que pueda resultar para el paciente.

Los costes de productividad los dividen en a) costes asociados con la pérdida o disminución de la capacidad de trabajar o de llevar a cabo actividades de ocio debido a la morbilidad y b) la productividad económica asociada a la mortalidad. Para los costes de productividad asociados a la morbilidad, adoptan el mismo criterio que para los costes del tiempo del paciente en el tratamiento, es decir, pueden incluirse monetizados en el numerador o como AVAC en el denominador, aunque por razones de consistencia optan por la segunda opción. En cuanto a los costes de productividad asociados a la mortalidad, afirman que están plenamente captados en los AVAC y que añadir la pérdida de productividad monetizada en el numerador supondría una doble contabilización. Así, aunque consideran que es perfectamente legítimo que un analista quiera estimar el posible impacto de una intervención en la productividad, sostienen que los resultados se deberían presentar como una información independiente y no incluirlos en la RCEI.

Respecto a los costes futuros en años de vida ganados por una intervención, pero no relacionados con la misma, el Panel no adopta una recomendación clara, debido a la falta de acuerdo teórico y a las dificultades prácticas para estimarlos.

La conclusión del Panel de expertos de los EEUU (Gold et al. 1996) de que los cambios en la productividad deben ser incluidos en los efectos (consecuencias), es decir, en el denominador de la RCEI y que de hecho ya están incluidos en el cálculo de los AVAC dio lugar a un interesante debate teórico entre los miembros del Panel y el denominado Grupo Erasmus (Brouwer et al. 1997 y Meltzer et al. 1999). Por otra parte, Tilling et al (2010) intentaron aportar evidencia sobre si los AVAC incorporan o pueden incorporar los efectos de productividad.

## EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE INTERVENCIONES SANITARIAS

Una parte importante del debate sobre los costes en evaluación económica se ha centrado en los costes de productividad. Es preciso tener en cuenta que el papel de los efectos sobre la productividad pueden variar en función del tipo concreto de análisis: ACB, ACU, ACE, estudios del coste o la carga de la enfermedad, etc. Dicho papel puede depender también de la perspectiva del análisis, básicamente de si adopta una perspectiva social o bien una perspectiva más limitada, como es la del sistema de salud. Hay que tener en cuenta también si se adopta un enfoque bienestarista o bien extrabienestarista. El análisis de los efectos de la productividad se desarrolló inicialmente en el marco del ACB y de los estudios del coste de la enfermedad, las modalidades iniciales de la evaluación económica. Sin embargo, el debate actual se centra más bien en su uso en el ACU, que se ha convertido en la modalidad de evaluación económica de referencia para la toma de decisiones en salud. Revisamos a continuación las aportaciones más destacadas sobre esta cuestión.

Burton Weisbrod fue uno de los pioneros en la aplicación de la economía a la salud. En una de sus primeras publicaciones, *Economics of Public Health* (Weisbrod, 1968) plantea la conveniencia de que, ante la dificultad de conocer la demanda de salud de la

población, para poder asignar los recursos de forma eficiente el decisor público debería disponer de información sobre los beneficios de los proyectos sanitarios. Para ello cree importante determinar de qué manera la buena o mala salud produce beneficios y pérdidas económicas. En su trabajo se limita a las consideraciones monetarias, aunque reconoce la relevancia de las no-monetarias. Es interesante su comentario respecto a la distinción de costes monetarios y no-monetarios: afirma que no supone una categorización a nivel conceptual, sino tan solo que algunos costes (pérdidas) asociados a una mala salud son muy difíciles de medir en la actualidad. En todo el trabajo Weisbrod utiliza como sinónimos los términos “coste” y “pérdidas”. Cabe señalar que el trabajo en que se inscribe su discusión sobre los costes tiene como objetivo una estimación de las pérdidas o costes (totales) de una enfermedad en un país y periodo de tiempo concretos - EEUU en el año 1954 - y no su utilización en el marco del ACB o del ACU.

Weisbrod distingue las siguientes categorías de coste o pérdidas económicas que son resultado de una mala salud:

1. Las derivadas de la muerte prematura.
2. La pérdida de producción como consecuencia de la enfermedad (incapacidad total o parcial para trabajar).
3. Otros efectos sobre la salud o sobre la futura productividad.
4. El absentismo temporal causado por la enfermedad pueden requerir unos ajustes del proceso productivo, que crean unos costes adicionales a los que soporta el trabajador individual. El absentismo de un trabajador puede afectar la productividad del resto de trabajadores.
5. Alteraciones en la estructura y composición demográfica de la población vía mortalidad.

A todos los costes anteriores derivados de la mala salud, que Weisbrod afirma son inevitables a corto plazo, hay que añadir otros costes que la sociedad puede elegir incurrir con el propósito de reducir la magnitud de los inevitables. A saber:

7. Los costes de detección, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.
8. Intentos de evitar enfermedades, que suponen un coste, por ejemplo, el coste adicional de los cigarrillos con filtro.

Las categorías 1 a 4 corresponden a lo que actualmente se denomina costes o efectos de productividad, mientras que 6 y 7 corresponden a los denominados costes directos. La categoría 5 es difícil de clasificar con los criterios actuales.

En cuanto a la cuantificación de los costes asociados a la mortalidad, Weisbrod afirma que el valor de una persona debe medirse como el valor actual de su producción, neta de su consumo. A nivel práctico sugiere calcular los valores medios de la productividad neta actual por edad y sexo en EEUU, que multiplicados por el número de fallecimientos por edad y sexo causados por cualquier enfermedad nos darían el valor de las pérdidas por este epígrafe. Weisbrod sugiere también cómo estimar las pérdidas de productividad por otras causas: morbilidad (discapacidad temporal), discapacidad permanente y mayor susceptibilidad a otras enfermedades, absentismo, costes de tratamiento y asociados al mismo y costes de evitación (prevención). Cabe señalar que Weisbrod supone la existencia de pleno empleo. Para la medición de los costes o pérdidas de productividad Weisbrod utiliza básicamente el enfoque del capital humano.

La cuantificación – medición y valoración - de los efectos de una intervención sanitaria sobre los recursos se lleva a cabo de forma general utilizando preferentemente los precios de mercado de los recursos implicados. Cuando estos precios no existen o se considera que están distorsionados, se aplican otros métodos de valoración, tal como los costes contables o los precios sombra, que intentan establecer el coste de oportunidad de dichos recursos.

En el caso de los efectos en la salud, la monetización de los efectos es más compleja, dado que no existe un mercado que establezca el precio. Los dos métodos tradicionales propuestos para superar el problema son el llamado enfoque de la productividad o del capital humano y la disposición a pagar, a los que posteriormente se les ha unido el método de los costes de fricción. Todos ellos métodos presentan muchos interrogantes tanto en el plano teórico como empírico.

La teoría del capital humano aparece a mediados del siglo XX con el factor educacional como eje central desde una perspectiva económica de crecimiento. “La creación de diversas entidades internacionales asociadas a la educación (como la

UNESCO) y a la firma de la Declaración de los Derechos Humanos contribuyó también al incremento de la importancia de la educación como actividad propiciadora del bienestar de las personas” (Odrizola 2013, 269). En el ámbito de la salud la hipótesis en que se sustenta este enfoque es que con la muerte o enfermedad de un individuo se suele perder producción, provocando un coste social para el país, con lo cual el valor de la prevención de su fallecimiento será el resultado del valor presente de las ganancias futuras esperadas mientras esté en condiciones de trabajar. Este enfoque no se alinea con la teoría de la economía del bienestar, ya que para la estimación de dichos costes no se toma en cuenta las preferencias ni la disposición a pagar de los individuos y menos aún su bienestar de forma directa. Algunos aspectos controvertidos de este enfoque son, por ejemplo, el hecho de que normalmente toma solo en cuenta la producción del individuo y no su consumo; o que la estimación se vuelve nula cuando se hace referencia a individuos que no se encuentren formalmente en el mercado laboral (amas de casa, tercera edad, etc.) (Ugarte 2011, 2-3).

En el plano empírico las principales discrepancias surgen en el momento de tratar de medir en términos monetarios las pérdidas de productividad y el tiempo perdido, ya que las guías metodológicas y diversos autores solo establecen qué enfoque elegir (si el de capital humano, la disposición a pagar o el de los costes de fricción) y precisan poco en el modo de calcularlos, por lo que existe una gran variedad de formas de aplicarlos en estudios concretos.

Por otra parte, la inclusión de los efectos sobre la productividad puede dar lugar a problemas de equidad, pues supone que no se le da ningún valor al aumento de la supervivencia o de la calidad de vida de los que no trabajan y se valora más la vida de las personas con mayor productividad (ingresos), lo que resulta probablemente contradictorio con los principios de solidaridad y equidad que informan la mayoría de sistemas y políticas de salud. Este enfoque no tiene un fundamento económico claro. Refleja en cierto modo una ideología productivista de que no trabajamos para vivir, sino que vivimos para trabajar, y en consecuencia no tiene sentido dedicar recursos sanitarios a mejorar la salud de los que no pueden o no quieren trabajar.

Una propuesta realmente innovadora en el ámbito de los costes de productividad fue la de los costes de fricción (Koopmanshaap e Ineveld 1992; Koopmanshaap, 1995). Los costos indirectos se definen de forma similar a otros autores como la “pérdida de valor para la sociedad debido a la enfermedad” (ausencia temporal del trabajo, invalidez y mortalidad prematura). Pero este enfoque afirma que el cálculo de los mismos con método del capital humano sobrevalora dichos costes. El método de los costes de fricción es un método de cálculo de los costes de pérdida de productividad que los reduce sustancialmente en comparación con el método del capital humano, ya que este último mide las pérdidas potenciales de productividad, mientras que los costes de fricción se centran en las pérdidas reales que genera la ausencia del paciente y los costes que el empleador asume en su eventual reemplazo. El principal argumento que aportan los partidarios de los costes de fricción es que la enfermedad o muerte de un individuo no implica una reducción de la producción de la empresa igual a la magnitud de la productividad perdida por individuo en cuestión, pues el empresario lo sustituirá por otro que esté desocupado. Los únicos costes reales de productividad serán por tanto los relacionados con esta sustitución: búsqueda, selección y capacitación del sustituto, menor productividad del nuevo trabajador durante el periodo de adaptación el puesto de trabajo, etc. La validez de este enfoque depende del supuesto que existe un cierto nivel de desocupación que permite la sustitución del trabajador enfermo o fallecido por otro que no está trabajando. A pesar de su notable fundamentación teórica y empírica la inclusión de los costes de fricción en los estudios de evaluación económica ha sido muy limitada.

Liljas (1998), en un artículo ampliamente citado en trabajos posteriores, identifica los costes indirectos con las pérdidas de producción de bienes y servicios por los individuos debido a su enfermedad. Siguiendo a van Roijen et al. (1996), considera tres componentes del coste indirecto: 1) ausencia del trabajo remunerado, 2) reducción de la productividad en el trabajo remunerado y 3) reducción de producción no remunerada. Sugiere que 2 categorías serían suficientes agregando 1 y 2 y, a diferencia de Roijen et al., opina que el tiempo de desplazamiento y espera para recibir un tratamiento son costes indirectos. También considera que se dan costes indirectos “... si una persona tuvo que jubilarse o reducir el número de horas trabajadas”.

Afirma, sin entrar en mayor detalle, que el coste social es el coste de la pérdida de la producción menos la valoración que los individuos hacen del aumento del tiempo de ocio. Sugiere finalmente incluir también en los costes indirectos el tiempo utilizado para los que se ocupan de las personas debido a su enfermedad.

El autor critica la postura y recomendaciones del Panel de los EEUU respecto a los costes de productividad y los AVAC; pero aunque afirma que sus propias propuestas son consistente con la teoría del bienestar económico y con la teoría económica, no aporta una mayor concreción de sus argumentos; el artículo está lleno de supuestos introspectivos sobre las valoraciones de los individuos, tal como: “es muy probable que el individuo tome el tiempo de viaje como un coste indirecto” o “el único coste indirecto que el individuo tendrá en cuenta...”

Stone et al (2000) circunscriben explícitamente la discusión a los costes de productividad en el ACU. Dividen los costes de intervención sanitaria en las siguientes categorías (26):

- a) Los costes sanitarios directos: Intervención, hospitalización, consultas externas, atención a largo plazo, otros cuidados de salud.
- b) Costes no sanitarios directos: tiempo de paciente, transporte, tiempo de familiares y cuidadores, servicios sociales.
- c) Costes de productividad: los asociados a la morbilidad y a la mortalidad, los de fricción.
- d) Otros.
- e) Los costes futuros, es decir, el consumo de recursos en años de vida adicionales.

En relación con los costos futuros mencionan que análisis posteriores (Johannesson y Meltzer 1998 y Meltzer 1997) han argumentado que los costes sociales adecuados para incluir en esta categoría son el consumo total de los individuos menos su producción total.

---

(26) Estos autores no utilizan la expresión “costes indirectos”.

En su revisión de la literatura sobre la utilización de los costes de productividad en ACU encontraron que de los 226 estudios seleccionados solamente 18 (8,3%) incluyeron los costos de productividad y 22 (9,6%), el tiempo del paciente.

Krol et al (2013) definen los costes de productividad como “los costos de la pérdida y de la sustitución de la producción remunerada y no remunerada, asociadas con la enfermedad, la invalidez o la muerte de personas productivas”. Distinguen entre el trabajo remunerado y el no remunerado, pero no mencionan explícitamente el tiempo de ocio. Afirman que los costes de productividad deben incluirse si el análisis adopta la perspectiva de la sociedad, que pretende maximizar el bienestar social, pero deben excluirse si la perspectiva es la de quien toma las decisiones de cuidado de la salud, intentando maximizar la salud de una población a partir de un presupuesto determinado para cuidados de salud. En apoyo de sus recomendaciones los autores mezclan argumentos sobre la solidez teórica de una práctica metodológica con otros más pragmáticos basados en su relevancia cuantitativa.

Los autores llevan a cabo una revisión de estudios de revisión de la literatura para determinar qué proporción de estudios incluyen los costes de productividad. Encontraron cinco estudios de revisión que suponían un total de 1695 estudios revisados 191 (11,3%) incluían de alguna forma los costes de productividad; 94 de ellos, prácticamente la mitad, utilizaban el enfoque del capital humano y 18 (9,4%) los costes de fricción.

## PRINCIPALES CONTROVERSIAS PENDIENTES

Parece que existe un consenso creciente en que los costes de productividad no son todos los costes indirectos, y que además es necesario clasificar dentro de los costes de productividad, por un lado, las pérdidas de ingreso por parte del paciente, y por otro, los costes de fricción en los que incurre el empleador (reemplazo, entrenamiento, etc.), así como el efecto multiplicador en el consumo de la sociedad en general (Gold et al. 1996; Brouwer et al. 1997). Sin embargo, muchos autores utilizan todavía la expresión costes (y beneficios) indirectos como sinónimo de efectos sobre

la productividad. Otros plantean que los costes de productividad son solo algunos de los efectos indirectos, que incluirían también cambios en el tiempo libre y en la calidad de vida o los costes de fricción. Finalmente otros prefieren obviar el término indirectos y limitarse a las categorías de costes/efectos directos y costes/efectos de productividad. Por ejemplo, Gold et al. (1996) y Weinstein et al. (1997, 254) sugieren que a los “costes asociados con la productividad perdida y los costes de sustitución debido a la enfermedad, discapacidad o muerte del paciente” se los llame *costes de productividad* mientras que para Brouwer et al. (1997) es mejor llamarlos *costes de productividad perdida* para reducir ambigüedades.

Weinstein et al. (1997) mencionan también que “los costes y consecuencias de una intervención sanitaria pueden incluir el aumento o disminución de (...) la mortalidad, la calidad de vida relacionada con la salud, el tiempo perdido recibiendo servicios sanitarios, la productividad y el disfrute del tiempo libre” (op.cit., 506); por lo tanto, los costes de la productividad perdida son solo una parte de los costes indirectos. Otros autores recomiendan simplemente especificar claramente la terminología utilizada por cada analista para evitar confusiones.

Existen también una discrepancia respecto a en qué parte de la RCEI de un ACU deben incluirse estos costes; Gold et al. (1996) establecen que de todos los costes de la productividad, solo los relacionados con los costes friccionarios deben incluirse (en términos monetarios) en el numerador, es decir, en los insumos, mientras que el deterioro de la productividad y la reducción en los ingresos son efectos relacionados con la salud, por lo tanto están recogidos en los AVAC (denominador). Por otro lado, Weinstein et al. (1997) especifican que en los AVAC solo se reflejan los efectos en salud del paciente, por lo tanto los costes de productividad del empleador y los consumidores deben incluirse en los inputs como costes. Pero Brouwer et al. (1997) consideran que desde una perspectiva de la sociedad todos los costes de productividad deben estar estimados como inputs ya que los efectos en la calidad de vida relacionados con la salud que recogen los AVAC deben estar relacionados con la salud (27),

---

(27) Brouwer et al.(1997) indican que el único efecto de la productividad que se debe considerar como efecto es la perdida de habilidad para trabajar del individuo, que al estar relacionada con su salud, ya está recogida en los AVAC.

no con los ingresos. La justificación es que el efecto final de una intervención sanitaria es maximizar la salud, no el bienestar, que es lo que está relacionado con los ingresos.

## LOS EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD EN LOS DISTINTOS TIPOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

### La productividad en el ACB

En el análisis coste-beneficio se cuantifican todos los flujos relevantes de un proceso productivo – costes y beneficios - en unidades monetarias: en el caso de los factores productivos la valoración monetaria de los mismos no presenta problemas teórico-conceptuales especiales y se acepta habitualmente la utilización de precios de mercado y, si los anteriores no existen o no son apropiados para valorar determinados recursos (si no representan su coste de oportunidad), se aconseja usar costes de producción o precios sombra.

Aunque el método del capital humano se empezó a aplicar en el ACB antes que en otros tipos de evaluación económica, el ACB no exige necesariamente la utilización del enfoque del capital humano para monetizar los efectos en la salud. De hecho algunos autores son más partidarios de medir los efectos sobre la salud en el ACB mediante el enfoque de la disposición a pagar (DAP). Pero igual que en el caso del capital humano, este enfoque permite múltiples modalidades y variantes y tiene sus limitaciones y sesgos. De entrada se puede criticar que dé más peso a las preferencias y necesidades de los individuos con mayores ingresos, aunque este es un aspecto que se puede controlar ajustando los valores de DAP declarados por el ingreso del individuo. Otro problema de este enfoque es determinar sobre qué efecto se ha de pedir a los sujetos que expresen su DAP. En principio se puede pedir la DAP por 1) tener acceso a un determinado tratamiento o servicio, 2) obtener unos beneficios clínicos, tal como prevenir una infección, 3) ganar salud (AVAC), y 4) ganar capacidad productiva y de disfrute de tiempo libre. En cualquier caso, parece difícil que la mayoría de las personas puedan hacer una valoración válida de la DAP por

un beneficio expresado en términos de indicadores de efectividad o de AVAC, ya que no existen mercados para estos beneficios donde los individuos puedan adquirir la experiencia necesaria para valorar lo que pueda ser un precio adecuado.

Aparentemente, la aplicación del método del capital humano en el ACB se inició en la evaluación de intervenciones cuyo principal objetivo no era la salud, pero que sí tenían o podían tener efectos en este ámbito, por ejemplo, elegir entre trazados alternativos de vías de transporte o seleccionar las mejores opciones para la localización de un aeropuerto. En este contexto, valorar los efectos sobre la salud en base al impacto en la productividad constituye posiblemente una posición más sensible a los problemas y objetivos de la salud pública, que ignorarlos totalmente. Actualmente, con el desarrollo de medidas de salud como los AVAC y la posibilidad de utilizar la DAP como instrumento para monetizar los efectos sobre la salud, continuar utilizando el enfoque del capital humano no parece la mejor opción. En todo caso, si se considera relevante valorar la productividad ganada por una intervención sanitaria, parece justificado considerar también el tiempo de ocio ganado.

### **La productividad en el ACU**

El ACE surgió en parte como consecuencia del rechazo de la valoración monetaria explícita de la salud que implica el ACB. Más adelante ha ido adquiriendo mayor relevancia el ACU, que muchos autores consideran una variedad del ACE. Esta evaluación supuso el abandono progresivo de la caracterización de los beneficios de las intervenciones como efectos sobre la productividad y se introdujeron indicadores de efectividad ad hoc (ACE), que con el tiempo han perdido relevancia en favor de los AVAC y otras medidas o índices genéricos de salud (ACU). Al estar los beneficios en una dimensión no monetaria, el concepto de beneficio neto (beneficio menos costes) característico del ACB no es aplicable y los resultados del ACE y ACU pasan a expresarse en un cociente o razón, habitualmente, la razón de coste-efectividad incremental (RCEI).

En principio, podía pensarse que la introducción de una medida específica de la salud en la evaluación económica de intervenciones sanitarias supondría el abandono de

los criticados efectos sobre la productividad. Sin embargo, esto no ha sido así, y tanto en la teoría como en la práctica de la evaluación económica se ha mantenido la división entre partidarios y contrarios a dicha inclusión.

El Panel de Washington (Weinstein, et al., 1996), contrario a la inclusión, argumenta que incluirlos supondría una doble contabilización, pues los AVAC ya captan los efectos de productividad. Pero los partidarios de la inclusión afirman que no está claro que los AVAC consideren dichos efectos, lo que ha generado algunos estudios que intentan clarificar si los individuos que evalúan la calidad de vida con los distintos instrumentos al uso tienen o no en cuenta los efectos sobre la productividad.

A partir de la publicación realizada por el Panel de Washington surgen artículos en los que se debaten las recomendaciones que el Panel plantea respecto al enfoque, la perspectiva y el lugar dónde ubicar estos costes indirectos, especialmente los de la productividad perdida. Se observa que existe un amplio consenso en especificar que los costes de productividad no son todos los costes indirectos, y que dentro de los costes de productividad se debe distinguir entre las pérdidas de ingreso por parte del paciente, los costes friccionarios en los que incurre el empleador (reemplazo, entrenamiento, etc.) y el efecto multiplicador en el consumo de la sociedad en general (Gold et al, 1996; Wiener et al, 1997; Brouwer et al. 1997).

Sin embargo, existen discrepancias respecto a dónde deben incluirse estos costes: Weinstein et al. (1996) establecen que de todos los costes de la productividad, solo los relacionados con los costes friccionarios deben incluirse (en términos monetarios) en el numerador de la RCEI, es decir en los inputs, mientras que el deterioro de la productividad y la reducción en los ingresos son efectos relacionados con la salud, por lo tanto están recogidos en los AVAC (en el denominador). Por otro lado Weinstein et al. (1997) señalan que en los AVAC solo se reflejan los efectos sobre la salud del paciente, por lo tanto los costes de productividad del empleador y los consumidores deben incluirse en los inputs. Brouwer et al (1997) consideran que desde una perspectiva de la sociedad todos los costes de productividad deben estar estimados como inputs ya que los efectos en la calidad de vida relacionados con la salud que

recogen los AVAC deben estar relacionados con la salud (28), no con los ingresos y de acuerdo a ello el efecto final de una intervención sanitaria es maximizar la salud, no el bienestar, que está relacionado con los ingresos.

El debate tiene que ver posiblemente con si la evaluación económica adopta o no una visión consecuencialista (29). La visión consecuencialista, bastante extendida en el análisis económico, implicaría que solo se valora el resultado de un proceso, en cuyo caso la evaluación económica debería optar por uno solo de los niveles de resultados del proceso representado en el Gráfico 2: a) la efectividad de las intervenciones, b) la ganancia en salud o 3) la mejora en capacidad productiva y de disfrute del tiempo libre.

En este marco conceptual parece lógico concluir que incluir en un ACU tanto la variación en salud como los cambios derivados en la productividad constituye probablemente una doble contabilización (30). Además, una de las dos contabilizaciones, la de la productividad, estaría sesgada por el hecho de que el efecto sobre las capacidades del sujeto no considera todo lo que el individuo o la sociedad valoran de la salud, sino tan solo su manifestación productiva, olvidando el disfrute de la vida.

El debate sigue abierto, pero en cualquier caso, parece lógico que si se incluye entre los beneficios el valor de la productividad, debería incluirse también una valoración

---

(28) Brouwer et al. (1997) indican que el único efecto de la productividad que se debe considerar como efecto es la pérdida de habilidad para trabajar del individuo y al estar relacionado con su salud se encuentra recogida en los AVAC.

(29) “El consecuencialismo en su forma más pura y simple es una doctrina moral que establece que una acción correcta (noción maximizadora o de la mejor de las alternativas disponibles) en una situación dada producirá el mejor resultado. (...) Una característica importante del consecuencialismo es que lo que tiene un valor intrínseco es el estado de las cosas, no las acciones, (...) por lo tanto una acción es correcta en virtud de sus propiedades causales en el sentido en que conduzcan a un máximo buen estado de las cosas”; esto es, que determinada acción en el proceso no posee valor, solo el resultado le será útil al individuo. (Scheffler 1988, 22-24).

(30) A menudo los costes y beneficios externos no son más que transferencias de los costes y beneficios internos, que no deberían ser incluidos ya que sería doble contabilización. Por ejemplo la construcción de un ferrocarril que comunique dos ciudades, el incremento del valor de las casas que estén cerca de las estaciones de tren de ambas ciudades puede ser aceptado como una medida del beneficio esperado del ferrocarril. Si esta medida se usa, es importante no incluir como beneficio la reducción de los tiempos de viaje. Hacerlo sería doble contabilización porque estos beneficios se han de capitalizar en valor de los precios (incrementados) de la vivienda (Mishan, 2002).

del tiempo de ocio. Esta afirmación no responde solo a razones de coherencia con los principios de universalidad y equidad de los sistemas de salud, sino también de eficiencia, que exige que una herramienta analítica como la evaluación económica considere y valore como beneficios lo que la sociedad valora como tales.

### **La productividad en el ACE**

En el ACE, igual que el análisis coste-consecuencia y en el de minimización de costes, los efectos sobre la productividad no pueden incorporarse en el denominador de la RCEI, por la propia naturaleza clínica de los indicadores de efectividad. Por lo tanto, si se considera oportuno incorporarlos al análisis, todos los efectos derivados de los cambios de salud distintos al indicador (o indicadores de efectividad) solo pueden agregarse, monetizados, a los costes directos en el numerador.

### **La productividad en los estudios del coste de la enfermedad**

Los estudios del coste (o la carga) de la enfermedad es posiblemente donde más sistemáticamente se utilizan los costes de productividad. Dichos estudios no tienen sin embargo unos objetivos ni una metodología tan clara ni mínimamente consensuada como las evaluaciones económicas completas, por lo que resulta difícil argumentar si y cómo deberían incluirse en los mismos los costes de productividad. Por ejemplo, tal como afirman Drummond et al. (1997), todos los costes y las consecuencias implican la comparación con una alternativa, que no existe en un estudio del coste de la enfermedad, que tampoco puede conceptualizarse como un proceso productivo. Finalmente, dado que los estudios del coste de la enfermedad no están orientados a establecer la superioridad de distintas intervenciones ni permiten en sí mismos justificar una decisión de asignación de recursos, la ausencia de una metodología estandarizada y bien justificada teóricamente, no supone ningún problema relevante.

## 2.6. CONCLUSIONES

En una disciplina normativa es a menudo difícil aportar argumentos basados en la evidencia empírica para las posiciones enfrentadas en una controversia metodológica, especialmente si las divergencias afectan o dependen de juicios de valor. En un contexto bienestarista, de la misma manera que se reconoce la relevancia de la utilidad de proceso, los individuos pueden afirmar que obtienen utilidad/bienestar tanto de la efectividad, como de la ganancia en salud, como de los efectos de esta última en sus capacidades personales y que a cada uno de estos efectos es posible asignarle una utilidad independiente, que deberían, por lo tanto, agregarse para obtener la utilidad total.

En este sentido, parece más pragmático y útil plantear los ACE y ACU en el marco extrabienestarista, es decir, como instrumentos para maximizar la ganancia en salud de la sociedad bajo una restricción presupuestaria o de recursos, más que como un ejercicio de maximización del bienestar.

En cualquier caso, definir de forma operativa el concepto “restricción presupuestaria o de recursos” no es baladí: hay que definir el horizonte temporal de la restricción y a qué conjunto de presupuestos o recursos se refiere: ¿A los presupuestos del sistema de salud público? ¿A los de todas las instituciones sanitarias públicas y privadas del país? ¿Incluiría los de los servicios sociales más o menos relacionados con los servicios de salud? ¿Y los de los hogares? ¿Se incluiría como recursos el tiempo libre de los miembros de los hogares? Todos estos presupuestos financian alguno de los flujos de recursos que hemos denominado costes. Si además quisiéramos incorporar al análisis los costes indirectos, ¿se consideraría que estos recaen en un presupuesto o fondo de recursos? En caso afirmativo, ¿cómo se identificaría y cuantificaría este presupuesto?

Independientemente de cómo se denominen, la cuestión más relevante para determinar la superioridad o eficiencia de las intervenciones u opciones que se comparan en una evaluación económica, es establecer qué efectos deben incluirse y cómo deben cuantificarse aquellos que se incluyan. La conclusión es que la respuesta depende de un conjunto de valores y supuestos sobre los que no es posible decidir con un criterio objetivo basado en la evidencia empírica. Todo lo que puede hacer el análisis económico es poner de relieve los juicios que fundamentan cada posición metodológica y las posibles coherencias o contradicciones lógicas que implican algunas propuestas y posiciones metodológicas.

## 2.7. REFERENCIAS

1. Abel J, Richardson J. Production gains from health care: what should be included in cost effectiveness analyses? 1999; 49.
2. Adang E, Voordijk L, Van Der Wilt GJ, Ament A. Cost-effectiveness analysis in relation to budgetary constraints and reallocative restrictions. *Health Policy (New York)*. 2005; 74(2):146–56.
3. Adler MD. Contingent valuation studies and health policy. *Health Econ Policy Law*. 2010; 5(Pt. 1):123–31.
4. Badía X, Rovira J. *Evaluación Económica de Medicamentos: un instrumento para la toma de decisión en la práctica clínica y política sanitaria*. Luzán 5 SA, editor. Du Pont Pharma; 1994.
5. Baio G, Russo P. A Decision-Theoretic Framework for the application of cost-effectiveness analysis in regulatory process. 2009; 27(8):645–55.
6. Baltussen R, Adam T, Torres TT, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB, et al. *Generalized Cost-Effectiveness Analysis: A Guide*. Geneva: World Health Organization Global Program on Evidence for Health Policy; 2002.
7. Bangman G. *Equity in welfare evaluations*. 2006.
8. Birch S, Donaldson C. Applications of cost-benefit analysis to health care. *Departures from welfare economic theory*. *J Health Econ*. 1987; 6(3):211–25.
9. Birch S, Gafni A. Cost effectiveness/utility analyses. *J Health Econ*. 1992; 11(3):279–96.
10. Brazier J. Valuing health states for use in cost-effectiveness analysis. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(9):769–79.
11. Breyer F. On the welfare theoretic foundation of CEA: Comment. *Eur J Health Econ*. 2010; 11(6):595–6.
12. Brien BJO, Epidemiology C. Analysis of uncertainty in health care cost-effectiveness studies: an introduction to. 2002; 455–69.

13. Brouwer WBF, Culyer AJ, van Exel NJ a, Rutten FFH. Welfarism vs. extra-welfarism. *J Health Econ.* 2008; 27(2):325–38.
14. Brouwer WBF, Koopmanschap M a. On the economic foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your positions! *J Health Econ.* 2000; 19(4): 439–59.
15. Brouwer WBF, Koopmanschap M a., Rutten FFH. Productivity costs in cost-effectiveness analysis: Numerator or denominator: A further discussion. *Health Econ.* 1997; 6(5):511–4.
16. Brouwer WBF, Koopmanschap M a., Rutten FFH. Productivity costs measurement through quality of life? A response to the recommendation of the Washington Panel. *Health Econ.* 1997; 6(3):253–9.
17. Buchanan JM. *Cost and Choice: an inquiry in economic theory.* The Collected Works of James M Buchanan. Indianapolis: Liberty Fund, Inc.; 1963.
18. Bureau of the Budget Circular A-47 water resources, 9 March 1962-26 December 1962 and undated (2 of 2 folders) [Internet]. [Cited 2015 Apr 21]. Available from: <http://www.jfklibrary.org/Asset-Viewer/Archives/JFKWHSFLCW-013-002.aspx>
19. Caplow T, Hicks L, Wattenberg BJ. *The First Measured Century: An Illustrated Guide to Trends in America, 1900-2000* [Internet]. American Enterprise Institute; 2001 [cited 2015 Apr 27]. 308 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=ph1UKg3y0NUC&pgis=1>
20. Chalfin DB. Cost-effectiveness analysis in health care. *Hosp Cost Manag Account.* 1995; 7(4):1–8.
21. Coast J. Maximisation in extra-welfarism: A critique of the current position in health economics. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009 Sep [cited 2015 Apr 1]; 69(5):786–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19608321>
22. Cohen DR, Patel N. The potential to forgo social welfare gains through overreliance on cost effectiveness/cost utility analyses in the evidence base for public health. *J Environ Public Health.* 2009; 2009.
23. Cohen GA. Equality of What? On Welfare, Goods, and Capabilities. In: Nussbaum MC, Sen A, editors. *The Quality of Life.* Oxford: Clarendon Press; 1993.
24. Costs I, Adaptation P. Centre for Health Economics Centre for Health Economics Neglected Equity Issues in Cost Direct and Indirect Costs, the Preservation of Hope, 2005;2005(8).

25. Culyer A, Newhouse J. Handbook of health economics. 2000; Available from: [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=FQCgXj\\_Ho\\_YC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Handbook+of+health+economics&ots=fgsk5RiO\\_O&sig=bGIDuQTyZGN7le8CZxZQR9gyYwU](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=FQCgXj_Ho_YC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Handbook+of+health+economics&ots=fgsk5RiO_O&sig=bGIDuQTyZGN7le8CZxZQR9gyYwU)
26. Dasgupta AK, Pearce DW. Cost-Benefit Analysis: theory and practice [Internet]. London: Macmillan; 1978 [cited 2015 Apr 1]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1140207~S23\\*spl](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1140207~S23*spl)
27. Davidson T, Levin L-A. Do individuals consider expected income when valuing health states? *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(4):488–94.
28. De Pouvourville G. A French approach to cost-effectiveness analysis? *Eur J Heal Econ*. 2010; 11(6):521–3.
29. Dilla & Sacristan coordinadores. Evaluación Económica de Intervenciones Sanitarias Coordinadores: Evaluación Económica de Intervenciones. 2006. 319 p.
30. Dolan P, Edlin R. Is it really possible to build a bridge between cost-benefit analysis and cost-effectiveness analysis? *J Health Econ*. 2002; 21(5):827–43.
31. Drummond M. Principles of economic appraisal in health care. Oxford University Press, 1980.
32. Drummond M, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, 1987.
33. Drummond M, Brien B, Stoddart G, Torrance GW. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Second Edition. Oxford University Press; 1997.
34. Eddy DM. Análisis coste-efectividad: toma de decisiones clínicas: de la teoría a la práctica [Internet]. London: Haymarket; 1993 [cited 2015 Apr 1]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b2513896~S23\\*spl](http://ccuc.cbuc.cat/record=b2513896~S23*spl)
35. Ekelund RBJ. Jules Dupuit and the Early Theory of Marginal Cost Pricing. *J Polit Econ* [Internet]. [Cited 2015 Apr 7]; 76(3):462–71. Available from: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1829307?sid=21105913696891&uid=2ui=3&uid=391300371&uid=391300361&uid=3737952&uid=70&uid=2134&uid=60>
36. Ernst R. Indirect costs and cost-effectiveness analysis. *Value Heal* [Internet]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR); 2006; 9(4):253–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4733.2006.00114.x>

37. Ferguson C. Teoría Microeconómica. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1971.
38. Ferguson CE, Kreps JM. Principios de economía [Internet]. México: UTEHA; 1967 [Cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1143470~S23\\*sp](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1143470~S23*sp)
39. Flood Control Act [Internet]. Estados Unidos; 1936. Available from: <http://www.legisworks.org/congress/74/publaw-738.pdf>
40. Frey B, Benz M, Stutzer A. Introducing Procedural Utility: Not only What, but also How Matters [Internet]. Zurich; 2003 [cited 2015 Apr 27]. Report No.: 2003-02. Available from: <http://www.crema-research.ch/papers/2003-02.pdf>
41. Georgescu-Roegen N. Georgescu-Roegen the Entropy Law and the Economic Process. Harvard University Press, 1971.
42. Garber AM, J CEP. Economic foundations of cost-effectiveness analysis. J Health Econ.1997; 16:1–31.
43. Garber AM, Phelps CE. Economics Foundations of Cost-Effectiveness Analysis. National Bureau of Economic Research, 1995.
44. García-Altés A. Essays on health capital and the efficiency of health care. Medicina (B Aires). 2008.
45. Goddard M, Hauck K, Smith PC. Priority setting in health - a political economy perspective. Health Econ Policy Law. 2006; 1(Pt. 1):79–90.
46. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-Effectiveness in Health and Medicine. Oxford University Press, 1996.
47. Gold M, Stevenson D, Fryback D. HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health. Annu Rev Public Heal [Internet]. 2002 [cited 2015 Apr 13]; ( 23):115–34. Available from: [http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Gold\\_ARPH\\_2002-2126427394/Gold\\_ARPH\\_2002.pdf](http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Gold_ARPH_2002-2126427394/Gold_ARPH_2002.pdf)
48. Graaff J de V. Teoría de la economía del bienestar [Internet]. Buenos Aires: Amorrortu; 1967 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1146574~S23\\*sp](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1146574~S23*sp)
49. Guess G, Farham P. Cases in Public Policy Analysis | Georgetown University Press [Internet]. Second Edi. Georgetown: Georgetown University Press; 2000 [cited 2015 Apr 9]. Available from: <http://press.georgetown.edu/book/georgetown/cases-public-policy-analysis>

50. Guru S. New Welfare Economics: Compensation Principle (With Diagram) [Internet]. [Cited 2015 Apr 27]. Available from: <http://www.yourarticlelibrary.com/economics/new-welfare-economics-compensation-principle-with-diagram/37588/>
51. Guru S. The Concept of Social Welfare Propounded by A. Bergson [Internet]. [Cited 2015 Apr 27]. Available from: <http://www.yourarticlelibrary.com/economics/the-concept-of-social-welfare-propounded-by-a-bergson/37642/>
52. Hansen BO. Production Gains in Cost-Effectiveness Analysis - a Welfare-Theoretical Approach. 2000.
53. Hardwick P, Khan B, Langmead J. An Introduction to modern economics [Internet]. London [etc.]: Longman; 1994 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1723985~S23\\*sp](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1723985~S23*sp)
54. Health P, Complete M. Estimating 'Costs' for Cost-Effectiveness Analysis. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(9):745–51.
55. Helmchen L a, Lo Sasso AT. How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics. *Health Econ*. 2010; 19(11):1300–17.
56. Hjelmgren J, Berggren F, Andersson F. Health Economic Guidelines—Similarities, Differences and Some Implications. *Value Heal* [Internet]. 2001 May [cited 2015 Apr 8]; 4(3):225–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11705185>
57. Hoch JS, Dewa CS. A clinician's guide to correct cost-effectiveness analysis: Think incremental not average. *Can J Psychiatry*. 2008; 53(4):267–74.
58. Ioannidis JP a, Garber AM. Individualized cost-effectiveness analysis. *PLoS Med*. 2011; 8(7):1–6.
59. John-Baptiste A a., Bell C. A glimpse into the black box of cost-effectiveness analyses. *Cmaj*. 2011; 183(6):307–9.
60. Karayalcin C, Markets S, Costs A, Series N, Suntory T. The Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines. *Polit Sci* [Internet]. 2009; 63(252):599610. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2554998>
61. Klarman H, Francis J, Rosenthal G. Cost-Effectiveness Analysis Applied to the Treatment of Chronic Renal Disease. *Med Care* [Internet]. 1968 [cited 2015 Apr 13]; 6(Ene-Feb):48–54. Available from: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3762651?uid=2134&uid=3737952&uid=391300371&uid=2&uid=70&uid=3&ui=391300361&uid=60&sid=21105984066171>

62. Koopmanschap M a, van Ineveld BM. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc Sci Med.* 1992; 34(9):1005–10.
63. Koopmanschap MA, Rutten FF, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *J Health Econ* [Internet]. 1995 Jun [cited 2015 Apr 29]; 14(2):171–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10154656>
64. Krol M, Brouwer W, Rutten F. Productivity costs in economic evaluations: Past, present, future. *Pharmacoeconomics.* 2013; 31(7):537–49.
65. Lancaster K. *Introducción a la Microeconomía Moderna.* Barcelona: Bosh; 1971.
66. Lee RH. Future costs in cost effectiveness analysis. *J Health Econ.* 2008; 27(4):809–18.
67. Liljas B, Lindgren B. On individual preferences and aggregation in economic evaluation in healthcare. *Pharmacoeconomics.* 2001; 19(4):323–35.
68. Liljas B. Cost-effectiveness analysis, welfare economics, and the societal perspective: A reply. *Eur J Heal Econ.* 2010; 11(6):597–8.
69. Liljas B. How to Calculate Indirect Costs in Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 1998 [cited 2015 Apr 29]; 13(1):1–7. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00019053-199813010-00001>
70. Liljas B. How to calculate indirect costs in economic evaluations. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 1998 Jan [cited 2015 Apr 1]; 13(1 Pt. 1):1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10175982>
71. Liljas B. On the welfare theoretic foundation of cost-effectiveness analysis-the case when survival is not affected. *Eur J Heal Econ.* 2010; 11(1):5–13.
72. López JM, De Paz S. Más allá de la utilidad esperada: una introducción a la utilidad del proceso [Internet]. [Cited 2015 Apr 27]. Available from: [http://www.uv.es/asepuma/XIII/comunica/comunica\\_11.pdf](http://www.uv.es/asepuma/XIII/comunica/comunica_11.pdf)
73. Mandelblatt JS, Fryback DG, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR, Medicine. Assessing the Effectiveness of Health Interventions for Cost-Effectiveness Analysis. *J Gen Intern Med.* 1997; 12(9):551–8.
74. Mas-Colell A, Whinston MD, Green JR. *Microeconomic theory* [Internet]. New York (N.Y.) [etc.] : Oxford University Press; 1995 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1656071~S23\\*spi](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1656071~S23*spi)

75. McCabe C, Claxton K, O'Hagan A. Why licensing authorities need to consider the net value of new drugs in assigning review priorities: addressing the tension between licensing and reimbursement. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008; 24(2):140–5.
76. McGhan WF, Al M, Doshi JA, Kamae I, Marx SE, Rindress D. The ISPOR Good Practices for Quality Improvement of Cost-Effectiveness Research Task Force Report. *Value Health [Internet]*. Jan [cited 2015 Apr 8]; 12(8):1086–99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19744291>
77. Meltzer D, Johannesson M. Inconsistencies in the “societal perspective” on costs of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. *Med Decis Making*. 1999; 19(4):371–7.
78. Menzel P, Gold MR, Nord E, Pinto-Prades JL, Richardson J, Ubel P. Toward a broader view of values in cost-effectiveness analysis of health. *Hastings Cent Rep*. 1999; 29(3):7–15.
79. Mishan EJ. Introduction to political economy [Internet]. London [etc.]: Hutchinson; 1982 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b2514629~S23\\*spi](http://ccuc.cbuc.cat/record=b2514629~S23*spi)
80. MISHAN EJ. On The Conceptual Underpinning of a Cost-Benefit Analysis. *Singapore Econ Rev [Internet]*. 2002 Apr 21 [cited 2015 Apr 28]; 47(01):1–16. Available from: <http://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/S0217590802000468>
81. Musgrave RA. *The Economics of Public Finance*. New York: McGraw-Hill; 1959.
82. Nicholson W. *Microeconomía intermedia y sus aplicaciones [Internet]*. Bogotá [etc.]: McGraw-Hill; 2001 [cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b2681661~S23\\*spi](http://ccuc.cbuc.cat/record=b2681661~S23*spi)
83. Nyborg K. Project evaluation with democratic decision-making: What does cost-benefit analysis really measure? *Ecol Econ [Internet]*. Elsevier B.V.; 2014; 106:124–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecolecon.2014.07.009>
84. Odriozola S. Una propuesta alternativa a la concepción del llamado capital humano. *Textos y Context*. 2013; 12(2):265–80.
85. Pigou AC. *The Economics of welfare*. London: Macmillan; 1920.
86. *Proposed Practices for Economic Analysis of River Basin Projects (Green Book)*. Washington; 1950.

87. Quade ES. A History of Cost-Effectiveness [Internet]. Santa Monica: The Rand Corporation; 1971. p. 1–22. Available from: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/papers/2006/P4557.pdf>
88. Quah E, Toh R. Cost-Benefit Analysis: Cases and Materials [Internet]. Routledge; 2011 [cited 2015 Apr 9]. 192 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=LHmpAgAAQBAJ&pgis=1>
89. Quirk JP, Saposnik R. Introducción a la teoría del equilibrio general y a la economía del bienestar [Internet]. Barcelona: Bosch; 1972 [Cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1159282~S23\\*spi](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1159282~S23*spi)
90. Radomysler A. El equilibrio de la evaluación y el óptimo de Pareto. Ensayos sobre la economía del bienestar. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1974. p. 110–26.
91. Robberstad B. QALY vs DALY vs LYs gained: What are the difference, and what difference do they make for health care priority setting? *Nor Epidemiol.* 2005; 15(2):183–91.
92. Robbins L. An Essay on the nature and significance of Economic Science [Internet]. London: MacMillan and Co., Limited; 1932 [cited 2015 Apr 21]. Available from: [https://mises.org/sites/default/files/Essay on the Nature and Significance of Economic Science\\_2.pdf](https://mises.org/sites/default/files/Essay on the Nature and Significance of Economic Science_2.pdf)
93. Scheffler S. Consequentialism and Its Critics [Internet]. Oxford University Press; 1988 [cited 2015 Apr 28]. 294 p. Available from: <http://books.google.com/books?id=QTucAQAAQBAJ&pgis=1>
94. Schwalm A, Danner M, Seidl A, Volz F, Dintsios CM, Gerber A. Wo steht die Kosten-Nutzen-Bewertung des IQWiG. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* [Internet]. 2010 May 8 [cited 2015 Apr 8]; 53(6):615–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20449550>
95. Scitovsky T. Ensayos sobre bienestar y crecimiento [Internet]. Madrid: Tecnos; 1970 [Cited 2015 Mar 31]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1256550~S23\\*spi](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1256550~S23*spi)
96. Sculpher M, Claxton K. Real economics needs to reflect real decisions: A response to Johnson. *Pharmacoeconomics.* 2012; 30(2):133–6.
97. Sen A. On Wights and Measures: Informational Constraints in Social Welfare Analysis. *Econometrica* [Internet]. 1977 [cited 2015 Apr 12]; 45(7):1539–72. Available from: [http://darp.lse.ac.uk/papersdb/Sen\\_%28Econometrica\\_77a%29.pdf](http://darp.lse.ac.uk/papersdb/Sen_%28Econometrica_77a%29.pdf)

98. Shewhart W. *Statistical Method from the Viewpoint of Quality Control* Dover Books on Mathematics: Amazon. Washington: The Graduate School, the Department of Agriculture; 1939.
99. Siderowf A. Bridging the credibility gap in cost effectiveness analysis. *Mov Disord*. 2014; 29(2):164–5.
100. Simoens S. Health economic assessment: A methodological primer. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6(12):2950–66.
101. Sinden A, Kysar D a., Driesen DM. Cost-benefit analysis: New foundations on shifting sand. *Regul Gov [Internet]*. 2009; 3(1):48–71. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1748-5991.2009.01044.x>
102. Stone PW, Chapman RH, Sandberg E a, Liljas B, Neumann PJ. Measuring costs in cost-utility analyses. Variations in the literature. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000; 16(1):111–24.
103. Sugden R, Williams A. *The Principles of practical cost-benefit analysis [Internet]*. Oxford [etc.]: Oxford University Press; 1978 [cited 2015 Apr 1]. Available from: [http://ccuc.cbuc.cat/record=b1163731~S23\\*sp](http://ccuc.cbuc.cat/record=b1163731~S23*sp)
104. Tarricone R. Cost-of-illness analysis. What room in health economics? *Health Policy (New York)*. 2006; 77(1):51–63.
105. Tilling C, Krol M, Tsuchiya A, Brazier J, Van Exel J, Brouwer W. Does the EQ-5D reflect lost earnings? *Pharmacoeconomics*. 2012; 30(1):47–61.
106. Tobin J. On limiting the domain of inequality. *J Law Econ*. 1970; (13): 263–77.
107. Ugarte P, Britos F. Estimación de los costos sociales por fallecimiento prematuro en Chile a través del enfoque de capital humano. 2011.
108. Weinstein M, Skinner J. Comparative Effectiveness and Health Care Spending - Implications for Reform. *N Engl J Med [Internet]*. 2010; 362(5):460–5. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=ovftk&NEWS=N&AN=00006024-201002040-00021>
109. Weinstein MC, Siegel JE, Garber a. M, Lipscomb J, Luce BR, Manning W.G. J, et al. Productivity costs, time costs and health-related quality of life: A response to the Erasmus group. *Health Econ*. 1997; 6(5):505–10.
110. Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-effectiveness in Health and Medicine. *JAMA*

- [Internet]. 1996 Oct 16 [cited 2015 Mar 19]; 276(15):1253–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8849754>
111. Weisbrod B. The Economics of Public Health. University of Pennsylvania Press, 1968.
112. World Development Report 1993: Investing in health [Internet]. New York: Oxford University Press; 1993 [cited 2015 Apr 13]. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/0-1952-0890-0>

# 3

## CONSULTA A EXPERTOS



## OBJETIVO

El objetivo específico de esta parte del trabajo es complementar, mediante una encuesta por cuestionario - y en algunos casos, entrevistas - a expertos, los resultados de la revisión y análisis de la literatura sobre la contabilización del tiempo de pacientes y cuidadores y de los efectos sobre la productividad en los estudios de evaluación económica en salud, con especial referencia al Análisis Coste Utilidad.

Con ello se pretendía abrir el tema al análisis, crítica y perspectivas de un grupo multidisciplinar y heterogéneo de expertos en evaluación económica en salud, a los que se les invitó a leer y comentar una versión preliminar del informe y a cumplimentar una encuesta, cuyo cuestionario fue elaborado por consenso entre Joan Rovira y Juan del Llano (Ver cuestionario en el Anexo A). Las preguntas del cuestionario hacen referencia a la consideración de los efectos sobre la productividad en la evaluación económica en salud y a otros temas directamente relacionados con el anterior, tal como la consideración y valoración del tiempo de los pacientes y cuidadores en las intervenciones y el papel de los valores e ideologías en la adopción de las diversas posiciones metodológicas.

Aunque se intentó que el grupo de participantes fuese heterogéneo en cuanto a formación y posiciones, no se puede afirmar que constituya una muestra representativa de la población relevante. En este sentido, no se pretende tampoco que los resultados cuantitativos que se presentan de las respuestas a algunas de las preguntas – cuántos autores o encuestados asumen una u otra posición – tengan una especial relevancia más allá de sugerir que existe un cierto consenso en algunos puntos. El enfoque del análisis es esencialmente cualitativo. En esta línea, en la introducción al cuestionario se indicaba que “Estamos especialmente interesados en las razones y argumentos teóricos y prácticos, más que en las respuestas en sí mismas. Agradeceremos

referencias relevantes de los propios encuestados o de otros autores que apoyen los argumentos aportados.” Creemos que una buena justificación de una postura tiene más interés para este informe que el número de encuestados que la comparten.

## PARTICIPANTES

Se invitó a participar a 20 expertos del mundo académico y profesional. 15 de ellos aceptaron y se les envió el informe previo y el cuestionario. Los cuestionarios cumplimentados se recibieron entre los meses de julio a octubre de 2015. Los participantes en la encuesta fueron:

Ana Clopés (AC). Jefa de Servicio de Farmacia Hospitalaria del Instituto Catalán de Oncología (ICO).

Alvaro Hidalgo (AH). Profesor titular de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad de Castilla La Mancha y Director del Seminario de Investigación en Economía y Salud.

Félix Lobo (FL). Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Carlos III de Madrid y Director del Seminario de estudios Flores de Lemus sobre Política Farmacéutica.

Indalecio Corugedo (IC). Catedrático Emérito Complutense con línea de investigación referida a la Microeconomía aplicada a la Sanidad. MSc por la London School of Economics. Vice-Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Iñaki Imaz Iglesia (II). Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Salud Pública. Científico Titular de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad. Ha participado en numerosas investigaciones en el área de la evaluación de intervenciones sanitarias tanto de ámbito nacional como internacional.

José Asua (JA). Jefe del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Osteba, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Juan Carlos Bayón (JCB). Economista investigador del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Osteba, Departamento de Salud, Gobierno Vasco.

Juan Cabasés (JC). Catedrático de Economía, Universidad Pública de Navarra.

Jaume Puig (JP). Profesor Titular del Departamento de Economía de la Universidad Pompeu Fabra y Director Académico del Máster de Economía del Medicamento de la BSM de la UPF.

Laura Vallejo (LV). Analista de ETS del Servicio Canario de Salud.

María Reyes Lorente (MR). Profesora Titular de Análisis Económico de la Universidad de La Rioja.

Marta Trapero (MT). Profesora de Economía de la Universidad Internacional de Cataluña e Investigadora de la Universidad Pompeu Fabra y de la Universidad de Castilla La Mancha.

Pedro Gómez (PG). Secretario General de la Organización Nacional de Trasplantes, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.

Ricard Meneu (RM). Jefe de Servicio de Concesiones de la Consejería de Sanidad Universal de la Generalidad de Valencia.

Vicente Ortún (VO). Investigador principal del Centre de Recerca en Economia i Salut i Profesor del Departamento de Economía y Empresa, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Salvador Peiró (SP). Subdirector General de Investigación, Acreditación y Evaluación de la Consejería de Sanidad Universal de la Generalidad de Valencia.

La revisión de los cuestionarios y la elaboración del informe estuvieron a cargo de Joan Rovira. Juan del Llano contribuyó a la revisión del documento antes de reenviarlo a los expertos para que pudiesen matizar, completar lo que estimaran oportuno.

En la sección de Resultados que sigue se presenta un resumen de las respuestas de los encuestados a cada pregunta. La autoría de las respuestas se indica por medio de las iniciales correspondientes. Las citas literales se resaltan mediante letra cursiva. Los comentarios y opiniones del autor se presentan en la sección posterior de Comentarios y Conclusiones.

## RESULTADOS

### 1. Tiempo del paciente en una intervención

La primera pregunta planteaba si, en el contexto del Análisis Coste Utilidad (ACU) y desde una perspectiva social, debe incluirse el tiempo utilizado por los pacientes para recibir las intervenciones; la mayoría de las respuestas (12/15) fueron afirmativas (AC, AH, FL, IC, II, JA-JCB, JC, JP, LV, MT, PG, VO).

AH lo justifica así: *“...el tiempo utilizado por el paciente es un elemento relevante y por tanto debe ser valorado económicamente como un coste más. En este sentido, deberían contabilizarse todos los tiempos que soporta el paciente, ya que reflejan el coste de oportunidad que implica recibir atención sanitaria.”*

Varios encuestados indican que la inclusión de la productividad solo tiene sentido si se adopta una perspectiva social. LV, por ejemplo, acepta que el tiempo del paciente sea tenido en cuenta si se adopta una perspectiva social, pero cuestiona la pertinencia de esta última frente a la perspectiva del decisor cuando se utiliza la evaluación económica a efectos de asignar un presupuesto sanitario; en este caso cree que hay que limitar los costes a los que recaen sobre el sistema sanitario; en las preguntas que siguen extiende este juicio al tiempo de los cuidadores no retribuidos y a otros efectos de la intervención: todos ellos se deberían presentar al decisor tan solo como

información adicional o suplementaria. Sin embargo, JC recuerda que *“el ACU puede estar fundado estrictamente en la economía del bienestar (ACB) o responder a un análisis desde la perspectiva del planificador que busca maximizar la salud de una población con recursos limitados, ... lo que se conoce como extrabienestarismo. La noción de recursos, sin embargo, ha de ser lo más amplia posible en una perspectiva social. El tiempo empleado por pacientes (y familiares) para acudir y recibir asistencia es un recurso más y, por tanto, los cambios en el uso de este recurso al comparar alternativas deberían ser considerados”*. Esta interpretación supone que la alternativa perspectiva social frente a perspectiva del decisor (o del sistema sanitario) no coincide necesariamente con la alternativa bienestarismo frente a extrabienestarismo.

Hay tres respuestas negativas: MR opina que el tiempo de los pacientes solo debe incluirse en el caso de que el estudio esté focalizado en una decisión dentro de un contexto laboral, pero no en otros contextos. SP cree que no debe incluirse dicho tiempo, pues ya está incorporado en las valoraciones de los estados de salud y supondría una doble contabilización. RM tampoco considera recomendable su inclusión por *“resultar escasamente relevante y altamente confundente, dada la escasa homogeneidad de este empleo”*, así como a la elevada variabilidad que presenta este tiempo entre pacientes de un mismo tratamiento.

## 2. Categorías de uso del tiempo del paciente

La segunda pregunta profundizaba en la anterior, planteando la conveniencia de incluir diversas categorías o formas de utilización del tiempo por el paciente, concretamente, el tiempo de transporte, el de espera e intervención, así como el tiempo desde el inicio de la intervención hasta recibir el alta médica y otros. Los encuestados que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior, incluyeron en general todas las causas indicadas. Algunos encuestados difieren, sin embargo, en mayor o menor medida de la posición mayoritaria: JA-JCB limitan la inclusión a los tiempos de transporte y de espera. Respecto al tiempo transcurrido desde la intervención hasta el alta médica JC matiza que *“el criterio de valoración monetaria del mismo pueda ser diferente al de los anteriores. Es un tiempo gestionado por el paciente y familiares, que puede ser destinado a actividades alternativas al trabajo que pueden*

*derivar utilidad*". FL indica que en el caso del tiempo desde la intervención al alta médica, solo se debe incluir en el caso de que se pierda para actividades alternativas, como trabajar u ocio.

### 3. Tiempo de familiares y cuidadores voluntarios/no retribuidos

Aproximadamente una tercera parte de los encuestados considera que se debe incluir el tiempo de los familiares y cuidadores voluntarios/no retribuidos en los costes de un ACU; sin embargo, algunos introducen matizaciones; por ejemplo, se condiciona la inclusión de dichos efectos a que tengan una magnitud relevante (AC); se indican también las dificultades metodológicas (JC) y prácticas (II) de cuantificar este recurso. JC afirma que *"Las cuestiones metodológicas en este caso son qué tiempo considerar, qué actividades y cómo medirlas y qué valoración monetaria aplicar."* Cita como ejemplo un estudio sobre cuidados informales en el que se consideraron los siguientes tipos de actividad para pacientes con dependencia funcional tras un ictus: *"Actividades en la comunidad, actividades del hogar y actividades del cuidado personal"*. La medida de las actividades se obtuvo mediante un cuestionario a los cuidadores principales validado internacionalmente. Otro estudio de evaluación de un centro de día psicogeriátrico (Artaso, Cabasés y Martín, 2002) utilizó un diario para el registro de las actividades de los cuidados informales no retribuidos.

MT los incluiría *"especialmente en el contexto de enfermedades crónicas que vivimos y viviremos en el futuro con una pirámide de población invertida. Muchas de estas enfermedades generan costes a las familias o cuidadores voluntarios que acaban repercutiendo en su trabajo y en su salud. Estos cuidados voluntarios afectan el riesgo de que estos familiares consuman recursos sanitarios en el futuro. Por tanto, es importante tener en cuenta estos costes para ahorrar a largo plazo (31)".*

---

#### (31) Referencias:

[http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia\\_publica/2011\\_11Julio.pdf](http://www.ief.es/documentos/investigacion/seminarios/economia_publica/2011_11Julio.pdf)  
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456Zl93252&id=93252>  
<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEUQFjAEahUKEwiQmsmeuO7GAhWI6RQKH5jBJM&url=http%3A%2F%2Fwww.gacetasanitaria.org%2Fes%2Fpdf%2F0213911111002986%2F300%2F&ei=RmSvZDFIjTU67GkZgJ&usq=AFQjCNEAc8kJDsZagw7kzOLjD3-O6dlvSA>

Algunos encuestados restringen la inclusión al cumplimiento de determinadas condiciones. AH: *“Siempre y cuando sea un tiempo debido a la imposibilidad del paciente de ser autónomo. Es decir, el tiempo de un padre o una madre en el caso de los hijos o el de un hijo o una hija en el caso de sus ascendientes con incapacidad de valerse por sí mismo y sin ayuda de otro conyugue o pareja. Es decir, se debería incluir el tiempo únicamente del cuidador principal.”* Según MR *“en determinadas circunstancias... se requiere obligatoriamente de un apoyo asistencial que no es sufragado por los servicios sanitarios y que realizan familiares o cuidadores voluntarios/no retribuidos y que, por lo tanto, se ha de considerar en la medida de que el servicio prestado puede pseudo-equipararse al que prestarían los servicios sanitarios oficiales.”* Para JA-JCB depende de la patología y de la necesidad de los cuidados.

Pero hay también posiciones contrarias a la inclusión del tiempo de los cuidadores informales. Por ejemplo, RM señala que este tiempo tal vez ni siquiera puede considerarse un coste, dado los posibles elementos de solidaridad que puede incorporar y la consiguiente satisfacción de la consciencia. Por su parte, SP señala que al valorar estados de salud, el individuo puede haber ya *“considerado las molestias, tiempo, etc., (y aspectos subjetivos como el sufrimiento) que causarán a sus familiares.”*

4. Efectos sobre la productividad y sobre el tiempo de ocio del paciente derivados de cambios en su estado de salud.

De forma similar a la cuestión anterior una mayoría cualificada de los encuestados es partidaria de la inclusión de ambos efectos - sobre la productividad y sobre el tiempo de ocio – bien sea por recursos o por utilidades (AC), aunque se señala que son efectos difíciles de medir, especialmente el tiempo de ocio (AH, MT). Otros encuestados defienden la inclusión de las variaciones que afectan a la productividad, pero no las que afectan al tiempo de ocio (MR, JA-JCB). JP recuerda la importancia de las pérdidas de productividad asociadas al “presentismo” (32).

---

(32) Presentismo” es un neologismo que se opone a presentismo y que hace referencia a la situación en que el trabajador que sufre una enfermedad continúa acudiendo a su puesto de trabajo, pero experimenta una disminución de su productividad causada por dicha enfermedad.

Según JC la justificación teórica para incluir los costes de productividad se puede encontrar en el modelo de demanda de salud de Grossman (1972), en el que *“los individuos demandan salud porque derivan utilidad de su disfrute directo (efecto consumo) y porque les permite obtener otros bienes y servicios (efecto inversión). El efecto inversión ha sido el más estudiado y se considera en función del tipo de salario, el número de días sano (AVAC) generados por unidad de stock de salud y el coste de la inversión bruta en salud. Esta referencia a la literatura tradicional de la demanda de salud y su medida sugiere dar una respuesta afirmativa a la cuestión de la inclusión de los efectos sobre la productividad y del tiempo de ocio en las evaluaciones económicas que tienen la perspectiva social. Por otra parte, la productividad y el tiempo de ocio pueden estudiarse como variables complementarias (365 días-Tiempo productivo-Tiempo de ocio). Los modelos renta-ocio tratan conjuntamente ambas variables y el tipo de salario determina la cantidad de cada uno que el individuo elegirá (Ver, por ejemplo, Jones-Lee, 1969; Folland, Goodman y Stano, 2014). Productividad y tiempo de ocio van, por tanto, en la misma dirección y deberían tratarse de la misma manera.”*

JC pone también de relieve las implicaciones que tiene para la equidad que se incluyan o no los efectos de las intervenciones sanitarias sobre la productividad y, en el primer caso, cómo se valoren los efectos (33): *“La cuestión de la inclusión de costes de productividad perdida (y potencialmente ganada con el tratamiento) por parte de pacientes y familiares, es controvertida desde la perspectiva ética, debido a que discrimina contra los pacientes no productivos en el mercado laboral. Ceterisparibus, los trabajadores activos tendrían prioridad sobre los no activos en el mercado de trabajo.”*

Por su parte, los argumentos que se aducen para la no inclusión son múltiples: por ejemplo, que estos efectos están ya incluidos en los AVAC y supondría una doble contabilización (II, SP); en el caso de la productividad, porque la existencia de desempleo elimina su relevancia como coste (PG); por ser efectos ambiguos, diversos y subjetivos: *“El valor asignado al ocio es demasiado diverso en su subjetividad para que resulte algo que aporta sentido”* (RM). VO, por su parte, sugiere que *“el tiempo*

---

(33) Esta cuestión se trata con más detalle en la pregunta 10.

*del ocio puede constituir argumento de una función de utilidad. Además, y cómo proponen Llavador, Roemer y Silvestre (2015) podría ajustarse según el nivel educativo”.*

5. En cuanto a la eventual inclusión de los efectos que los cambios en la salud del paciente generan en la productividad de los familiares o cuidadores voluntarios/no retribuidos, las respuestas son en general equivalentes a las que se dan en la pregunta anterior, referida al propio paciente. La única excepción clara es IC, que dice sí a la inclusión en el caso del tiempo del paciente y no, en el de los cuidadores.

6 y 7. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los AVAC y los efectos sobre la productividad.

Este es un tema transversal en todo el estudio y se hace referencia al mismo, no solo en estas preguntas, sino en las respuestas a las preguntas 3, 4 y 9.

Existe una gran diversidad de opiniones respecto a si los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los AVAC captan o incluyen los efectos sobre la productividad en la valoración de los estados de salud.

La mayoría – ocho encuestados – opinan de forma negativa con diversos grados de asertividad: “No” concluyente (IC, VO). Posiblemente no (AC). No, tal como se miden habitualmente (JP, MT). No explícitamente (MR). *“No. En los cuestionarios generales para la medición de la calidad de vida, como puede ser el EQ5d, en ninguno de sus ítems se tiene en cuenta los efectos que la intervención pueda tener sobre la productividad.”* (JA-JCB). Tres encuestados responden afirmativamente: Sí. (AH). De forma indirecta (los instrumentos de medida de la calidad de vida) tienen en cuenta las limitaciones en la vida diaria. Es posible hacer estimaciones de absentismo procedentes de la información recogida en el EQ-5D (II). Sí, de forma indirecta y junto con otros factores (SP).

Los cuatro restantes lo ven como algo posible o probable: Depende del método utilizado (JC). Incorporada, tal vez, por los encuestados (RM). Es probable (LV). *“Supongo que dentro de la dimensión social se tiene en cuenta la capacidad para trabajar”* (FL).

JC, uno de los expertos españoles que más ha trabajado en CVRS resume así la situación:

*“Para algunos autores, los costes y beneficios en términos de capacidad productiva son estimados en el cálculo de AVAC, lo que llevaría a una doble contabilización en caso de estimarlos en el lado de los costes. Esta es una cuestión empírica no resuelta y podría tener las dos posibles respuestas, dependiendo del método de medir y valorar la CVRS. La tesis de Davidson (2009) que presenta dos estudios empíricos sobre la cuestión concluye que las técnicas de intercambio temporal (TTO) y las Escalas rating (por ejemplo, la Escala Visual Analógica) aplicadas al EQ-5D (las dos son las utilizadas por Badía en España) de medida de las preferencias para la obtención de AVAC no incluyen la pérdida de productividad causada por morbilidad. En mi opinión, los instrumentos de CVRS utilizados normalmente (EQ-5D, SF-36,...) no pretenden que el individuo considere la productividad. Por ejemplo, el EQ-5D pregunta sobre su estado de salud HOY, tanto en el descriptivo de las 5 dimensiones como en la Escala Visual Analógica. Cuando se pasa a la fase de valoración de los estados de salud, entonces la técnica utilizada puede orientar o no hacia consideraciones adicionales al efecto consumo. Concretamente, las técnicas que introducen el tiempo, como el TTO, podrían estar invitando a pensar en los efectos sobre la productividad aunque no lo hagan explícitamente. Sin embargo, versiones revisadas de técnicas como el C-TTO (Equivalencia Temporal Compuesta, que utiliza el lead TTO para evaluar estados considerados peores a la muerte, de manera que el juego se realiza con una carencia inicial de 10 años, por ejemplo) podrían atenuar este efecto (Ramos-Goñi et al 2014). Pero esto no se puede concluir sin estudios específicos.”*

La segunda pregunta sobre esta cuestión planteaba si el encuestado creía que era posible medir la CVRS de forma que se pudiese asegurar con certeza que la productividad estaba (o no) incluida. La mayoría de los encuestados (10/15) coincidieron en que es preferible no intentar incorporar la productividad en la medida de la CVRS. Por ejemplo, PG afirma *“Desde una perspectiva agregada social, creo que no debería incluirse la productividad en las medidas de CVRS. La cuantificación de estos recursos, supeditada a la disponibilidad de información, no es fácil y hablar de productividad individualizada, sin el contexto social de infrautilización de recursos*

*humanos, desde mi punto de vista no tiene mucho recorrido". JC argumenta que los instrumentos de medida de la CVRS no se desarrollaron originalmente con la intención de captar los efectos de productividad y que no parece conveniente modificar el enfoque original.*

JA-JCB precisan: *"Para que quedase recogida, antes de pasar los cuestionarios, se debería señalar a los individuos que en sus respuestas no solo tuviesen en cuenta su situación en cuanto a su salud, sino también sobre las modificaciones en su productividad."* Pero sostiene que esta opción no es recomendable: *"Desde nuestro punto de vista los CVRS deberían solamente incluir ítems relacionados con la salud. El objeto de los cuestionarios de CVRS, tanto específicos como generales, es medir la salud de los individuos. Si se está interesado en medir los efectos de las intervenciones sanitarias sobre la productividad, se debería de hacer mediante la medición de costes indirectos y no en los resultados en salud."*

Cuatro encuestados responden afirmativamente a la pregunta de si la inclusión es posible, sin manifestar preferencias por la opción de incluirlos o la de no incluirlos (AH, FL, IC, JC).

Il se muestra partidario de la inclusión y sugiere algunos instrumentos de medición de la productividad para hacerlo (34). En una línea similar SP señala que *"Los estados de salud se pueden describir (y de hecho se describen) de formas muy diferentes. Obviamente se puede realizar una descripción clara de que tal estado no permite el trabajo y necesita un cuidador que necesitará consumir un tiempo determinado. Aunque es probable que muchas personas tengan esto en cuenta cuando se describe un estado de salud."*

---

(34) Referencias:

1. The iMTA Productivity Cost Questionnaire (iPCQ): [http://www.bmg.eur.nl/english/imta/publications/questionnaires\\_manuals/ivicq/about/](http://www.bmg.eur.nl/english/imta/publications/questionnaires_manuals/ivicq/about/)
2. The Valuation of Lost Productivity (VOLP): Zhang W, Bansback N, Kopec J, Anis AH. Measuring Time Input Loss Among Patients With Rheumatoid Arthritis: Validity and Reliability of the Valuation of Lost Productivity Questionnaire. *J Occup Environ Med.* mayo de 2011;53 (5):530-6.
3. The Health and Labor Questionnaire (HLQ). Van Roijen L, Essink-bot M-L, Koopmanschap MA, Bonsel G, Rutten FFH. Labor and Health Status in Economic Evaluation of Health Care: The Health and Labor Questionnaire. *Int J Technol Assess Health Care.* junio de 1996;12(03):405-15.

8. Consumo de recursos en años de vida futuros ganados, no relacionados con la intervención.

Otra cuestión no resuelta en la metodología de la evaluación económica es la conveniencia de incluir el consumo futuro de recursos sanitarios y no sanitarios no relacionados con la intervención evaluada, que se producen en años de vida adicionales ganados por dicha intervención. De nuevo las respuestas al cuestionario ponen de relieve la ausencia de consenso: Cuatro Síes (AC, AH, MT, VO) y dos Noes (IC, SP) claros. MT califica estos efectos de externalidades y afirma que en cuanto tales, deben incluirse.

El resto de los encuestados dan respuestas poco concluyentes: No es habitual, por su complejidad (II). Si se considera conveniente (JA-JCB). Depende de la perspectiva adoptada (PG). En general, en principio, no (MR, RM). No, por razones pragmáticas: *“las externalidades y los efectos intangibles de las intervenciones sanitarias pueden ser enormes y es preciso acotar su inclusión a lo que se considera razonable y factible para poder comparar los resultados y así poder establecer prioridades en la asignación de los recursos...Respecto a los costes o consumos futuros, sanitarios y no sanitarios, un enfoque pragmático sugiere no incluirlos en la evaluación, como ocurre en general”* (JC). No, y es difícil de diferenciar (JP, LV). FL señala que la forma en que se definen dichos efectos (no estar relacionados directamente con la intervención) es una proposición ambigua.

9. Inclusión de las variaciones de la productividad o del consumo resultado de una intervención, que no están no asociadas a la variación de la supervivencia.

Esta pregunta hace referencia a los efectos sobre los recursos, asociados a las variaciones en la discapacidad laboral transitoria o permanente, que dan lugar a absentismo y a lo que se ha dado en llamar “presentismo”. Algunos autores los denominaban efectos relacionados con la morbilidad, para diferenciarlos de los relacionados con la mortalidad (prematura) que se evitan con una intervención. La mayoría de encuestados (11/15) responden afirmativamente, es decir, que hay que incluir estos efectos, aunque varios de ellos recalcan que solo bajo una perspectiva social o que, aunque teóricamente se deberían incluir, puede ser difícil hacerlo en la práctica (MT, VO).

JC resalta que *“La reducción del absentismo laboral por enfermedad es uno de los beneficios relevantes en la perspectiva del gobierno (mejora la recaudación impositiva y reduce los gastos de transferencias), del trabajador y de la empresa, aunque muchos de estos efectos se anulan en la perspectiva social (trasvases de unos a otros), quedando como resultado neto las ganancias en productividad. Nuestra posición es que estas deberían ser consideradas en el numerador del ACU.”* Respecto al “presentismo” comenta que: *“La variación de la productividad en el puesto de trabajo es, probablemente, uno de los efectos más complicados de medir y valorar y un enfoque pragmático nos llevaría a no considerarla.”*

*Un estudio reciente de un programa piloto para la gestión de las bajas por incapacidad laboral temporal en Navarra con criterios sanitarios permitió identificar y estimar los beneficios del mismo para los pacientes, las familias, las empresas, el sistema sanitario y la Seguridad Social (Cabasés, Errea y Ustárroz, 2013).”*

De los cuatro encuestados que responden negativamente o con matices (IC, II, SP, RM), tres justifican su respuesta por considerar que estos efectos ya estarán o deberían estar incluidos en los AVAC y supondría una doble contabilización. AH adopta esta postura pero limitándola a la productividad; afirma que se debe: *“únicamente contabilizar el absentismo por enfermedad, ya que la variación de la productividad en el puesto de trabajo ya estaría reflejada en los AVAC.”*

#### 10. La valoración monetaria del tiempo de los pacientes y de los cuidadores

El cuestionario ofrecía cinco opciones no excluyentes para la valoración de dicho tiempo y, de hecho, la mayoría de los encuestados señalaron más de una respuesta:

- a. Salario bruto (con cargas sociales) o neto estimado
- b. Salario real individual o salario medio (teniendo en cuenta o no la tasa de ocupación)
- c. Coste de reemplazo
- d. Disponibilidad a pagar (DAP) (35)
- e. Otros (detallar)

---

(35) En este informe utilizamos como sinónimos las expresiones “disponibilidad a pagar” y “disposición a pagar”.

El coste de reemplazo es la opción señalada más veces (8 veces) seguida de la DAP (6 veces) y de distintas variantes del salario (salario real - individual o medio (JA-JCB) - y del coste laboral) (4 veces). Il señala que utilizaría preferentemente la DAP, pero al no estar disponibles valoraciones de la misma, aplica el salario bruto. MT propone utilizar el coste de reemplazo y en caso de que no sea posible, la DAP. MR establece el siguiente orden de prioridad en la aplicación: salario bruto medio, coste de reemplazo y finalmente la DAP, si no es viable ninguna de las dos opciones anteriores. PG seguiría la siguiente secuencia: *“Los valoraría mediante los costes de reemplazo, y de no producirse éstos cuantificaría la incapacidad temporal si se producen horas extras alternativas, complementos de salario medio real teniendo en cuenta la tasa de ocupación.”* JP plantea utilizar el *“Coste laboral para los cambios en el tiempo de trabajo (costes de fricción para el análisis de sensibilidad)”*...y el *“Coste de reemplazo para el tiempo del cuidador informal.”* AH propone tres opciones de valoración, según el tipo de tiempo considerado: coste de reemplazo para la productividad, salario para el tiempo de paciente y DAP para tiempo de ocio: *“Creo que para el caso de la productividad lo más adecuado es el coste de reemplazo, más que el enfoque del capital humano. Por este motivo no emplearía los salarios, ni brutos o netos. Este enfoque lo utilizaría para medir el impacto que tiene la enfermedad sobre las empresas. Por otra parte, el salario real individual o salario medio lo tendría en cuenta para valorar las pérdidas salariales que sufre el paciente por los días que está de baja, eso sí, descontando lo que recibe mientras está de baja que como norma en el caso de España es (a no ser que el Convenio Colectivo o la propia entidad haya establecido otra cosa) durante los tres primeros días de la baja por enfermedad común, no se recibe salario alguno, a partir del 4 y hasta el 20, se paga el 60% de la base de cotización y el 75% a partir del día 21 y hasta el final de la incapacidad temporal. Sin embargo, a partir del día 16 ese abono se hace en concepto de “pago delegado”, lo cual significa que se puede deducir luego estas cantidades en los seguros sociales.”*

JC sostiene que la valoración monetaria a aplicar *“admite criterios diferentes según el tipo de actividad y el coste de oportunidad para el cuidador.”* (Hervás A, J Cabasés y T Forcén, 2007) aplicaron un coste unitario (salarial) diferente para considerar la intensidad y especialización del trabajo requerido a cada una de las siguientes

actividades: Actividades en la comunidad, actividades del hogar y actividades del cuidado personal.

JC afirma que el enfoque más completo es el de la disponibilidad a pagar. *“Sin embargo, tiene muchas dificultades de valoración. La valoración contingente es una técnica compleja y no se realiza generalmente en nuestro ámbito. Lo habitual por sencillez es recurrir al enfoque del capital humano, utilizando los salarios. En principio, el tipo de salario es la medida de la productividad marginal y refleja bien el coste del factor productivo en un mercado de competencia perfecta. Pero en presencia de fallos de mercado o en un mercado con impuestos, desempleo, etc., habrá que ajustar los valores del mercado para tratar de medir el coste de oportunidad (precios sombra) o imputarlos en ausencia de mercado (producción de no mercado como el trabajo doméstico no remunerado, tiempo de jubilados y pensionistas, etc.). Explica asimismo como a lo largo del tiempo ha tendido a “incorporar un criterio de prudencia en la valoración”... “criterios que nos llevasen a un límite inferior de la valoración, para no ser desacreditados (por ejemplo, A Hervás J Cabasés y T Forcén 2007; Cabasés JM, M Errea e I Ustárroz, 2013), aunque en nuestros primeros estudios adoptamos el criterio más amplio del Valor Añadido Bruto (que incluye las amortizaciones y los beneficios empresariales, además de los salarios) (Mugarra y Cabasés, 1990). Ello nos ha llevado a elegir el salario mínimo frente al salario medio, a separar los salarios según la actividad (A Hervás J Cabasés y T Forcén 2007). La ventaja de utilizar los salarios es que son accesibles oficialmente (INE).” Finalmente, JC afirma que “No existen en España buenos estudios de los costes de reemplazamiento. Sin embargo, consideramos que podrían ser un buen criterio de valoración, puesto que reflejan la capacidad de producción realmente ganada o perdida, no la potencial.”*

VO aconseja *“no perder de vista que el coste de oportunidad de muchos de esos tiempos en muchas de esas personas tiende a ser muy bajo.”*

11. Posibilidad y conveniencia de diferenciar los costes y efectos del tiempo que utiliza un paciente para recibir una intervención, de los que se producen como consecuencia de dicha intervención.

Esta pregunta se refería a los principales tipos de tiempo de paciente considerados en evaluación económica, que desde una perspectiva conceptual pueden categorizarse como insumos y efectos, respectivamente, de una intervención. La diferenciación puede ser relevante para determinar su inclusión/exclusión, la forma de valoración y otras opciones metodológicas.

Para agregar los resultados se han codificado las respuestas según cómo se juzgase la posibilidad de diferenciación (Posible, Incierta, Imposible/muy difícil) y la conveniencia de diferenciación (Conveniente, Incierta, No conveniente). Los resultados, resumidos en la tabla inferior, muestran que una mayoría de encuestados (8/15) cree posible diferenciar los efectos indicados, pero solo 6 lo considera conveniente y son mayoría los que lo dudan o afirman que no es conveniente (10).

	Posible	Incierta / NC	Imposible/ muy difícil	Total
Conveniente	5	-	Im-	5
Incierta / NC	3	5	1	9
No conveniente	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>15</b>

Así, AH comenta: *“Creo que es posible y además es conveniente dicha diferenciación, ya que en el primer caso representan el coste de oportunidad del tiempo que emplea en obtener la intervención, mientras que en el segundo caso representan el impacto que sobre los recursos u otros aspectos tiene la intervención en sí misma.”*

Sin embargo, una proporción considerable de encuestados niega o, por lo menos, duda de la posibilidad y conveniencia de la diferenciación e incluso de su relevancia.

12. ¿Cambiaría alguna de las respuestas anteriores si la cuestión se plantease en el contexto del ACE o del ACB, en lugar del ACU?

Cuatro encuestados (FL, II, JP, MT) responden negativamente a esta pregunta.

IC, PG, RM y JA-JCB tratarían estos efectos de forma distinta en el ACB, y JC *“posiblemente”* también lo haría: *“El ACB ofrece características que no tiene el ACU. En general, el ACB tiene pleno sentido utilizando la perspectiva social. En este caso, la disposición a pagar sería el criterio de elección de valoración monetaria. Con el criterio del VAN, ya no es tan relevante donde situar la productividad ganada, que puede ir en los costes, minorándolos, o en los beneficios. Los costes y beneficios de los cuidados informales”* (JC). MR y LV afirman que en el ACB sería lógico incluir los efectos mencionados en las preguntas anteriores, aunque MR excluiría el tiempo de ocio.

AH afirma que en el caso del ACE, sí incluiría los efectos sobre la productividad y sobre el ocio *“ya que a diferencia de lo que sucede en el ACU, en donde los AVAC capturan a mi entender los efectos sobre la productividad y ocio del propio individuo, en el ACE estos efectos no se reflejan en las variables de resultado y deben incorporarse.”*

13. Asociación de las posiciones bienestaristas y extrabienestaristas con determinadas ideologías o sistemas de valores.

La mayoría de encuestados (11/15) opina que el bienestarismo y el extrabienestarismo se asocian de alguna forma con determinadas ideologías y valores: el bienestarismo, con la ideología liberal (II, FL), mientras que el extrabienestarismo se percibe como más humanista (AC), paternalista (FL) y preocupado por la equidad (JC) o incluso relacionado con la socialdemocracia (II). JC opina de forma similar: *“Sí. El utilitarismo es la base de la evaluación económica, el ACB o la medida de la eficiencia, en tanto que el enfoque extrabienestarista admite otros criterios, como el de no ponderar según criterios de DAP las ganancias en salud de los individuos u otras consideraciones de equidad.”*

Pero otros encuestados señalan que las preferencias por uno u otro enfoque pueden deberse también a razones pragmáticas (LV, SP). Por ejemplo, II sostiene que el enfoque extrabienestarista se está imponiendo en el debate de la evaluación económica sanitaria *“Pero no por motivos ideológicos, sino porque facilita una toma de decisiones más cualitativa y no sólo cuantitativa.”* Y JP afirma, que *“La distinción se*

*encuentra más en la preferencia por el pragmatismo y la preferencia por la teorización académica.”*

14. ¿Qué enfoques metodológicos en liza en la evaluación económica –bienestaristas frente a extrabienestaristas, partidarios de la inclusión de la productividad frente a partidarios de no incluirla- son más consistentes con los valores y principios del Sistema Nacional de Salud en España?

La mayoría de encuestados manifiesta que ninguno de los dos enfoques es más consistente con los valores del SNS español que el otro o que no cree que esto sea un tema relevante (JA-JCB, JC, JP, MR, MT, SP). Sin embargo, un grupo de encuestados sostiene que el extrabienestarismo es más afín a los valores de SNS español (AC, AH, MR, PG, VO): *“A nivel de la sociedad española y consecuentemente el SNS, considero que se tiene un enfoque más humanista, es decir extrabienestarista”* (AC); *“Nuestro Sistema nacional de Salud es uno de los logros más importante de nuestra historia reciente como nación, y una conquista social de la transición y consolidada en los años 80 y 90. Por estos motivos, y dado el carácter universal que regía en nuestro sistema antes de la reforma de 2012 creo que los enfoques metodológicos que deberían estar detrás son los extrabienestaristas”* (AH). *“En contextos como el español, en el que la universalidad de la asistencia pública...ha caído en la concepción del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, nos encontramos que los análisis más proclives a los bienestaristas –la disponibilidad a pagar como instrumento estrella en la valoración- pierden sentido. Sin embargo, es cierto que la de los extrabienestaristas tiene también sus limitaciones por un enfoque más imparcial que sesga la visión global del sistema social”* (MR).

Cabe citar también la posición más pragmática e instrumentalista de SP: *“Los valores y principios del SNS son tan interpretables como cualquier otra cosa, tanto por bienestaristas como por extrabienestaristas. Yo tiendo a ver la evaluación económica en el SNS como algo muy instrumental, que no importa tanto que sea perfecta o que cuadre o no con una u otra “arquitectura” económica, como que sea útil para ayudar a tomar decisiones en el 85%-90% de los casos, y que permita explicitar las elecciones en otras (aunque no sigan la regla del ratio coste-efectividad incremental)”*.

En cualquier caso, cabe señalar que ningún encuestado declara que el bienestarismo sea más afín a los valores del SNS español.

Varios encuestados hacen referencia a la relación entre cómo se considera la productividad y los valores que se atribuyen al SNS: IC sostiene que el SNS debe tener en cuenta la productividad, mientras que LV se decanta por la postura contraria. FL aboga por incluir la productividad, pero sin tener claro si ello es más o menos consistente con los valores del SNS. JC, comentando el efecto de incluir o no la productividad en la evaluación económica, señala que constituye una discriminación que *“puede chocar contra el objetivo de equidad del sistema sanitario público al que sirve el ACU.”*

RM opina que a tenor de la poca consistencia de valores que caracteriza el SNS español, el tema que plantea esta pregunta no tiene mucha relevancia práctica.

15. Conveniencia de avanzar hacia una mayor estandarización de los métodos de evaluación económica para que tengan una mayor validez externa.

Hay una mayoría de respuestas que afirman la conveniencia de avanzar en la estandarización, pero es notable el número de comentarios y condiciones con que matizan dicha afirmación: Sí, a la estandarización, pero que refleje el contexto social (AC). Sí, pero lo difícil es cómo hacerlo (AH). Sí, pero con grupos interdisciplinarios (JA-JCB). La estandarización mejora la comparabilidad, pero no necesariamente la validez (JP). Sí, pero con visión de decisor (LV). Si, especialmente la nomenclatura y la medida de la productividad (MT). MR se muestra partidaria de avanzar en la estandarización *“entendida como la armonización y no la uniformidad en los métodos de evaluación económica. Y, fundamentalmente, las EE deben ser lo más detalladas posibles para facilitar el conocimiento y la validez externa de las mismas.”*

Algunos encuestados, sin ser contrarios a la estandarización metodológica, creen que no es el obstáculo más importante para mejorar la validez y credibilidad de la evaluación económica: *“Estandarizar los métodos está bien y, sin duda ayuda. Pero*

*yo diría que los problemas los tenemos en aspectos más difíciles de estandarizar (¿qué estudios elegir como base? ¿qué modelo y cómo pasar de un ensayo con 3 años de seguimiento a una evaluación life-time? ¿de un surrogate endpoint a años de vida o AVAC? ¿qué comparadores?, etc.). Los aspectos sustantivos de la efectividad de las intervenciones en relación a sus comparadores me parecen actualmente más importantes en la calidad y utilidad de las evaluaciones económicas que los aspectos formales” (SP).*

Varios encuestados expresan dudas más profundas respecto a las bondades de la estandarización: VO es partidario de la estandarización, pero sin olvidar el papel de la participación responsable. Concluye que “No debemos empeñarnos en resolver exclusivamente por métodos científicos los problemas de establecimiento de prioridades sociales que con la evaluación se intentan resolver. “...de la misma forma que existe innovación de base no científica (container, palette, listado de comprobación quirúrgica...), la correcta medición de los valores y preferencias sociales puede también expresarse mediante la participación responsable de los ciudadanos implicados...Considerada la labilidad de las preferencias sociales por el impacto de las emociones y su inconsistencia temporal así como la relativa ignorancia acerca de cómo se generan tales preferencias y, por otra parte, el conocimiento sobre cómo se alteran en función del marco en que se formula el problema y los importantes límites a la racionalidad, conviene dar al Dios de la Ciencia lo que le pertenece y al César del funcionamiento social las medidas prácticas para su mejora. (B González y V Ortún 2015)”

SP se muestra también algo escéptico frente a la estandarización: “Estandarizar los métodos está bien y ayuda. Pero yo diría que los problemas los tenemos en aspectos más difíciles de estandarizar (¿qué estudios elegir como base? ¿qué modelo y cómo pasar de un ensayo con 3 años de seguimiento a una evaluación life-time? ¿de un surrogate endpoint a años de vida o AVAC? ¿qué comparadores?, etc.). Los aspectos sustantivos de la efectividad de las intervenciones en relación a sus comparadores me parecen actualmente más importantes en la calidad y utilidad de las evaluaciones económicas que los aspectos formales.”

RM opina que la estandarización puede ser *“Deseable, quizás, pero más que nada por no liar, no por esperar mejoras. Aunque debe recordarse aquí la demoledora crítica a esas estandarizaciones del siempre ojo (tuerto) avizor Robert Evans (1995), señalando la aporía de establecer reglas “objetivas” en un ámbito por definición plagado de subjetividades y opciones igualmente legítimas pero con distintos valores (36)”*.

FL sugiere algunos medios para avanzar en la estandarización: *“Las vías serían conferencias de consenso de los actores implicados, propiciar la discusión de los problemas metodológicos de la evaluación, realizar estudios comparativos de las diferencias en resultados derivadas de aplicar a los mismos problemas y datos los diferentes enfoques y, en general, promover la investigación sobre estas cuestiones.”*

PG, por su parte, propone cinco líneas concretas de avance:

- 1. La identificación de un método que a nivel nacional alcance el mayor consenso de todos los agentes implicados.*
- 2. La aplicación colaborativa con incorporación de evaluadores de todas las disciplinas, e incluso de representantes de la sociedad.*
- 3. La utilización de sistemas programados y uso de las TIC para su construcción y evaluación.*
- 4. Mejorar la relevancia en cuanto a su carácter vinculante en las decisiones de gestión.*
- 5. Mantener su aplicación práctica en las decisiones clínicas, no solo en el momento previo a la comercialización.*

## COMENTARIOS

Incluimos en este apartado algunos comentarios específicos a las respuestas a cada pregunta del cuestionario.

---

(36) Evans has voiced concern that some of the interest in the development and use of guidelines is driven by commercial rather than scientific motives. In short, guidelines may be of potential benefit to the pharmaceutical industry but are they of potential benefit to a wider community? (Cairns, 1998).

1. La mayoría de encuestados están de acuerdo en que se contabilice en los ACU el tiempo dedicado por los pacientes a recibir el tratamiento, aunque algunos precisan que esto solo está justificado si el análisis está aplicando una perspectiva social, no desde la perspectiva del decisor. A nuestro juicio el debate académico sobre si la perspectiva correcta es la del decisor o la social es bastante estéril. El decisor, en cuanto usuario del análisis, es quien está en posición de decidir cuál es la perspectiva que debe tener el análisis y, en general, qué efectos se van a considerar y cómo se van a medir valorar y agregar, así como de qué forma o con que criterio se van a tomar las decisiones correspondientes. Cabe suponer que si el decisor cree que el análisis no refleja sus valores o los de la institución para la cual trabaja, es poco probable que aplique los resultados de los análisis.

Algunas respuestas plantean, sin embargo, reflexiones muy relevantes, en nuestra opinión. Por ejemplo, la cuestión de si las categorías bienestarista-extrabienestarista se corresponde con las categorías perspectiva social-perspectiva del decisor. Esta asociación parece darse a menudo en la realidad, pero no parece necesaria desde un punto de vista lógico. Sin duda es un punto que requeriría más análisis.

La respuesta de SP en el sentido de que el tiempo del paciente en el tratamiento ya está incorporado en los estados de salud y añadirlo supondría una doble contabilización plantea la cuestión de si la contabilización de los AVAC producidos por una intervención empieza normalmente – o debería empezar – a) cuando el tratamiento empieza, b) cuando termina o c) en cualquier otro momento. La percepción de los autores – basada en la experiencia profesional y huérfana por el momento de verificación empírica – es que en muchos estudios, especialmente los de intervenciones de corta duración, los AVAC/CVRS se empiezan a contabilizar a partir del momento en que finaliza el tratamiento. En cambio, en los tratamientos de larga duración para enfermedades crónicas es más lógico que los efectos se contabilicen desde su inicio o, en cualquier caso, antes de que termine el tratamiento, especialmente si se trata de tratamientos que una vez instaurados se siguen de por vida. Tal vez sería deseable introducir en las guías metodológicas como norma general la contabilización de los AVAC desde el momento en que se inicia el tratamiento. Esta opción tendría la ventaja de tener que decidir cuándo termina un tratamiento, algo difícil de

determinar unívocamente en muchos procesos. Los AVAC totales estarían ajustados por los efectos sobre la CVRS – dolor, discapacidad, etc. - producidos tanto por la enfermedad, como por la intervención (37).

2. En la segunda pregunta JC sugiere que el tiempo empleado en algunas actividades del tratamiento puede tener una valoración distinta al empleado en otras. Evidentemente, parte o la totalidad del tiempo dedicado a un tratamiento puede ser utilizado normalmente para otras actividades, por ejemplo, leer o estudiar, en condiciones muy similares a si se llevara a cabo en el tiempo de ocio normal. Posiblemente, el tiempo pasado en un balneario, en observación en la habitación de un hospital, en la silla de dentista o en una cámara hiperbárica, tendrán una utilidad o valor distintos para la mayoría de las personas. Por otra parte, un periodo de tiempo vivido en la misma situación por personas distintas puede ser valorado de forma muy distinta por cada una de ellas: para una persona muy resistente al dolor el tiempo transcurrido en una intervención dolorosa supondrá una desutilidad o pérdida de valor menor que para una persona más sensible al mismo.

3. Las respuestas a la tercera pregunta ponen de relieve la subjetividad del concepto de coste; esta subjetividad es más evidente cuando se habla de coste de oportunidad del tiempo de trabajo, pero que a menudo se pasa por alto cuando se trata del coste de producción. ¿Se debe contabilizar como un coste el trabajo de un voluntario altruista que aparentemente trabaja por la satisfacción que le proporciona hacer su tarea? La teoría económica convencional supone que el trabajo produce desutilidad y que los individuos (racionales) trabajan solo motivados por la retribución. Para el que paga una retribución explícita a un trabajador, la unidad de producción, el trabajo se visualiza lógicamente como un coste independientemente de la utilidad que el trabajador experimente en su trabajo, incluso en el caso extremo de que el trabajador estuviese dispuesto a trabajar gratis. Para quien lo realiza el coste de oportunidad del tiempo en que trabaja se puede identificar como el valor que le da al ocio al que renuncia. Pero la situación es menos clara en el caso del trabajo no

---

(37) En términos económicos los efectos sobre el bienestar del paciente de la intervención en sí misma se podría calificar de utilidad de proceso, un componente que a menudo se ignora.

retribuido, como el de los cuidadores informales. Se trata de personas que prefieren trabajar sin retribución – por lo menos en determinadas ocupaciones - que estar ocioso. Por otra parte, el tiempo empleado cuidando a un familiar enfermo puede tener una valoración distinta en función del número de horas al día que se dedica a dicha actividad: cuidar una hora al día a un familiar enfermo puede constituir una actividad satisfactoria, pero puede convertirse en agobiante si hay que desarrollarla 24 horas al día. En cualquier caso, parece claro que en estos temas habrá diferentes percepciones entre individuos.

Este ejemplo ilustra la potencial divergencia entre los conceptos de coste de producción y coste de oportunidad y la conveniencia de llegar a acuerdos consensuados para establecer uno u otro como criterio en la evaluación económica.

Finalmente, las consideraciones sobre qué tiempos en general, qué efectos deben incluirse en el análisis y cuáles no, debería hacerse conjuntamente con las de valoración o ponderación de dichos tiempos y efectos, pues en el extremo, asignar un valor cero al tiempo empleado en cierta actividad equivale en la práctica a no considerarlo un coste.

4 y 5. Algunas respuestas a esta pregunta han puesto de manifiesto el sesgo potencialmente discriminatorio para la población que no trabaja que introduce contabilizar los efectos sobre la productividad. Sesgo que puede eliminarse o, por lo menos, mitigarse, si se incluyen también los efectos sobre el tiempo de ocio, pues así se valorarían tanto el tiempo de los ocupados, como el de los desocupados; aunque sin duda el ocio no tiene el mismo valor para una persona ocupada, que para un parado o para una persona inactiva que no trabaja por decisión propia. Sin duda es un reto importante valorar adecuadamente el tiempo de pacientes y cuidadores en las distintas situaciones laborales que pueden darse (ver pregunta 10).

6 y 7. Uno de los puntos más importantes del debate en relación a la inclusión o exclusión de la productividad en el ACU es si las medidas de CVRS (AVAC) incorporan dicho aspecto en la valoración de los estados de salud. Los resultados de la encuesta son un fiel reflejo de la falta generalizada de acuerdo en este punto que se

ha manifestado en la revisión de la literatura. Aunque los instrumentos utilizados, tal como el EQ-5D, no consideren explícitamente la productividad, muchos expertos sugieren que los individuos tal vez lo hagan implícita y espontáneamente.

Por otra parte, aun cuando muchos aceptan que se podría modificar los instrumentos para abordar de forma rigurosa este punto, parece predominar la idea de que esta no es una opción deseable, es decir, que es mejor que la valoración de los AVAC no considere los efectos de productividad, sino que estos se contabilicen por separado en términos monetarios, aunque no se aportan justificaciones teóricas concluyentes para esta opción. Ciertamente, se pueden incluir de alguna manera los efectos sobre la productividad en la descripción de los estados de salud en los instrumentos de valoración de la CV. Pero ¿por qué habría que considerar los efectos sobre la productividad y no otros efectos, por ejemplo, cómo el estado de salud puede condicionar la vida sexual del sujeto o su capacidad para practicar ejercicio intenso?.

8. Algunos encuestados sugieren que el concepto de consumo de recursos sanitarios no relacionado directamente con las intervenciones evaluadas (y con la condición correspondiente) es ambiguo y difícil de delimitar. Un ejemplo gráfico (**Figura 1**) facilita su comprensión: Como resultado de un tratamiento preventivo efectivo de la enfermedad X, con  $COSTE_i$ , se evita tanto la muerte prematura en  $T_0$ , ganándose con ello  $AVAC+$ , como el  $COSTE_t$  de tratar la enfermedad. Durante los años de vida ganados el individuo tendrá un gasto sanitario adicional,  $COSTE+$ , no relacionado con la enfermedad X, pues contraerá enfermedades – totalmente independientes de X – que darán lugar a los correspondientes tratamientos; pero sin duda hay una cierta relación causal entre el tratamiento preventivo que evitó el fallecimiento del individuo y los tratamientos posteriores en años de vida adicionales: sin dicho tratamiento no se hubiese producido el aumento de supervivencia, las enfermedades respectivas y el consumo sanitario posterior. El tratamiento que evita el fallecimiento no es suficiente por sí solo para generar o ganar los AVAC adicionales; los recursos necesarios para ello incluyen el consumo posterior de recursos sanitarios (y no sanitarios). Otra razón de coherencia para computar como un coste de la intervención el consumo no sanitario que requiere el individuo para poder vivir

y producir (38) se da en el caso en que se incluya entre los beneficios la productividad en los años de vida ganados por la intervención. En cualquier caso, las respuestas a la encuesta no aportan nuevas perspectivas al debate sobre esta cuestión.

**Figura 1. Costes futuros no relacionados**



9. Los cambios en la productividad asociados a la morbilidad cuando no hay variación de la supervivencia pueden tomar dos formas: el absentismo del lugar de trabajo y el “presentismo” o reducción de la productividad en el puesto de trabajo. En esta categoría de efectos es especialmente relevante el dilema entre incorporarlos a la medida de la CVRS o cuantificarlos de forma separada en términos monetarios, la opción preferida por los encuestados.

10. La valoración monetaria del tiempo plantea también diversas cuestiones metodológicas. Las respuestas de los encuestados alcanzan en este punto la máxima

(38) Este es el enfoque que establecen las guías metodológicas noruegas.

variabilidad, que posiblemente aumentaría, si se pidiese a los encuestados que definiesen métodos operativos dentro de cada opción. Uno de los puntos clave es la decisión de utilizar valores poblacionales medios o valores individuales por individuo, por ejemplo, en función del salario. La segunda opción, aparte de ser más difícil de aplicar, pues requeriría conocer o estimar el salario de cada sujeto afectado por una intervención, tendría unas implicaciones éticas y de equidad difíciles de justificar en un contexto de derecho universal a la salud.

En cualquier caso, los encuestados no han incidido especialmente en este punto, tal vez porque presuponen que en la evaluación económica se utiliza normalmente un valor medio del salario, lo que evita este potencial problema de equidad.

11. La mayoría de encuestados cree que no es posible ni relevante diferenciar las dos grandes categorías de tiempo del paciente que pueden considerarse en una evaluación económica de una intervención en salud, es decir, la utilización del tiempo como insumo en la intervención y el tiempo ganado o perdido como resultado de la intervención. Sin embargo, si no se hace este tipo de diferenciación, no es posible aplicar un criterio de valoración diferencial para cada categoría, tal como proponen diversos expertos en la pregunta 10.

12. Aunque la encuesta se centraba en el ACU (Análisis Coste-Utilidad), esta pregunta pretendía elucidar si los expertos pensaban que los comentarios realizados para este tipo de análisis eran extensibles al caso del ACB y del ACE. Aunque las respuestas difieren sustancialmente, los que opinan que los problemas de incorporar la productividad al análisis son distintos para el ACB o el ACE que para el ACU, parecen asociar este hecho a que el ACB monetice todos los efectos y que no incluya AVAC u otras medidas de CVRS no monetarias, dos factores que generan muchas de las ambigüedades y dilemas planteados en el ACU. La monetización de los efectos facilitaría, desde un punto de vista metodológico, la inclusión de la productividad y el tiempo de pacientes y cuidadores informales entre los efectos de la intervención. Las respuestas no incluyen prácticamente ninguna referencia al ACE, posiblemente la modalidad de evaluación económica con un fundamento teórico más débil.

13. La mayoría de expertos encuestados asocian el bienestarismo a una ideología de corte más liberal e individualista y el extrabienestarismo a una ideología con un mayor componente humanista y social. Ciertamente, el extrabienestarismo se ha desarrollado más en el contexto de los SNS públicos y universales, que reflejan valores de equidad y solidaridad, mientras que el bienestarismo parece más cercado al paradigma individualista de una economía de mercado. Pero algunos expertos opinan que las preferencias por uno u otro enfoque pueden responder a razones más pragmáticas que ideológicas.

14. Algunos expertos creen que el extrabienestarismo es más afín a los valores del SNS español - universalidad, equidad y no discriminación - pero predominan las posiciones que no ven obvia esta asociación. Esta opinión parece en parte contradictoria con los resultados de la pregunta anterior, en la que una mayoría de encuestados asoció extrabienestarismo con un enfoque más social. Nadie opinó, en cualquier caso, que el bienestarismo fuese más coherente con los valores del SNS español que el extrabienestarismo.

15. En cuanto a la conveniencia de promover la tendencia hacia la estandarización metodológica de la evaluación económica en salud, predominan los partidarios de hacerlo, aunque se hacen diversas matizaciones. Se critican aspectos concretos de la estandarización, tal como que se estandaricen los métodos (económicos, formales) y no las cuestiones sustantivas, supuestamente más importantes, que tienen que ver, por ejemplo, con las fuentes de evidencia clínica. Finalmente, algunos encuestados opinan que la estandarización metodológica no es un tema esencial ni prioritario para mejorar la validez y credibilidad de la evaluación económica.

Como comentario general a todas las respuestas cabe señalar que en muchas ocasiones los encuestados no aportan argumento alguno o justificación para dar apoyo a sus preferencias por una u otra opción, a pesar de que en la introducción de la encuesta se solicitaba explícitamente este tipo de información. Esto puede tener diversas causas: una de ellas es el carácter multidisciplinar de la evaluación económica en salud – y del grupo de expertos consultados - , que dificulta el conocimiento y comprensión de los argumentos provenientes de otras disciplinas. Una segunda

causa es que realmente no hay un marco teórico conceptual explícito que goce de un grado de consenso razonable, ni una referencia última concluyente respecto a lo que es metodológicamente correcto o incorrecto.

## CONCLUSIONES

Las respuestas de los expertos ponen de manifiesto la subjetividad de los conceptos de efecto y coste de una intervención y de las formas adecuadas de medirlos y valorarlos y la ausencia de consenso en la metodología, incluso al nivel de los principios y criterios generales. Esta situación podría ser una de las barreras a una mayor utilización de la evaluación económica en salud y justificaría un mayor desarrollo y aplicación de estándares metodológicos, basados en amplios debates y consensos y, con revisiones y actualizaciones regulares. Esto no significa que la toma de decisiones deba ser rígida y con procedimientos automáticos.

Al debatir determinadas opciones metodológicas los expertos mezclaron a menudo razones teóricas con argumentos prácticos, planteando, por ejemplo, que un cierto enfoque es el más adecuado desde un punto de vista teórico, pero que debido a la no disponibilidad de la información o a otras dificultades prácticas de aplicación recomendaban un enfoque alternativo. También es frecuente que la inclusión de un determinado efecto se recomiende siempre que (su magnitud) sea importante o relevante, independientemente de su justificación teórica. Aunque los dos tipos de argumentos – teóricos y pragmáticos - son respetables, sería preferible tratarlos de forma independiente.

Varios expertos justifican su oposición a ciertas opciones metodológicas por la subjetividad y variabilidad individual de las valoraciones de algunos efectos. En la práctica clínica es deseable que las decisiones tengan en cuenta los valores y preferencias de los pacientes. Sin embargo, las decisiones colectivas de política y gestión no pueden tener en cuenta en el mismo grado todos los valores y preferencia individuales, que en algunos casos estarán contrapuestos. Así, si una mayoría de la población percibe el cuidado no retribuido de los enfermos como una carga y no

hay un número suficiente de cuidadores voluntarios altruistas para cubrir todas las necesidades de cuidados de la comunidad, parece lógico que el tiempo dedicado a esta actividad se valore en las evaluaciones económicas como un recurso escaso y un coste a considerar, al que se le debe asignar una valoración monetaria en las evaluaciones económicas.

## REFERENCIAS

1. Artaso B, JM Cabasés y M Martín. Análisis coste consecuencia de un centro de día psicogeriátrico. *Revista Esp de Gerontología*, 2002; 37 (6): 291-297.
2. Cabasés JM, M Errea e I Ustárroz. Evaluación del programa piloto del nuevo sistema de gestión de las bajas por incapacidad laboral en la Comunidad Foral de Navarra. Informe para el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, 2013.
3. Cairns J. *Economic Evaluation and Health Care*. Nuffield Occasional Papers. Health Economics Series: Paper No. 7. The Nuffield Trust, London 1998.
4. Davidson T. How to include relatives and productivity loss in a cost-effectiveness analysis. Theoretical and empirical studies. 2009. Linköping University Medical Dissertations No.1101. Center for Medical Technology Assessment, Department of Medical and Health Sciences. Linköping University, Sweden.
5. Evans, R. G. 1995. Manufacturing Consensus, Marketing Truth: Guidelines for Economic Evaluation. *Annals of Internal Medicine* 123:59-60.
6. Folland, Goodman y Stano, *The economics of health and health care*. 7<sup>th</sup> edition, 2014; Chapter 7.
7. González López-Valcárcel B y Ortún V. Evaluar no es de compañeros. ¿O sí? *Rev Esp Salud Pública* 2015; 89:119-123
8. Grossman M (1972) On the Concept of Health Capital and the Demand for Health *Journal of Political Economy* Vol. 80, No. 2 (Mar. - Apr., 1972), pp. 223-255
9. Hervás A, J Cabasés y T Forcén. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gac Sanit*. 2007; 21(6):444-51.
10. Jones-Lee M: Valuation of reduction in probability of death by road accident. *Journal of Transport Economics and Policy*, 3, 1969; 37-47.

11. Llavador H, Roemer J y Silvestre J. Sustainability for a Warming Planet. Harvard UnivPress, 2015.
12. Mugarra I y JM Cabasés: Análisis Coste Beneficio del programa de detección precoz de metabolopatías congénitas en la CAVasca. Gaceta Sanitaria, 1990;19 (9):140- 144.
13. Ramos-Goñi JM, Pinto-Prades JL, Oppe M, Cabasés JM, Serrano-Aguilar P, Rivero-Arias O. Valuation and Modeling of EQ-5D-5L Health States Using a Hybrid Approach. Med Care.2014 Dec 17.[Epub ahead of print]. DOI:10.1097/MLR.000000000000283.

## ANEXO A

### **Cuestionario “Medida de los efectos sobre la productividad en la evaluación económica”**

*Estamos especialmente interesados en las razones y argumentos teóricos y prácticos, más que en las respuestas en sí mismas. Agradeceremos referencias relevantes de los propios encuestados o de otros autores que apoyen los argumentos aportados. Además de publicar todas las respuestas al cuestionario, se dará crédito en el cuerpo principal del informe a los autores de ideas o comentarios que se incorporen al mismo.*

1. ¿En el contexto del Análisis Coste Utilidad (ACU) y desde una perspectiva social, ¿considera que deben incluirse el tiempo utilizado por los pacientes para recibir las intervenciones/tecnologías/medicamentos?

En caso afirmativo:

2. ¿Qué tiempo debe incluirse?
  - a. Transporte
  - b. Espera
  - c. Intervención
  - d. Tiempo desde el inicio de la intervención hasta recibir el Alta médica
  - e. Otros (detallar)

3. ¿Y el de los familiares o cuidadores voluntarios/no retribuidos?
4. ¿Deben incluirse los efectos que los cambios en la salud resultado de una intervención modifican?
  - a. La productividad del paciente
  - b. El tiempo de ocio
5. ¿Deben incluirse los efectos que los cambios en la salud resultado de una intervención modifican la productividad de los familiares o cuidadores voluntarios/no retribuido?
6. ¿Cree que las formas en que se mide la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para ajustar los años de vida y calcular en último término los años de vida ajustados por calidad (AVAC) tiene en cuenta los efectos sobre la productividad?
7. ¿Cree que las formas de medir la CVRS podrían formularse de forma que incluyesen o no incluyesen sin ambigüedades la productividad?
8. ¿Deben incluirse en el ACU los efectos -en los años de vida ganados por una intervención- sobre los recursos que no están relacionados directamente con dicha intervención?
  - a. Productividad
  - b. Consumo sanitario
  - c. Consumo no sanitario
  - d. Otros (detallar)
9. Deben incluirse en el ACU los efectos sobre la productividad de una intervención que no modifica la supervivencia del individuo, relacionados con:
  - a. El absentismo por enfermedad
  - b. La variación de la productividad en el puesto de trabajo
  - c. Otros (detallar)

10. ¿Cómo valoraría monetariamente los costes de tiempo que considera relevantes?
- Salario bruto (con cargas sociales) o neto estimado
  - Salario real individual o salario medio (teniendo en cuenta o no la tasa de ocupación)
  - Coste de reemplazo
  - Disponibilidad a pagar
  - Otros (detallar)
11. ¿Cree que es posible y conveniente diferenciar los costes/efectos de tiempo que utiliza un paciente para recibir una intervención de los costes/efectos que se producen como consecuencia de dicha intervención?
12. ¿Cambiaría alguna de sus respuestas anteriores si la cuestión se plantease en el contexto del ACB o del ACE (con indicadores específicos de resultados)?
13. ¿Considera que las posiciones y divergencias entre bienestaristas y extrabienestaristas se puede asociar a distintas ideologías o sistemas de valores?
14. ¿Qué enfoques metodológicos en liza en la evaluación económica –bienestaristas vs. extrabienestaristas, partidarios de la inclusión de la productividad versus partidarios de no incluirla- cree que son más consistentes con los valores y principios del Sistema Nacional de Salud en España?
15. ¿Sería deseable avanzar hacia una mayor estandarización de los métodos de evaluación económica para que tuvieran mayor validez externa? ¿Cómo?

*Además de las respuestas a este cuestionario agradeceremos cualquier comentario o crítica sobre la versión distribuida del informe. Muchas gracias.*



# 4

## GRUPO DE DISCUSIÓN



## OBJETIVOS DE LA SESIÓN

La cuestión de si y de qué forma los efectos sobre la productividad y, en general, el tiempo de las distintas personas implicadas en una intervención sanitaria deberían contabilizarse como efectos (costes o beneficios) en una evaluación económica de la intervención no tiene un interés exclusivamente académico, pues en la medida en que la evaluación económica informe las decisiones de asignación de recursos, los criterios de contabilización de los efectos pueden afectar la eficiencia relativa estimada de tratamientos que compiten por unos recursos limitados.

En las partes anteriores del estudio se investigó el estado del debate en la literatura científica y académica, y cómo abordan el tema las agencias de evaluación de diversos países, así como las opiniones de un grupo de académicos e investigadores con experiencia en el ámbito de la evaluación económica.

Esta tercera parte del estudio intenta acercar más a lo que sucede en la vida real, es decir, en los procesos de utilización de recursos, buscando las opiniones de los que están en la gestión pura y dura de la prestación farmacéutica en España, bien en las comunidades autónomas y en el Ministerio o en las agencias reguladoras.

A continuación se incluyen las preguntas que se plantearon al grupo:

1. ¿Cree que la política y la gestión del sistema público de salud en España se fundamentan en unos juicios de valor o principios éticos claros? En caso afirmativo, ¿podría identificar aquellos que considera más esenciales?
2. ¿Cree que los estudios de evaluación económica – que consideran tanto los efectos sobre la salud de los pacientes, como los costes - deben tomarse en

cuenta para tomar decisiones de regulación, financiación y, en general, de asignación de recursos en salud?

3. ¿Cree que los mecanismos de toma de decisiones y los instrumentos de ayuda a la misma – tales como los estudios de evaluación económica - deben ser coherentes con los valores y principios del sistema y la política de salud?
3. ¿Cree que las decisiones que se toman en el sistema de salud y consiguientemente los estudios de evaluación económica deben tomar en consideración solo los efectos sobre la salud de los pacientes o también otros efectos? Tales como: a) El bienestar de los pacientes en un sentido amplio, más allá de como este se vea afectado por los cambios en el estado de salud. b) Los costes que recaen en el sistema de salud. c) Los costes que recaen en los pacientes, incluyendo el tiempo que han de dedicar a recibir el tratamiento. d) Los cambios en la productividad o en el tiempo de ocio de los pacientes, como resultado de la intervención. e) Los cambios en la productividad o en el tiempo de ocio de los cuidadores no retribuidos (familiares, voluntarios, etc.)
5. ¿Cree que los indicadores de ganancias en salud tales como los AVAC (años de vida ajustados por calidad) ya captan adecuadamente los efectos de las intervenciones sobre la productividad o que estas deberían ser incluidas de forma adicional?
6. ¿En el caso de que en los estudios de evaluación económica se incluyesen los efectos de las intervenciones sobre la productividad, cree adecuado que se tuviese en cuenta las diferencias de salario (productividad) entre pacientes?

## PARTICIPANTES

- **César de la Fuente** trabaja en el área de estabilidad presupuestaria del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, anteriormente trabajó en la Agencia Española del Medicamento.
- **Ángel María Martín** trabaja en servicios de prestaciones farmacéuticas de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- **Nieves Martín**, Directora Técnica de Farmacia en la Junta de Castilla y León.

- **César Hernández**, Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- **Elena Casaus**, jefa de sección de la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad; participa como asesora en la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos, como representante del Ministerio de Sanidad.
- **Isabel Pineros**, Consejera Técnica en la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales de Igualdad, participa en la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos en calidad de asesora.

Equipo organizador de la Fundación Gaspar Casal:

- Moderador: **Juan del Llano**.
- Logística y transcripción del debate: **Jordi Gol-Montserrat**.
- Análisis y redacción del informe: **Joan Rovira**.

## MÉTODO

Las preguntas anteriores, junto con el informe previo, se enviaron a los participantes con anterioridad a la sesión.

Al inicio de la sesión el moderador explicó el objetivo y las normas de la misma. Se pretende llegar a un cierto consenso, pero sin obviar las preferencias personales y las diferencias de opinión. Las opiniones expresadas en este debate se entiende que son a título personal y no representan necesariamente la posición de las instituciones a la que pertenecen los participantes. Se inició cada pregunta con un turno de palabra para que cada participante pudiese decir lo que pensaba sobre la cuestión y a continuación se abrió un turno libre de intervenciones.

El debate fue registrado y transcrito; a continuación se llevó a cabo el informe resumido que intenta poner de relieve las intervenciones más relevantes, seguido del análisis y comentarios del mismo.

La transcripción de las intervenciones no es literal. Se ha hecho una edición del texto original transcrito para ajustar la mayor informalidad de la expresión oral al modo escrito, manteniendo en lo posible el sentido e intención de las aportaciones. Una primera versión del informe fue enviada a los participantes para que pudiesen revisar la transcripción de sus intervenciones.

En el resumen del debate se ha utilizado letra negrita para destacar las preguntas formuladas, letra normal para las aportaciones de los participantes y letra cursiva para identificar las intervenciones de los organizadores.

## RESULTADOS DE LA SESIÓN

### 1. **¿Cree que la política y la gestión del sistema público de salud en España se fundamentan en unos juicios de valor o principios éticos claros? En caso afirmativo, ¿podría identificar aquellos que considera más esenciales?**

**Nieves Martín:** En términos generales yo creo que, sobre todo las personas o el cuerpo general que trabaja en la política y en la gestión de los sistemas públicos de salud, sí tienen unos juicios de valor y unos principios éticos muy conformados y muy interiorizados. Y creo que además siempre están mirando por el interés general, el bien común y la beneficencia en las decisiones que están tomando en su vida cotidiana porque, al final, se toman decisiones todos los días y en todo momento. Desde mi experiencia he trabajado y he colaborado en contacto con mucha gente y siempre hay unos principios que determinan a donde vamos, que queremos en terminos de salud como gestores y como usuarios como gestores y como usuarios. Y, en ese sentido, yo creo que sí están muy interiorizados esos principios.

**Isabel Pineros:** Yo creo que lo fundamental por lo que nosotros nos movemos es por cumplir el artículo 43 de la Constitución: el derecho a la protección de la salud. A partir de ahí, hay todo un marco legislativo que ha ido desarrollándose: la Ley General de Sanidad, la Ley del Medicamento, centrada en lo que es la prestación farmacéutica, la Ley de Cohesión para garantizar que hay una coordinación en todo el

Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto de Medidas Urgentes, en el cual se establece la cartera de prestaciones, que es la cartera común mínima necesaria para todo el sistema nacional, que luego puede ser complementada con otra de las comunidades autónomas. Yo creo que todo el marco legislativo es muy completo. O sea, el marco existe, aunque hay que velar porque se cumpla con equidad en todo el territorio nacional.

La función más esencial desde el Ministerio ahora mismo es garantizar la equidad en todo el sistema, como papel de la coordinación Y luego el establecimiento de la política sanitaria.

**M<sup>a</sup> Elena Casaus:** Aquí tenemos un modelo de sistema nacional de salud que se caracteriza por tener una asistencia sanitaria gratuita, es decir, que cubre a todos los ciudadanos por el mero hecho de serlo, es decir, no vinculada al trabajo - como estaba con el seguro obligatorio antes de la Ley General de Sanidad - que está financiado con los impuestos de los ciudadanos, y que esa cobertura abarca a la práctica totalidad de los españoles. Digo “la práctica totalidad” porque, con la última modificación de la legislación, se cambió la titularidad del ciudadano al asegurado. También es importante destacar los principios de la Constitución, en cuanto al artículo 43, que establece el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos, y también el artículo 41, que garantiza un régimen público para todos los ciudadanos. De ahí, pasamos a la Ley General de Sanidad, con sus sucesivas modificaciones, en la que se destacan tres puntos: 1) el carácter universal, la gratuidad (o sea, que se financia con impuestos generales, 2) que no es contributiva, y 3) el derecho fundamental a la sanidad. Y luego, en cuanto a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003, destacar el principio de equidad, en línea con el desarrollo del principio constitucional de igualdad, y también la Ley de Garantías, que es la que afecta al sector del medicamento. Destacar el artículo 91, que habla de un principio de igualdad territorial y coordinación con el que se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el Sistema Nacional de Salud. El papel del Ministerio es coordinar y garantizar esta equidad y así alcanzar el principio de igualdad.

**César Hernández:** Comparto en general todo lo que se ha dicho. A mí lo que más preocupa es el trabajo que entre todos hacemos para luego al final garantizar la equidad, defender el interés general y el bien común, garantizar los derechos que ha comentado Nieves. El problema ahora mismo es queremos construir algo excesivamente complejo que termina jugando en contra de todos nosotros y hace que al final los medicamentos sean cada vez más y más caros... Quizá lo que haya que discutir es si, efectivamente, todo lo nuevo es mejor o si todo lo nuevo debe ser más caro, exponencialmente más caro.

**Ángel María Martín:** Yo no tengo ninguna duda de que la gestión tiene principios, juicios de valor y principios éticos claros si hablamos en términos generales, aunque si entras a personalizar e individualizar encuentras un micro-mundo en sí mismo. Pero no tengo tan claro que esto se dé también en la política. Hemos vivido situaciones muy contradictorias que precisamente yo creo que si han aflorado, ha sido por no haber tenido unos principios claros. Porque todos los principios son legítimos, pero deben de ser transparentes en un tema tan importante como el Sistema Nacional de Salud, que es, probablemente, uno de los elementos que más valor tiene para la población ¿Y qué valores resalto en el ámbito de la gestión? El primero, la equidad. Yo creo que con independencia del territorio y del servicio de salud en el que estemos, no hay nadie, ningún gestor que tenga interés en hacer una asignación que no sea equitativa de los recursos, nadie que haga una asignación de recursos pretende que sea parcial. Pero es imposible que la distribución sea igualitaria: por más que queramos no puede haber un hospital en una zona rural. Otro principio, que yo creo que también es universalmente buscado y creo también que respalda muchas de las decisiones de gestión que se toman, es la eficiencia. Es decir, cada vez más el valor de la eficiencia es un valor en sí mismo que está detrás de la mayoría de las decisiones. También hay que resaltar la solidaridad: tenemos el Sistema Nacional de Salud porque existe una enorme solidaridad de toda la población en la asignación de recursos para con todos los que tienen necesidades en salud. Y otro valor que yo también resaltaría es la profesionalidad. El sistema de salud pivota en las profesiones sanitarias. Las profesiones sanitarias - médicos, farmacéuticos, enfermeros - tienen una tradición de códigos éticos muy consolidada y eso también da mucho valor a los principios éticos del Sistema Nacional de Salud, algo intangible

para todo el Sistema dentro del ámbito de la gestión. En el ámbito de la política ya no me atrevería ni remotamente a decir lo mismo.

**César de la Fuente:** Estoy bastante de acuerdo con muchos de los valores que se han apuntado: equidad, justicia, eficiencia. Pero probablemente el debate no daría tanto de sí si lo hubiéramos realizado hace unos años. Esta crisis yo creo que ha tenido un efecto fundamental, que ha hecho tambalearse algo que dábamos, en cierto sentido, casi por seguro. Por ejemplo, antes de la crisis no se hubieran cuestionado alguno de estos principios éticos, ni se hubiera planteado la necesidad de hacerlo. Pero los problemas de recursos financieros han hecho plantearse tanto la universalidad del sistema, que parecía algo básico y que nadie tocaría, o la generosidad del sistema, es decir, el acceso a las prestaciones, cuánto aportan los ciudadanos, etcétera. Yo creo estos deberían ser los pilares de nuestro sistema de salud y los principios éticos a seguir. Parece ser que mantener estos principios dentro de los límites o umbrales que se venían asumiendo hasta el momento pudiera poner en peligro la sostenibilidad futura del Sistema Sanitario. A lo mejor lo que se requiere es un nuevo planteamiento de planificación, estableciendo unas bases claras de lo que el Sistema de Salud debe ser. Si los principios quedan claramente definidos y se plantea un Sistema Nacional de Salud de forma firme y con cimientos sólidos, las crisis no tendrían por qué generar dudas sobre estos principios. Lo que puede estar ocurriendo es que a lo mejor estos principios no eran tan firmes como nosotros suponíamos. En mi opinión son intocables. Se afirma a veces que el sistema sanitario, tal como está planteado actualmente, no es sostenible. Pero esto depende de cuántos recursos estamos dispuestos a destinar a sanidad. No somos un país que en principio destaque por destinar recursos tan elevados a su sistema de salud, y por otro lado, parece que tenemos a día de hoy un sistema de salud algo tocado. En los últimos años se está avanzando mucho en el conocimiento del destino final de los recursos financieros en el ámbito sanitario, y esta información facilitará el futuro debate sobre la suficiencia de los mismos para cubrir las necesidades de la población.

**Nieves Martín:** A pesar de la crisis, de lo difíciles que han sido estos años y de las reducciones de salarios de los profesionales, los principios generales se han mantenido de una forma bastante consistente..., se ha mantenido el sistema público, se ha mantenido la asistencia, se ha mantenido el espíritu.

*En el debate algunos miembros del grupo manifiestan no estar totalmente de acuerdo respecto a que los valores del sistema de salud sean claros y compartidos de forma general por todos los actores y que, en último término se dan importantes diferencias territoriales – por CCAA - en el acceso.*

**Ángel María Martín:** Creo que las diferencias son menores a las que hay en cualquier otro ámbito. Ciertamente hay 17 sistemas, pero yo creo que esto es otro valor, que genera, probablemente, muchísima más creatividad e ideas. Yo no hablaría de variabilidad, sino de variedad.

**Isabel Pineros:** Yo creo que en tiempo de crisis cada comunidad autónoma ha intentado ajustarse a su realidad.

**Ángel María Martín:** Cierto, porque la realidad de Castilla - La Mancha y la de Madrid, que tiene una enorme concentración de población, no tienen nada que ver.

**Isabel Pineros:** Vale. Pero sí es cierto que a nosotros (Ministerio de Salud) desempeñar el papel de coordinación nos cuesta muchísimo, porque es muy difícil conseguir información de las 17 entidades gestoras.

**Ángel María Martín:** El INSALUD estaba centralizado y además funcionaba estupidamente, pero era un auténtico reino de taifas local... Creo que sale en todas partes que el Sistema Nacional de Salud necesita un órgano de gobierno real.

**Isabel Pineros:** Una coordinación que se puede ejercer y que se ejerza. Pero para coordinar hace falta compartir. Hay que compartir: valores, definiciones, tiempos, experiencias... Considerando que hay en ello un beneficio conjunto.

**Nieves Martín:** Aunque reconozco la necesidad de mejor coordinación, estoy de acuerdo con Ángel en que no hay 17 sistemas. De hecho, las comunidades estamos bastante de acuerdo en muchísimos aspectos y entre nosotros compartimos información, intereses, enfoques y sin muchos problemas; pero esa labor nosotros la hacemos por nuestra cuenta.

**Ángel María Martín:** La crisis ha sido una oportunidad y yo creo que el tema de la eficiencia jamás ha tenido tantísima consideración a nivel de profesional como la que tiene ahora, con todo y la enorme dificultad que sigue teniendo. Es decir, cuando llegas a la toma individual de decisiones todavía no es sencillo gestionar el máximo nivel de eficiencia, pero es que no hace mucho era impensable ni siquiera plantearlo...

**César Hernández:** ...ni discutirlo.

**Ángel María Martín:** Efectivamente, hemos evolucionado enormemente. Sin la concienciación de las profesiones por la eficiencia, por mucho que tengan distintas preferencias, sería imposible estar gestionando el tema de la hepatitis C, para tratar de romper el monopolio, tal como lo estamos haciendo. Es decir, la crisis ha producido una sensibilización muy importante en el tema de la eficiencia, que llega hasta el nivel de profesional, y que hasta ahora se quedaba a nivel de gestor y gestor medio. Lo que yo echo en falta en el Sistema Nacional de Salud para poder gestionar con eficiencia es una herramienta que nos permita decir que no. No tenemos una herramienta potente para decir que no. Nos tenemos que tragar temas, tecnologías, medicamentos, que estaríamos todos, profesionales incluidos, encantados de poder rechazar. Nos falta la herramienta del no. Esa herramienta tendríamos que ser capaces de construirla.

**César Hernández:** Lo que pasa es que es difícil de construir, tanto a nivel de comunidad autónoma como a nivel nacional.

**Joan Rovira:** *En algunos países se utiliza la evaluación económica como herramienta para decir que no a la financiación pública o a precios excesivamente elevados. ¿No podría adoptarse este enfoque en España?*

**César Hernández:** Se dice que en España no se tiene en cuenta el análisis económico, pero esto no es cierto. Otra cosa, es que se haga explícito, tal como se hace en otros sitios.

**Isabel Pineros:** O en qué momento se hace el estudio económico.

**César Hernández:** La economía en general explica muy bien las cosas cuando han pasado, pero tiene más dificultad como herramienta predictiva para determinar metodología sólida que no sea vulnerable. Obviamente, necesitamos avanzar en este tema. Pero se ha generado una herramienta [legislativa, de evaluación] - y hay varios ejemplos en el mundo - que cuando se utiliza con un valor absoluto pensando que hemos resuelto el problema, al final te encuentras premiando - y la propia legislación para medicamentos huérfanos o pediátricos, lo demuestra - cosas que no eran lo que tú querías premiar. Necesitamos una aproximación paso a paso en la que vayamos haciendo síntesis de todo esto, vayamos acumulando experiencia; pero no hacer un marco excesivamente teórico que nos obligue demasiado, porque nos podemos encontrar en situaciones que no estábamos buscando. Es decir, ¿qué queremos? ¿Calidad de vida y bienestar? Sin duda, no solamente algo que me baje 10 milímetros de mercurio la tensión. Ahora bien, cuál es el instrumento por el que vamos a medir esto (y solo esto) es algo que creo que está todavía en discusión.

**Isabel Pineros:** Es como los 30.000 euros por AVAC (39). Si se pusiera claramente esa cifra, todos los laboratorios presentarían escenarios económicos para quedarse justo debajo de este umbral, lo que haría aumentar el gasto. Y luego tendríamos que hacer otra bolsa adicional para los productos que se pasan del umbral, tendríamos que financiarlos de otra manera. No se puede estandarizar tanto.

**Ángel María Martín:** Eso es la disponibilidad a pagar: Estoy dispuesto a pagar 30.000 euros por AVAC. Esto es lo que ya estamos haciendo, por desgracia. Que se haya otorgado un precio de cerca de 300 euros a un propanolol, o que un producto valga un euro, porque es para niños, cuando se está haciendo por fórmula magistral a tres perras gordas, no tiene más explicación que quien ha hecho las cuentas y ha presentado el producto, ha echado cálculos con la disponibilidad a pagar de 30.000 euros por AVAC.

**César Hernández:** Esto es lo que hay ahora en la legislación.

---

(39) (30.000 euros por AVAC es el umbral de la razón coste-efectividad incremental sugerido como valor máximo para aceptar una nueva tecnología en España).

**Ángel María Martín:** Pero a lo que voy es al tema de que las empresas ya se han dado cuenta, aunque no esté escrito... Ya nadie pide menos.

**Isabel Pineros:** Cuando te presentan la solicitud de precio, te dicen 900 y les dejas en 400 y dices: “Qué bien estoy”. Y podías haberlo dejado en 200. O en 23.

**M<sup>a</sup> Elena Casaus:** O en 5.

**Ángel María Martín:** O en 2,5. Y lo siguiente es: ¿qué es un medicamento huérfano ahora mismo? Es decir, en su momento, cuando se planteó la legislación del medicamento huérfano, todo el mundo tenía claro lo que era un medicamento huérfano y una enfermedad rara. Ahora mismo puede ser una variante de la cepa del catarro de toda la vida.

**M<sup>a</sup> Elena Casaus:** Sí, si va dirigido a subpoblaciones.

**2. ¿Cree que los estudios de evaluación económica – que consideran tanto los efectos sobre la salud de los pacientes, como los costes - deben tomarse en cuenta para tomar decisiones de regulación, financiación y, en general, de asignación de recursos en salud?**

**César de la Fuente:** La información de las evaluaciones debiera ser valiosa. Muchas veces estos estudios de evaluación económica pueden generar dudas, ya que en el caso de los medicamentos la mayoría son realizados por una parte interesada, como son los titulares de la autorización de comercialización. Y resulta muy curioso cuando se observa que todos los estudios que ha publicado una determinada empresa encuentran resultados positivos para sus medicamentos. Analizas otra y ocurre lo mismo. Yo creo que a las evaluaciones económicas todavía les falta algo de madurez. Es cierto que se ha avanzado mucho en la metodología a aplicar, el seguimiento de los estudios y la publicación de resultados, que ha mejorado la credibilidad de estos estudios. Pero si en base a esos estudios, que yo creo que son necesarios y valiosos, se va a tomar una decisión con un impacto muy importante en términos de salud de la población y gasto, lo primero que hay que asegurar es

que el resultado sea creíble y reproducible, y en ese sentido yo creo que todavía hay mucho por andar.

**Isabel Pineros:** Creo que depende del momento en el que se presente el estudio. Antes del registro o autorización de comercialización yo no le veo sentido a la evaluación económica. Para el reembolso público, sí. De hecho, el real decreto de medidas urgentes introdujo el tema del coste efectividad y del impacto presupuestal en la ley de garantías de antaño...o sea que ya la legislación por lo menos contempla que se tenga que tener en cuenta este criterio para la financiación pública. Otra cosa es cómo esto se esté desarrollando, cómo se esté articulando y quién lo haga.

*Juan del Llano pregunta si una evaluación económica hecha por organismos independientes, es decir, no por el promotor, no podría evitar esa especie de regateo ciego que parece la negociación descrita anteriormente.*

**César Hernández:** Yo creo que no en este momento, por una cuestión: Está muy bien y está bien pensado. Sin embargo en la práctica sería inviable. Es la percepción que yo tengo, pero puedo estar equivocado.

**Juan del Llano:** *Pero inviable, ¿Por qué?*

**César Hernández:** Yo creo que todos estamos de acuerdo en que no sabemos el valor real del medicamento. Obviamente, alguien tiene que tomar la decisión de precio; esa decisión de precio se puede tomar como en Alemania y mientras tanto ya negociaré por otro lado.

**Isabel Pineros:** Yo estoy más por que el organismo independiente la realice con posterioridad, una vez que el medicamento está financiado y en el mercado.

**Juan del Llano:** *Sí, si Alemania tarda 12 meses.*

**César Hernández:** Porque al principio resulta muy sencillo de justificar. Es un escenario muy quebradizo. Y absolutamente voluble.

**Isabel Pineros:** Ejercicios teóricos.

**Ángel María Martín:** La cuestión es: relajémonos, cambiemos un poco el modelo y vayamos acompañándolo al nivel de conocimiento que tenemos. ¿Con qué choca esto básicamente? Con la supuesta necesidad de la industria de recuperar la inversión cuanto antes. Pero, bueno, no toda la inversión hay que recuperarla. En eso estamos de acuerdo, ¿no? Parece que todo lo que es innovador hay que financiarlo y daban el otro día cifras según las cuales en esta legislatura, de 190 productos innovadores, se han financiado 181. Tratamientos, algunos de cuarta línea en oncología, o sea, son cosas que a veces, no sé, realmente qué aportan.

**Isabel Pineros:** Y quién revisa el mercado después. Es que eso sería fundamental.

**Nieves Martín:** La evaluación económica yo creo que tiene interés. El tema está en qué valor y qué credibilidad se le da, qué nicho van a ocupar según el tipo de producto o la situación que tienen los distintos grupos de productos. Hay una serie de variables que, si te encorsetas en lo que vas a pedir, te pillas tú solo. Porque, al final, te van a poner encima de la mesa lo que tú estás pidiendo, cuando el mercado es tan variable y las situaciones son tan cambiantes. Si lo regulas todo y te encorsetas, vas a chocar, te vas a dar un golpe contra la pared. Al final va a ir en contra tuya. Ese afán de ser más transparente, de transmitir esa información al final perjudica al sector público, al comprador público. Esa es la experiencia que vamos teniendo todos; a lo mejor hay que buscar formas de hacerlo, de considerarlo. Pero que no nos encorsete tanto que no podamos dar respuesta a las realidades.

**Isabel Pineros:** Aparte de que la mayoría de las veces, cuando tú haces una evaluación de un medicamento y estudias dónde está terapéuticamente ese medicamento, te encuentras con que en dos meses te llega otro parecido. Con lo cual todo lo que has considerado o todo lo que has montando, se te desmonta a los dos meses o al día siguiente.

**César de la Fuente:** Creo que hay cierto miedo a afrontar esa decisión, la del sistema de decisiones a adoptar. En mi opinión el sistema actual no es el mejor posible

ya que traslada al prescriptor o al que utiliza el servicio la responsabilidad de tomar una decisión que tiene un impacto grande en la eficiencia, y esta toma de decisiones se realiza en base a una información en muchos casos insuficiente, y en algunos otros interesada. A lo mejor es más sensato que la administración, valorando las situaciones con la máxima información disponible, adopte decisiones que aporten las máximas garantías posibles para avanzar hacia un sistema más eficiente.

**Ángel María Martín:** Cuando se plantea el tema de los análisis de costo-utilidad, casi siempre es de modo puntual; es decir, viene un medicamento oncológico que gana unos cuantos meses de vida con calidad, lo que justifica un precio brutal. Sin embargo, ¿quién hace un estudio así para tratamiento del juanete o para otras tecnologías que podrían beneficiar a montones de personas? No hay un sólo análisis de coste utilidad de cuánto están haciendo sufrir los juanetes y de qué poquito nos costaría solucionarlo. Tomar esas decisiones teniendo información comparativa, es lo que nos falta. Lo que veo yo es que estos estudios se presentan cuando hay interés en justificar un determinado precio y cuando no se puede dar el dato de cuánto ha costado la investigación del medicamento. En base a estudios de coste utilidad se puede sostener que el medicamento es eficiente y, a lo mejor, puede que lo sea. Pero dónde están los estudios similares para tratamientos que mucha gente está esperando recibir? ¿Dónde están esos estudios para las gastroscopias? El problema que yo le veo al tema de los estudios de coste-utilidad es que lo veo focalizado exclusivamente para generar un beneficio a alguien que tiene interés en justificar un precio muy alto. Ojalá tuviésemos éstos estudios para todo lo que la mayoría de la gente necesita cada día en sus consultas, porque hay montones; no hay más que irse cualquier centro y ver las consultas externas de la gente: un señor que ha estado cuatro meses esperando para que le vean por un dolor de estómago.

**Joan Rovira:** *Yo siempre he pensado que la evaluación económica podía ser un instrumento del regulador y del financiador para poder rechazar con argumentos explícitos las demandas de la industria y también de pacientes y médicos. Lo que me pregunto es ¿Por qué la administración no lo ha hecho suyo y aplicado? Las empresas tendrían que ajustarse a los criterios que se estableciesen.*

**Isabel Pineros:** O no. No hay que perder de vista que en su mayoría son multinacionales: lo que se decide en España afecta al resto y al revés.

**Ángel María Martín:** ¿Pero entonces no tienes capacidad o soberanía para decir “este producto no lo reembolsamos”?

**Isabel Pineros:** Sí, puedes, pero a lo mejor te quedas sin el producto, porque te dicen que no pueden bajar a tu precio.

**Ángel María Martín:** Bueno, pues entonces se quedan sin vender el producto y tú lo explicas a tu población. Ese es el siguiente escalón que falta, donde se construye el no, porque, detrás de ahí normalmente hay una asociación incipiente.

**Nieves Martín:** Las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes. Y se sientan a la puerta del hospital, de la consejería...

**Isabel Pineros:** O del Ministerio.

**Isabel Pineros:** Yo sí que veo la utilidad a estos estudios si se aplicaran no solamente a medicamentos innovadores sino también a otras alternativas terapéuticas de mayor prevalencia, porque ahora va mucho a nichos de mercado. Y siempre y cuando los hiciese una agencia independiente y no vinieran de la propia industria.

**Ángel María Martín:** Ahora mismo para una empresa lo más rentable, sí es posible, es registrar algo para una indicación de una enfermedad rara real, teniendo ya una indicación mayoritaria como objetivo para el año siguiente. Así se obtiene el precio alto de la indicación de medicamento huérfano y por mucho que quieras ajustarlo (bajarlo) después, estás pagando precio de medicamento huérfano para toda la vida. En ese sentido, no es una herramienta que ayude ni remotamente.

**César de la Fuente:** Yo hacía hincapié en que esas evaluaciones tuvieran esa independencia, que hubiera un organismo a nivel nacional que determinara las necesidades y hubiera unos investigadores independientes que llevaran a cabo esos estudios

para cubrir esas necesidades Eso aumentaría la credibilidad de estos estudios, desde luego. Pero es cierto que no se ha avanzado suficientemente en ese sentido.

*Se comenta también que la evaluación es más fácil después de la autorización, cuando hay evidencia del impacto real del medicamento y se discute cuán costosos son estos estudios.*

**3. ¿Cree que los mecanismos de toma de decisiones y los instrumentos de ayuda a la misma – tales como los estudios de evaluación económica - deben ser coherentes con los valores y principios del sistema y la política de salud?**

*Juan Del Llano: Entramos ahora en los mecanismos de toma de decisiones y en qué papel puede jugar la evaluación económica y si además, todo esto tiene que ser coherente con los juicios de valor y principios del sistema de salud.*

**Nieves Martín:** Tiene que haber una coherencia de todo el proceso, desde la autorización de comercialización, hasta la utilización, pasando por los estudios de evaluación económica. La cuestión es cómo esa declaración de principios, que tiene todo el sentido, se lleva a la práctica y a la realidad y cómo te lleva a situaciones que a veces son kafkianas porque hay otros intereses y un entorno. Porque te encuentras luego con otra situación: la de las distintas indicaciones progresivas, en que piensas “esto ya no responde a nada, a ningún principio, ni a la evaluación que se hizo inicialmente”. Sin embargo, no puedes negarte, porque estás limitado y encorsetado debido a que aceptaste la indicación inicial del principio y no tienes mecanismos ni elementos adecuados. Yo veo modificaciones de precio por incorporación de indicaciones y son pequeñitas, lo que se dejan para introducir una modificación sustancial.

**Ángel María Martín:** Se está introduciendo un elemento que es condicionar la autorización, así después es posible o tienes por lo menos la fortaleza moral para poder exigirlo. Ese es un camino que se está empezando. Por ejemplo, los acuerdos precio-volumen pueden ser útiles cuando la empresa afirma que lo más que se va a tratar es todo el universo de pacientes que hay conforme a los estudios existentes;

previando que probablemente aparezcan más o que pueda haber indicaciones que surjan posteriormente, se puede introducir la condición de que en el momento en el que se supere dicho volumen se produce la obligación y compromiso de revisión del precio. Y ahí sí que se puede establecer unos criterios.

**Ángel María Martín:** Creo que, de alguna manera, estamos hablando de todo en el mismo nivel y probablemente, habría que reconocer dos niveles. Es decir, todavía la mayoría de acciones en el mercado tradicional son incorporaciones que tienen un manejo de negociación de precios razonable. Nos estamos focalizando más en las novedades que vienen, fundamentalmente, los biotecnológicos y los hospitalarios. Un producto para la diabetes todavía tiene, a día de hoy, tiene una gestión bastante potente dentro del sistema de fijación de precios porque existen muchas alternativas buenas y válidas. Y en el momento que tienes alternativas también muy buenas en el mercado, tienes mucha, mucha potencia en la negociación. En cambio, en el ámbito hospitalario cuando te vienen con el límite de la utilidad y como única información tienes la que te presentan, no tienes las herramientas correctas para poder escaparte. Y más teniendo en cuenta que además te vienen cuando ya han negociado un precio elevado en el país de origen de la propia industria.

**Isabel Pineros:** Reconforta que al ver cómo está situado el precio español respecto al resto, dices: “No está mal” en los precios oficiales europeos. Claro, luego todos tienen sus acuerdos adicionales, que no se pueden encontrar en ningún sitio.

**Nieves Martín:** En muchísimos casos ves publicaciones que dicen: “Hay un acuerdo que es confidencial”. En todos los países. Acuerdos confidenciales en los medicamentos hospitalarios y en los biotecnológicos y demás. Acuerdos confidenciales prácticamente en todo lo que supone un producto nuevo y un precio elevado.

**Nieves Martín:** Y luego cada país va teniendo 20 tipos de acuerdos confidenciales y de situaciones que...

**Isabel Pineros:** Que no se cuentan. Y que ni siquiera sabe la filial nacional con respecto a sus filiales de la misma multinacional en el resto de países.

**Juan Del Llano:** *Pero, a ver, el sistema tiene aliviaderos. Porque vosotros fijáis precio oficial y luego los pagadores negocian en los hospitales y puede haber diferencias...*

**Nieves Martín:** En los nuevos prácticamente poco.

**Ángel María Martín:** En los que hay competencia, sí.

**4. ¿Creéis que las decisiones que se toman en el sistema de salud, y consiguientemente los estudios de evaluación económica, deben tomar en consideración solo los efectos sobre la salud de los pacientes o también otros efectos tales como el bienestar de los pacientes, en un sentido amplio, más allá de cómo este se ve afectado por los cambios de los estados de salud?**

**Ángel María Martín:** ¡Cómo no se van a tener en cuenta! Es que si no fuese así, la medicina, la ciencia sanitaria sería deshumanizada. Creo que desde el punto de vista de la evaluación económica esto se debe de tener en cuenta. No sé si también desde el punto de vista clínico. Pero no veo por qué el hecho de que tenga un valor añadido en este ámbito deba generar una reclamación de precio mayor.... En el escenario que tenemos, lo único que nos planteamos es precios para arriba. Pues a lo mejor lo que eso debería es justificar es, por ejemplo, que el clínico va a percibir que sus pacientes prefieren este medicamento porque es más cómodo de administrar y va a aumentar su cuota de mercado. Hay una serie de intangibles que uno valora personalmente cuando tiene que ponerse en tratamiento. Y asociamos automáticamente ese valor, sea el que sea, para justificar unos precios. Y a lo mejor tendríamos que ser capaces de decir: "Utilizo esto para mi proceso o utilizo esto otro. Esto es lo que lo justifica." Habría competencia y los clínicos y el paciente decidirían dentro de las distintas opciones.

**Nieves Martín:** Pero la realidad no ha ido por ahí... Yo estoy de acuerdo en que en determinados segmentos de productos, que están bien cubiertos, el último entra al precio del que ya está (mas o menos) o no entra. Si es buenísimo, coge el mercado que quiere. Pero la realidad no ha sido esa. La realidad ha sido que cuando un producto entra en el mercado basa toda su estrategia en captar un volumen que cubra

sus expectativas, por así decirlo. Pero como tiene un precio mucho más alto que lo que había, cubre sus necesidades de financiación de todo ese tipo de cosas. Y encima a nosotros nos va haciendo un agujero a cambio de nada. Entra a competir para el clínico, aunque luego la percepción esa de que es “mejor” no sea real, no exista, no se produzca.

**Ángel María Martín:** Sí, está dando un beneficio teórico que no tendría por qué ser siempre trasladable a un mayor precio. Deberíamos ser capaces de gestionar situaciones en que un producto mejor está compitiendo y tiene algunas ventajas. Esto no debería justificar un mayor precio, porque al nicho que va y al precio que tiene no tiene por qué generar más coste. El que tiene una ventaja para el paciente, esto le genera un beneficio, porque gracias a esa ventaja se va a llevar un mayor número de pacientes.

**Juan Del Llano:** *¿Deberían considerarse otros efectos de las decisiones: los costes que recaen en el sistema de salud, los costes que recaen en los pacientes incluyendo el tiempo que han de dedicar para recibir su tratamiento, los cambios en la productividad o en el tiempo de ocio de los pacientes como resultado de la intervención, los cambios en la productividad o el tiempo de ocio de los cuidadores no retribuidos (familiares, voluntarios, etc.)?*

**César de la Fuente:** Los costes que recaen sobre el sistema de salud, sí, por lógica. Respecto a los demás, como administración habría que darlos a conocer como una valoración de lo que aporta una tecnología. El informe de posicionamiento terapéutico a mí me parece el mejor instrumento, que debería ampliarse a los aspectos de eficiencia (es decir, incluyendo aspectos económicos). Como administración se debe dar esa información a quien vaya a utilizar esa prestación. Se han de conocer estos costes para prever los escenarios futuros del sistema de salud y lo que se va a poder gastar, los recursos disponibles y la distribución de los recursos.

**Juan Del Llano:** *¿Y los efectos sobre el paciente: sobre su tiempo, el ocio, la productividad...?*

**Ángel María Martín:** Se tienen en cuenta, pero no se estandarizan en estudios de evaluación.

**César de la Fuente:** Yo lo veo difícil. Ahora, conociendo con más profundidad el funcionamiento, te sorprende la estanqueidad... todo se mide en diciembre, en base a los presupuestos anuales. Sí se mide el efecto de una acción o de una decisión, posiblemente se precise más de tres o cuatro años para ver ese efecto, ¿No? Pero ¿qué pasa? Que ese cálculo siempre se realiza por ejercicios, hasta diciembre. Esto de los presupuestos anuales... a lo mejor en sanidad habría que ampliar los supuestos a más de un año. Para evaluar el impacto en términos económicos de intervenciones en salud parece que ese esquema presupuestario actual no está del todo adaptado.

**Joan Rovira:** *No se trata ahora de mirar los aspectos metodológicos de cómo medirlo, sino de juzgar, como decisores que interpretáis los valores del sistema de salud, si habría que tenerlos en cuenta. En los estudios de evaluación económica se distinguen dos perspectivas de análisis. La perspectiva del sistema de salud, que se centra básicamente en los AVAC, como beneficios clínicos para el paciente, y en los costes para el sistema de salud y la perspectiva social, que tiene una visión más global, que incluye los beneficios a los familiares, los efectos a largo plazo, o sea, mucho más amplia. En este punto hay distintas posiciones entre los países que aplican la evaluación de una forma más rigurosa, con unas guías metodológicas claras, etc. Quizá se debería reformular la pregunta en los siguientes términos. Si os dijera: Supongamos que a partir de ahora en España vamos a aplicar los estudios de evaluación económica de forma más rigurosa y sistemática ¿Con qué tipo de perspectiva os sentiríais más cómodos en cuanto a que represente mejor los valores del sistema? ¿Con una visión que considere solo los beneficios para los pacientes y los costes para el sistema de salud o con una más amplia que tenga en cuenta otros efectos sobre el bienestar social?*

**Nieves Martín:** Creo que las dos pueden ser complementarias, dependiendo de cuál sea el objetivo para el cual lo vas a utilizar: Precios, reembolso, aceptar o no una indicación u otra,...

**Ángel María Martín:** Esto tiene que ver con los comentarios anteriores sobre bajas laborales. Es decir, desde el punto de vista del Gobierno de la nación, la perspectiva debe ser global. Pero si yo tuviese de decidir la perspectiva, elegiría la del servicio de salud, sin ninguna duda. Si estuviese en otro ámbito, probablemente te diría otra cosa. Pero estamos gestionando un presupuesto y los ahorros que les generas a otros son interesantísimos, sin la mínima duda que lo son, pero no revierten después a salud, no hay un flujo de vuelta. Por lo tanto, tienes que focalizar sin la más mínima duda el estudio en la entidad en la que al final se van a generar los gastos y los ahorros.

**Nieves Martín:** En términos generales estoy de acuerdo con Ángel. Salvo que el tipo de producto qué estés valorando tenga un impacto muy elevado en algún aspecto de los pacientes, tal como la productividad, las bajas laborales..., que entonces, de alguna forma lo tienes que tener en cuenta. Pero tendrían que ser productos con mucho impacto.

**Ángel María Martín:** El gestor dice: "Este tiene más precio porque ahorra bajas laborales". Pero esto es un dogma que hay que romper.

**Joan Rovira:** *Esto un debate de valores creo yo. Decidir si hay que tener en cuenta un efecto como beneficio o costo o no tenerlo en cuenta.*

**Nieves Martín:** Yo creo que no es tanto de valores, es de realidades, es muy pragmático. Porque en los valores estamos de acuerdo, pero estamos hablando de que cuando lo llevas a la práctica, a la realidad te encuentras con un muro a veces infranqueable.

**Ángel María Martín:** En una charla con NICE decían que su perspectiva era la del Servicio Nacional de Salud. NICE no es Dios, pero tampoco es un disparate pensar que si todo el gasto y toda la financiación están en un ámbito, el decisor plantee que los estudios se focalicen en dicho ámbito. Si quiero hacer un estudio académico o la Presidencia de Gobierno quiere hacer un estudio global, el ámbito puede ser otro, pero el estudio de un elemento cuya utilización se hace de manera casi

exclusiva en el Sistema Nacional de Salud va a ser mucho mejor visto si la perspectiva es la del Sistema Nacional de Salud...; tener en cuenta los costes que recaen en los pacientes, como por ejemplo, si ha tenido que modificar su casa porque tiene una incapacidad, creo que eso complicaría muchísimo el análisis; lo útil y lo práctico sería centrarse en la perspectiva del financiador.

**Juan del Llano:** *Veo que aquí no ha calado la sensibilidad de la perspectiva social. Así, ¿si apareciese un medicamento estupendísimo que redujera las bajas laborales – reduciendo así el gasto del sistema público – no habría que valorar este aspecto a la hora de fijar precio? Ahí tendría que haber vasos comunicantes, me parece.*

**Ángel María Martín:** Estábamos hablando del estudio farmacoeconómico para fijar precios. El valor que tiene un medicamento en temas sociales lo está valorando probablemente el médico en cada decisión que toma.

**Isabel Pineros:** Creo que el medicamento que ahorra bajas laborales es un medicamento que suele tener una eficacia muy buena. O sea, está implícito en la actividad terapéutica del medicamento.

**Joan Rovira:** *Hay algunas enfermedades y tratamientos para los cuales los costes indirectos son nulos o muy pequeños. En cambio en otras, por ejemplo, las enfermedades mentales, pueden llegar a ser el 90% de los costes totales. Incluir o no los costes indirectos implica que los costes totales estimados varíen en un factor de 10:1, lo cual podría modificar enormemente las decisiones resultantes, suponiendo que se utilizasen umbrales de coste efectividad para fijar precios y financiar productos.*

**Ángel María Martín:** Vamos al mundo socio-sanitario, que cada vez más se empieza a gestionar dentro del ámbito sanitario. Ese elemento, todo lo que es la parte del mundo socio-sanitario, sí que lo considero adecuado incluirlo, en cuanto a los cuidadores yo no tengo la más mínima duda; pero el tema de las bajas es otro campo.

**5. ¿Creéis que los indicadores de ganancias en salud, tales como los AVAC, es decir, los años de vida ajustados por calidad, ya captan adecuadamente los efectos de las intervenciones sobre la productividad o que estas más bien deberían de ser incluidas de forma adicional?**

**M<sup>a</sup> Elena Casaus:** Yo creo que no, porque los AVAC tienen en cuenta la calidad de vida del paciente, o sea, situaciones inherentes al paciente, referidas a su salud. Y la productividad no solamente afecta a ese individuo, sino también a los costes del empresario, porque debido a las bajas laborales este tiene que recurrir a otra persona, con los consiguientes costes de formación. O sea, son costes que no afectan solo al propio paciente, sino en un tercero, por lo que los AVAC no los tendrían en cuenta.

**César de la Fuente:** De forma directa, no; pero si la salud del paciente mejora sí que va a repercutir en los costes de productividad de forma indirecta (por ejemplo va a poder trabajar...).

**Ángel María Martín:** En esto difícilmente podemos posicionarnos los que no somos expertos. Me faltan elementos de juicio suficiente para poder decirlo. Es decir, hay escuelas dentro de los economistas que entienden que sí, que en el AVAC ya va implícito, y otros que dicen que no. Quien dice que tiene que ir en el numerador y quien dice que tiene que ir en el denominador. Es un elemento que yo creo que tenéis que resolver en el ámbito de los economistas relacionados.

**Joan Rovira:** *Yo creo que hay decisiones que reflejan valores sociales, sobre los que las opiniones de los economistas no deberían pesar más que los de cualquier ciudadano.*

**6. En el caso de que en los expedientes de evaluación económica se incluyesen los efectos de las intervenciones sobre la productividad, ¿creéis adecuado que se tuviese en cuenta las diferencias de salario (productividad) entre pacientes?**

**César Hernández:** Me parece demasiado complejo y enrevesado para tomar la decisión que hay que tomar. Y sofisticarlo tanto... Si al final lo que vais es a justificar un precio más alto por parte de la compañía, lo que me parece es seguir esta deriva por la cual hay cada vez una situación más compleja, muy interesante pero que es compleja para luego tomar decisiones como las que estáis planteando aquí.

**Joan Rovira:** *La idea es que hay dos opciones: 1) Tomamos un valor medio de la productividad, la productividad media del país, estimándola por medio del salario medio español, y a cada paciente se le asigna este mismo valor. O bien, 2) Intentamos asignar de la forma más válida posible a cada individuo de la población afectada por la intervención su salario/productividad real.*

**Nieves Martín:** Y todo ello para llegar a fijar un precio que la compañía farmacéutica ha decidido previamente en base a sus propios planteamientos. Porque al final, a ti te ponen encima de la mesa una propuesta con un rango estrechito, pequeñito, del que no se mueven. Esa es otra parte de la realidad. Que en esta mesa la conocemos todos.

**Juan del Llano:** *Sí, pero vosotros tenéis también herramientas. Lo podéis tener ahí en "stand by" un montón de meses...*

**Nieves Martín:** No, hay que cumplir los procedimientos.

**Juan del Llano:** Podéis negociar de alguna manera, digo yo.

**Ángel María Martín:** Desde luego hay algunas herramientas, porque si no, estaríamos completamente vendidos. Pero es verdad que el margen de maniobra es pequeño. La herramienta probablemente más fuerte sigue siendo la del sí o no, cuando puedes jugar con ella. Esa es la herramienta más fuerte y esa es la que de verdad deberíamos ser capaces de potenciar tanto como podamos. Que pudiésemos decirle un: "No, ahí te quedas". Porque, cuando dices "no", es cuando se produce un replanteamiento de las situaciones.

**Juan del Llano:** En la primera pregunta, y con esto ya cerramos, la práctica totalidad habéis mencionado la equidad como principio clave del sistema de salud. Y se ha señalado la importancia de la eficiencia como uno de los grandes impactos de la crisis, que además ha calado en el profesional, volviéndolo más sensible al precio y al coste. Pero son dos principios que en ocasiones no se llevan bien: si le das más importancia a la equidad, seguramente estás dándole menos importancia a la eficiencia y viceversa. Si os tuvierais que quedar con uno de los dos, ¿con cuál os quedaríais?

**Ángel María Martín:** Sí, compiten, pero compiten con sentido común.

**Nieves Martín:** Yo creo que en las decisiones individuales que adopta el profesional ha ido calando la eficiencia, que antes no existía en la percepción del profesional. Aunque siguen prevaleciendo los aspectos de beneficencia, de equidad y demás, lo que ocurre ahora es que alguna parte tiene en cuenta el peso relativo que tienen los costes en las decisiones que está tomando. Los conoce. Es que antes, es que ni entraban ni entraban en sus planteamientos.

**Ángel María Martín:** Acordaros de cuando aparecieron los genéricos, cuando eran completamente una herejía a todos los niveles ¿Quién discute esto hoy día? Ahora, se está haciendo un planteamiento similar con el tema de los biosimilares. Está haciendo una brutal presión para romper la eficiencia con criterios pseudocientíficos. Pero su introducción será mucho más sencilla, aún cuando no son estrictamente equiparables a los genéricos, porque conceptualmente tenemos mucho ganado. Es decir, ahora mismo hay muchísima más sensibilidad. Ahora, si alguien va a romper la equidad cerrando un hospital, si lo llevamos ya a elementos drásticos por ganar en eficiencia, ni remotamente. Es decir, la equidad predomina sin ninguna duda.

## ANÁLISIS DEL DEBATE Y COMENTARIOS

De las respuestas a la primera pregunta se desprende que hay un amplio consenso en el grupo de discusión en considerar que el SNS español se funda principalmente en los valores de equidad y solidaridad. La crisis no ha afectado substancialmente

dichos valores, pero ha promovido la importancia relativa del criterio de eficiencia. En definitiva, si hubiese que identificar el principio ético o valor más importante, este posiblemente sería la equidad, aunque los participantes prefirieron no manifestarse de forma explícita respecto al orden de prioridad entre los distintos principios y valores.

En el debate surgió el problema de la elevada y creciente complejidad de los mecanismos para asegurar la igualdad, defender el interés general y el bien común, garantizar los derechos, etcétera, mientras los medicamentos van siendo cada vez más caros. El debate sobre la equidad se volvió más controvertido cuando se abordó la variedad y variabilidad entre Comunidades Autónomas. Para algunos la variabilidad entre los 17 “sistemas” es algo positivo, pues refleja la creatividad y la generación de ideas para abordar diferencias entre comunidades y ajustarse a la realidad de cada una. El Ministerio tiene, sin embargo, grandes dificultades para coordinar el sistema, empezando porque no dispone de la información de cada comunidad, que sería necesaria para dicha coordinación. Para coordinar eficazmente habría que compartir valores, definiciones, tiempos, experiencias y considerar que de ello resultará un beneficio conjunto. Sin embargo, algunos participantes matizan la anterior afirmación y sostienen que existe de hecho bastante consistencia en valores y coordinación en la gestión entre comunidades autónomas.

Finalmente se destacó el valor de la profesionalidad. Con carácter general, los principios éticos que enmarcan el desempeño de las profesiones sanitarias conforman un código ético intangible de todo el Sistema Nacional de Salud dentro del ámbito de la gestión, aunque tal vez no alcance en la misma medida el ámbito de la política.

En definitiva, hay consenso en juzgar que a pesar de la crisis y lo difícil que ha sido estos años preservar los principios generales, estos se han mantenido de una forma bastante consistente: se ha mantenido el sistema público, la asistencia y se ha mantenido el espíritu. También hay acuerdo en que la eficiencia está adquiriendo una relevancia creciente. La crisis ha sido una oportunidad y el tema de la eficiencia jamás ha tenido tantísima consideración a nivel de profesional como la que tiene ahora, aunque se echa en falta una herramienta operativa para la toma de decisiones que permita decir que no.

¿Puede ser la evaluación económica de tecnologías sanitarias la herramienta que se echa en falta para justificar el “no” a tecnologías poco efectivas o eficientes?

Los miembros del grupo son conscientes de la relevancia de los factores económicos y conocen los conceptos e instrumentos de análisis de la eficiencia y más concretamente, la evaluación económica. Son conscientes, así mismo, de las tensiones que generan las empresas proveedoras de tecnologías sanitarias (medicamentos) sobre el gasto y la dificultad de controlar de forma racional los procesos de incorporación, fijación de precios y financiación de medicamentos y tecnologías. Y destacan que se necesita un instrumento que permita justificar el rechazo de tecnologías ineficientes o de precio abusivo. Pero no parecen confiar en la utilidad de la evaluación económica como instrumento para mejorar su capacidad de controlar el proceso de incorporación de tecnologías de forma eficiente. Consideran más bien la evaluación económica como una herramienta que es utilizada y, eventualmente, manipulada por las empresas para promover sus intereses (justificar financiación pública y precios altos), más que un instrumento analítico para el regulador o el financiador público.

Se apunta también el problema de los compartimentos estancos en los presupuestos, de la falta de la transversalidad de las acciones entre los distintos departamentos, lo que se conoce como los silos presupuestarios: así, lo que se ahorra en bajas laborales gracias a los servicios sanitarios, no revierte al sistema de salud. Los participantes asumen esta visión como algo natural y racional, como inevitable. Así, se reconoce el valor y relevancia de los efectos considerados en la perspectiva social –tales como los efectos en la productividad o el tiempo de los pacientes y cuidadores- para la decisión del prescriptor, pero no para fijar el precio. Parece en cambio que es más aceptable la consideración integral de los efectos sobre el sector socio-sanitario.

Más que razones de tipo ético o moral a los supuestos y a la justificación de la evaluación económica, el principal factor de rechazo de la misma parece ser de tipo práctico y porque se considera que es una herramienta que la industria puede manipular fácilmente para conseguir sus objetivos de obtención de beneficios, incluso

cuando los nuevos medicamentos no suponen una aportación terapéutica significativa ni una mejora al bienestar de la población y, sin embargo, generarán un aumento sostenido del gasto en salud.

Por otra parte se argumenta que las mejoras terapéuticas, aunque sean reales y significativas, no deberían justificar necesariamente precios más altos, ya que las empresas titulares podrán aumentar sus beneficios gracias a la cuota de mercado que podrán obtener, si realmente suponen una mejora para la salud o el bienestar del paciente.

En el debate salen a relucir los problemas de falta de transparencia sobre efectividad y precios de los medicamentos y el miedo a que la utilización de la evaluación económica limite todavía más la capacidad de negociación de la administración pública.

Respecto a las dos últimas preguntas, que tenían un carácter más técnico – si el AVAC podía captar los efectos sobre la productividad y si era más adecuado valorar la productividad en base al salario medio de la sociedad o en base a los salarios diferenciales de individuos o grupos - los participantes no hicieron críticas ni aportaciones sustanciales y opinaban en general que se trataba de cuestiones muy complejas que tal vez debían resolver los expertos en economía.

## PRINCIPALES CONCLUSIONES

En resumen, las principales conclusiones que se extraen de la sesión son:

La equidad y la solidaridad se identifican como los valores más importantes para el grupo, además de la eficiencia, en auge a partir de la crisis, y de la profesionalidad.

Existe la percepción de que los procesos de fijación de precios e incorporación de tecnologías al sistema son arbitrarios y poco racionales y se echa en falta un instrumento de evaluación y toma de decisiones que ayude a gestionar la incorporación

de nuevas tecnologías en salud. Sin embargo, hay bastantes reticencias respecto al interés y conveniencia de utilizar para ello la evaluación económica, especialmente de forma explícita y transparente, pues se teme que ello supondría una ventaja adicional para la industria y un corsé para la administración.

Hay un cierto consenso en considerar la perspectiva del sistema de salud más apropiada que la perspectiva social en el caso de que la evaluación económica se aplique a evaluar intervenciones sanitarias. De forma coherente con la anterior, el grupo no se muestra partidario de incorporar los efectos sobre la productividad entre los efectos de dichas intervenciones.

Más allá de la ausencia de una cultura de evaluación técnica de la eficiencia, se echa en falta la ausencia de un marco global integral de gestión de la incorporación de los medicamentos y otras tecnologías sanitarias al sistema de salud y las evidentes tensiones que esto genera a los gestores preocupados con la efectividad, equidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.



# 5

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Este estudio pretendía identificar el estado del arte respecto a la inclusión en las evaluaciones económicas de los efectos sobre la productividad y, en general, de la utilización del tiempo de pacientes y cuidadores, asociados a las intervenciones sanitarias evaluadas. A partir de este análisis se pretendía poder formular conclusiones y recomendaciones que pudiesen mejorar eventualmente los problemas y limitaciones teóricas y prácticas detectadas.

Para ello se diseñó un estudio que incluyó la revisión y análisis de la literatura científica y las guías y recomendaciones de las agencias de ETS, complementada por una encuesta a expertos en evaluación económica y una sesión de debate por un grupo de gestores sanitarios.

Los tres componentes del estudio han puesto de relieve la existencia de substanciales diferencias en las posiciones y opiniones existentes en la literatura y también en las manifestadas por los expertos y profesionales consultados.

Una primera constatación es la ausencia de consenso sobre el marco teórico-conceptual de la evaluación económica. Esto constituye un problema muy relevante para una disciplina normativa como es la evaluación económica, en la que las disputas metodológicas se deben frecuentemente a diferencias en juicios de valor que no pueden ser resueltos por referencia a la evidencia empírica, sino por debate y consenso en la comunidad relevante.

Obviamente, un decisor o regulador tiene la posibilidad de establecer la metodología que se ajuste a sus valores y forzar su utilización en los estudios que eventualmente pueda exigir para autorizar la comercialización, financiación o establecimiento del precio de determinados productos. Esta opción, se corresponde con lo que en la literatura se conoce como el enfoque del tomador de decisiones y se contrapone al

que sostiene que la evaluación económica debe tener su fundamento y derivarse de la teoría económica del bienestar. Los críticos del primer enfoque argumentan que si el decisor es quien establece los valores y decide las opciones metodológicas, la evaluación económica que aplique cada decisor será muy probablemente distinta a la de los demás y posiblemente no tendrá a un fundamento económico coherente. Pero incluso si se acepta la postura bienestarista, es decir, que la evaluación económica debe seguir los principios y postulados de la teoría del bienestar, dentro de esta última hay diversas posiciones y sus axiomas y supuestos son bastante genéricos y susceptibles de distintas interpretaciones, por lo que la aceptación del bienestarismo no garantiza tampoco la homogeneidad de la metodología. En cualquier caso, esta disyuntiva no es muy relevante en el caso español, ya que no existe ni siquiera una regulación y utilización explícitas de la evaluación económica en el ámbito de la asignación de recursos en salud, tal como se da en otros países del entorno. Y entre los expertos y, especialmente, los tomadores de decisiones que han participado en el estudio, tampoco hay un consenso mayoritario en defender la conveniencia de aplicar a corto plazo la evaluación económica. Concretamente, se manifiesta un cierto temor y rechazo a la utilización explícita y regulada de criterios económicos en la toma de decisiones, argumentando que son inadecuados o que suponen un corsé para el gestor; y que su generalización no beneficiará al sistema de salud y a la sociedad, sino más bien a los productores y oferentes de tecnologías sanitarias, que tendrán la posibilidad de hacer uso de la evaluación económica a favor de sus objetivos e intereses comerciales.

En consecuencia, aunque la investigación y el debate sobre una cuestión metodológica como es la consideración de la productividad y el tiempo no productivo en los estudios de evaluación económica de tecnologías sanitarias, podría tener efectos reales muy relevantes sobre los beneficios del sistema de salud y su distribución entre grupos de individuos, en España tiene un interés casi exclusivamente teórico, al menos a corto plazo. Aceptando esta limitación, pasamos a sugerir algunas medidas y recomendaciones para abordar algunos de los problemas identificados en este estudio.

1. La primera sería, sin duda, promover la utilización explícita de la evaluación económica en determinados procesos de asignación de recursos en salud,

básicamente, en decisiones de financiación y de fijación del precio de nuevos medicamentos, tecnologías y tratamientos.

2. En segundo lugar, los responsables de los procesos administrativos de asignación de recursos mencionados en el punto anterior deberían establecer guías metodológicas de utilización obligatoria en los estudios que se exijan o se consideren para la toma de decisiones. Idealmente, debería intentarse que existiese una única guía a nivel interinstitucional. Resultaría incoherente e ineficiente que el regulador de precios utilizase una metodología distinta a la que utiliza quien decide la financiación pública de las tecnologías.
3. La elaboración de dicha guía debería ser el resultado de un proceso participativo en que incluyese tanto los expertos en evaluación económica, como los tomadores de decisiones del sistema de salud y otros grupos implicados: ciudadanos, pacientes, profesionales sanitarios, industria, etc., aunque la decisión final debería recaer en los representantes de los poderes públicos.
4. La guía metodológica debería ser consistente con los valores y prioridades que fundamentan el sistema nacional y la política de salud. Respecto a la eficiencia, la utilización de la evaluación económica tiene precisamente como objetivo explícito promover una toma de decisiones eficiente. Sin embargo, la eficiencia es un término genérico e instrumental – la maximización de la relación beneficio/coste – y la definición de beneficios y costes no es una cuestión técnica y objetiva, sino altamente subjetiva y dependiente de los valores de cada individuo. Este es precisamente uno de los problemas clave para algunos de los temas centrales que aborda este estudio: la inclusión o no de los efectos sobre la productividad y del tiempo de pacientes y cuidadores y la forma concreta de definir, medir y valorar dichos efectos.
5. Finalmente, en lo que respecta a la equidad, parece haber consenso en su importancia como valor básico del sistema de salud español, aunque posiblemente la unanimidad sería menor si se entrase en los detalles del concepto. Por lo tanto, parece importante que se analice con mayor rigor la coherencia o concordancia

entre los principios de equidad del sistema de salud español y las distintas opciones metodológicas en liza en el tema de los costes de productividad y utilización del tiempo en las evaluaciones económicas. Lo cual debería empezar por una identificación más precisa y operativa de cómo la sociedad española entiende este valor o principio; esta clarificación es necesaria para mejorar la metodología de la evaluación económica, pero también para otros mecanismos y procesos de toma de decisiones.

6. Hay algunos temas relacionados con la productividad y con el tiempo de pacientes y cuidadores que requerirían más investigación, análisis y debate para mejorar la metodología de la evaluación económica en salud. Sería conveniente, por ejemplo, explorar e identificar la forma óptima de incorporar los efectos de las intervenciones sobre la productividad y en el caso específico de los ACU, si ya se están incorporando y si es preferible incorporarlos a los AVAC (en el denominador de la RCEI) o agregarlo a los costes monetarios (en el numerador). Sería conveniente promover estudios de intervenciones o tecnologías específicas en que se aplicasen simultáneamente los dos enfoques, para ilustrar las implicaciones prácticas para los resultados de adoptar uno u otro enfoque.
7. En un contexto más amplio, se debería explorar si para otros efectos de las intervenciones, por ejemplo, el consumo sanitario y el no sanitario u otros que puedan afectar la CVRS, son válidas las preguntas que se han planteado a la productividad en este estudio.
8. Desde un punto de vista formal sería tal vez útil abordar el debate de qué efectos incluir y cómo medirlos y valorarlos, a partir de una formulación explícita de la función objetivo o la función de bienestar que se supone debe guiar las decisiones de asignación de recursos en el sistema de salud. Esta función objetivo debería incluir como argumentos todos los recursos utilizados en las intervenciones y otras características y efectos de las mismas, así como la ponderación de cada variable y las características de la función. La función objetivo debería reflejar de alguna forma las preferencias sociales.

9. En general, sería deseable formular y consensuar de forma más rigurosa el marco teórico y axiomático de las distintas modalidades y variantes de evaluación económica en salud y contrastarlo con los valores y percepciones de los decisores, profesionales y ciudadanos en general. El objetivo último sería que la evaluación económica, en cuanto instrumento de ayuda de la toma de decisiones, fuese coherente con los valores del sistema de salud en que se aplica y que tuviese una aceptación generalizada por parte no solo de los expertos, sino de la sociedad en su conjunto.
  
10. Como principal recomendación operativa de este estudio se propone un proyecto orientado a la elaboración de una guía consensuada con recomendaciones para cuantificar los efectos relacionados con la productividad y con el tiempo de los pacientes (o sujetos receptores primarios de una intervención en salud) y de otras personas afectadas por la intervención en una Evaluación Económica y especialmente en el Análisis Coste Utilidad (ACU).

Esta guía incluiría recomendaciones justificadas teóricamente sobre los siguientes tipos de efectos:

- El tiempo utilizado por el paciente y por otras personas que se requiere para que el primero reciba adecuadamente los tratamientos evaluados.
- Los efectos de las intervenciones sobre la supervivencia y calidad de vida del paciente y de otras personas afectadas. Dichos efectos se considerarán tanto si suponen cambios en la productividad, como si afectan al ocio, la calidad de vida u otras dimensiones del bienestar de los pacientes y otras personas afectadas.

En la terminología convencional estos efectos incluyen:

- El tiempo de los pacientes y cuidadores.
- Los costes indirectos.
- Los costes y beneficios de productividad.
- Los costes sanitarios y no sanitarios futuros no relacionados directamente con la intervención.

- Los costes de fricción.
- Los efectos en la calidad de vida causados por el tratamiento (durante y como resultado del mismo).

Para cada concepto u opción metodológica se establecerían:

- a) Las principales posiciones y argumentos teóricos
- b) La posición de EUNetHTA (Red Europea de Agencias de ETS), INAHTA (Red Internacional de agencias de ETS) y de otras entidades reguladoras/evaluadoras de prestigio (IQWiG, NICE, SMC, REAETSPS,...).
- c) Uno o más procedimientos para aplicarlo en España, incluyendo las fuentes de información disponibles más apropiadas.

La propuesta resultante sería consensuada con grupos representativos de expertos sobre el tema, decisores y público, en general.



AUTORES



### **Joan Rovira Forns**

Es Profesor Emérito del Departamento de Teoría Económica de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona y Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Colabora habitualmente como consultor de la Fundación Gaspar Casal en la realización de estudios relacionados con la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS) y las políticas de precios de los medicamentos. Socio fundador y director de investigación de SOIKOS SL, que llevó a cabo un gran número de estudios de evaluación económica de tecnologías para la industria y para organismos sanitarios y que desarrolló la Base de Datos de Costes Sanitarios. Fue miembro de la Junta Directiva de ISPOR, y Economista de la Salud Senior en el Departamento de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, Washington DC.

### **Juan Ernesto del Llano Señarís**

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE, Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005). Salzburg Global Seminar, ediciones 1994 y 2015.

Desde 1998 es Director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat

Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000. Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

Ha sido Asesor de la Subdirección General de Atención Hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud (1987); Vicepresidente Ejecutivo de la Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española (1988); Socio Director de Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A. (1989-1996) y Gerente Senior de Nuevos Clientes de MSD (1997).

### **Andrea Vivar Villacís**

Economista por la Universidad Central del Ecuador, Quito. Master en Economía Internacional y Desarrollo, Universidad Complutense de Madrid. Realiza actividades de consultoría e investigación en temas relacionados con el diseño e implementación de políticas de desarrollo. Amplia experiencia en el análisis cualitativo y cuantitativo, elaboración de indicadores y evaluación económica en diversas instituciones públicas y privadas tanto a nivel nacional como internacional.

### **Jordi Gol Montserrat**

Graduado en Economía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialidad de Análisis Económico. Actualmente es Coordinador de Investigación en la Fundación Gaspar Casal. Ex Pasante en la iniciativa PROVAC -creada para fortalecer la capacidad técnica en los países para la toma de decisión basada en evidencia ante la introducción de una nueva vacuna de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. Ex pasante en la Consejería de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente de la Embajada de España en Estados Unidos, Washington DC.







G

A

S

P

A

R

□

C

A

