



BREVE 1

ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN BASE A EVIDENCIA: LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Presentación de la Dra. Kalipso Chalkidou. Enero de 2012

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones a expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización y planes de beneficios en salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2014 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



INTRODUCCIÓN

¿Por qué establecer límites y prioridades?

En el mundo existe mucha variabilidad entre países en el tamaño del gasto en salud per cápita, y el monto tiende a variar positivamente con el ingreso per cápita (PIB), donde los países más ricos gastan más en salud. Desde el punto de vista económico, cuanto más grande el tamaño del sector de salud, más productivo el sector, más empleo y crecimiento.

Sin embargo, ¿cuánto gasto en salud es suficiente? Incluso en Estados Unidos, el país que más gasta en salud en el mundo, es cada vez más notoria la preocupación del público por el alto gasto en salud que se tiene y por el valor agregado que se obtiene con este. ¿Ofrece esta alta inversión un buen retorno en términos de salud, teniendo en cuenta que los EE.UU. ocupan solo el lugar 37 en la lista de países ordenados según su expectativa de vida, después de Puerto Rico, Costa Rica y Cuba?

Las necesidades en salud son infinitas y los recursos son escasos. Es necesario establecer límites para este gasto, para que haya balance con otros sectores y otras necesidades de la sociedad. Además hay que asegurar que la inversión en salud se haga a cambio de mejoras reales de la salud de la población.

El Reino Unido es un caso interesante en este contexto, ya que existe un consenso bastante

grande de la necesidad de establecer límites. Como lo afirma el Comité Parlamentario de Salud del RR.UU: “El sistema nacional de salud del RR.UU., al igual que cualquier otro sistema de salud en el mundo, público o privado, tiene que establecer prioridades y elegir. El tema no es si hay que elegir, sino cómo estas decisiones son tomadas”. Hay entonces conciencia de que no se puede pagar por todo, ni siquiera por todo lo que es clínicamente efectivo. La pregunta no es entonces si se debe o no priorizar el gasto, sino cómo hacerlo. Este es el tema de esta nota de política.

1. LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PRIORIZACIÓN EXPLÍCITA

1.1 Establecemos las reglas de juego

En el Reino Unido se parte del compromiso de garantizar acceso a un conjunto de servicios a todos los ciudadanos. El Instituto Nacional para Salud y Excelencia Clínica (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) tiene como objetivo delimitar el gasto en salud y asegurar que la priorización y la selección de tecnologías y servicios a ser provistos por el sistema nacional de salud se elaboren con miras a garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo de la provisión de los servicios listados para las personas que los necesitan. Alcanzar este objetivo requiere de un proceso riguroso

para seleccionar los servicios, quién recibe estos servicios, en qué circunstancias y para cuáles indicaciones clínicas, entre otros. Para que este proceso sea legítimo y relevante, NICE definió un conjunto de ocho principios básicos (vea Tabla 1) que deben regir el proceso de formular recomendaciones de cobertura basadas en la evidencia: rigor científico, transparencia, consistencia, independencia de intereses especiales, participación plena de todos los afectados, contestabilidad de las decisiones, coherencia con el marco legal, oportunidad y revisión periódica de métodos, de las decisiones e implementación. Abajo profundizamos en dos de estos principios: la independencia y la coherencia del proceso con el marco legal vigente.

1.2 El principio de la independencia

La *independencia* es importante porque el proceso de formular recomendaciones de cobertura basadas en la evidencia no debe ser influenciado por el ejecutivo y los pagadores u otros intereses particulares. El ejecutivo y los pagadores pueden tener un interés fuerte en controlar costos sin preocuparse demasiado por las políticas de salud. La industria de medicamentos y tecnologías sanitarias puede tener un interés legítimo de maximizar sus ganancias así sea a costa del sistema de salud. Así mismo debe haber independencia frente a los grupos profesionales, quienes pueden tener opiniones diversas sobre lo que es apropiado o deseable, y en algunos casos

Tabla 1. Los 8 principios del proceso de priorización

PRINCIPIO	QUE SIGNIFICA EN LA PRACTICA
Independencia	Independiente del ejecutivo, de los pagadores, de la industria y de los grupos y gremios profesionales; políticas explícitas y aplicadas de conflicto de interés.
Transparencia	Reuniones abiertas al público; material disponible en la web; criterios y fundamentos de las decisiones publicados.
Participación social	Amplia y genuina consulta a interlocutores; disposición a cambiar las decisiones a la luz de nueva evidencia.
Base científica	Métodos científicos fuertes apoyados en el uso y análisis crítico de la evidencia e información disponibles.
Oportunidad	Decisiones producidas en un tiempo razonable; evitar atrasos en la publicación de decisiones.
Consistencia	Aplicar los mismos métodos y procesos en todos los casos
Marco legal	Plasmar y referenciar el proceso en el marco normativo vigente; institucionalizar el proceso de priorización.
Cumplimiento	Actualización y revisión periódica de las decisiones y de las metodologías.

pueden querer beneficiarse de la prescripción o del uso de ciertas tecnologías para maximizar sus ingresos. Para lograr esta independencia es importante contar con políticas para manejar los conflictos de interés.

Muchas veces es difícil encontrar personas que no tengan algún tipo de conflicto de interés alguno a la hora de evaluar una tecnología. Precisamente por eso es importante explicitar estos posibles conflictos y dejarlos a la luz pública. Buscar la independencia no significa que se excluyen algunos sectores o personas del proceso todo el tiempo. Lo que sí significa es que todos entiendan de dónde vienen las opiniones y la evidencia analizada.

1.3 El principio de coherencia con el marco legal

El marco legal define los derechos y las responsabilidades de los que reciben la atención de salud y de los que la ofrecen y la entregan. Las leyes y el marco institucional son importantes para establecer el respaldo legal del proceso de priorización y del marco institucional y de los principios básicos que lo guían.

2. DISEÑAR PLANES DE BENEFICIOS Y TOMAR DECISIONES DE COBERTURA: DIFERENTES ENFOQUES

Las decisiones de priorización explícita pueden plasmarse en paquetes de beneficios. Estos definen cuáles tecnologías se financiarán o no con recursos públicos.

Pueden identificarse dos enfoques para diseñar un plan de beneficios (véase Tabla 2): uno que podría llamarse “enfoque integral” y que aspira a definir de manera científica todo el plan de beneficios. Por otro lado, bajo un “enfoque incremental”, sólo se analizan con mayor profundidad algunas áreas del plan de beneficios que son consideradas prioritarias. A continuación se describe cada uno de estos dos enfoques.

2.1 Enfoque integral

Diseñar un plan de beneficios explícito de manera técnicamente rigurosa para todos los servicios cubiertos, requiere varios pasos y muchísima información.

De manera general es necesario primero caracterizar todo lo que se está prestando en la actualidad y de definir el costo unitario y

la frecuencia de uso de cada servicio. En un segundo paso se establece lo que se *debería* estar haciendo. Para ello se ordenan los servicios ofrecidos en la actualidad según su costo efectivo o valor que aporta para la sociedad. Así se obtiene una lista que ordena los servicios de salud en orden descendiente, desde lo más costo efectivo hasta lo menos costo efectivo. La Tabla 3 presenta un ejemplo de una lista ordenada de esa manera.

Tabla 2. Enfoque integral y científico para diseñar el plan de beneficios

Identifique qué se haciendo en la actualidad	Determine lo que debería estarse haciendo
<p>INVENTARIO. Describe todos los servicios que se ofrecen y los recursos que se usan para ello (medicamentos, instrumentos, servicios, salarios, edificios, etc.).</p>	<p>Estima el beneficio (por ejemplo costo efectividad) para salud por ítem basado en evidencia clínica adaptada a su país.</p>
<p>ESCENARIO. Determina para qué indicación clínica; subgrupo poblacional, lugar de oferta se dan estos servicios</p>	<p>Estima el impacto presupuestario por ítem, basado en los costos.</p>
<p>P y Q. Estima los volúmenes de utilización y costos unitarios para cada servicio</p>	<p>Incluir en el plan de beneficios hasta donde el presupuesto lo permita.</p>

Tabla 3. Ejemplo de una “tabla de clasificación” (league table)

Intervención	\$/QALY
Warfarin vs. Aspirina en persona de 65 años de edad con fibrilación auricular no-valvular y alto riesgo de derrame	Ahorra recursos
Terapia trombolítica con streptokinase intracoronario vs. Terapia convencional en pacientes con evidencia de ECG para AMI y duración de síntomas de más de 4 horas	\$4.800
Terapia con captopril vs sin captopril en personas de 60 años sobreviviendo infarto miocárdico	\$8.800
Terapia trombolítica con activador de plasminógeno de tejido vs. Streptokinase en pacientes presentando dentro de 6 horas después del comienzo de los síntomas del AMI	\$11.000
Warfarin vs. Aspirina en persona de 65 años de edad con fibrilación auricular no-valvular y bajo riesgo de derrame	\$32.000

En el ejemplo de Tabla 3, tenemos en el primer puesto la terapia con Warfarin para personas de 65 años de edad con fibrilación auricular no- valvular y alto riesgo de derrame, una intervención que no sólo es costo-efectiva sino que ahorra costos. Con base en la tabla se elimina, en un primer paso, las intervenciones para las cuales existen mejores alternativas. En un segundo paso se *ordenan* todas las intervenciones desde la que más “valor” nos aporta a la que aporta menos, según costo/ QALY ascendiente (o sea, costo- efectividad descendente).

En un siguiente paso, se determina el impacto presupuestario de cada una de estas intervenciones, comenzando con la más costo-efectiva. Para esto es necesario multiplicar el costo per QALY de cada intervención por su demanda o volumen. Con base en lo anterior se obtiene una tabla que indica no sólo la costo-efectividad de cada intervención en orden descendente, sino también la cantidad de recursos que se requerirían para ofrecer los servicios a la población, a medida que se incluyeran más y más tecnologías.

Este ejercicio es teórico y requiere de mucha información que muchas veces no está disponible.

2.2 Establecer el límite del paquete

Ahora, cabe la pregunta fundamental acerca de dónde queda el límite de gasto en salud. ¿Hasta qué punto en la tabla financiar las intervenciones listadas? Existen varias maneras de tomar esta decisión. Aquí miraremos tres métodos diferentes que permiten determinar el límite para el gasto y el conjunto de servicios que serán ofrecidos dentro del paquete.

Método del presupuesto fijo. Bajo el *Enfoque del presupuesto fijo* se tomaría la tabla antes mencionada, que contiene las intervenciones listadas por orden descendente de costo-efectividad, y se sumarían los costos de las intervenciones una por una, hasta agotarse el presupuesto fijado ex ante. Con base en ello se pintaría la línea por debajo de la cual las

intervenciones serían excluidas del paquete. Una versión ajustada de este enfoque se utiliza aún hoy en Oregón para fijar anualmente los límites del plan de beneficios ofrecidos en el contexto de Medicaid (esquema de aseguramiento para la población pobre).

Método de disposición a pagar. Según el *enfoque de disposición a pagar* (Willingness to Pay, WTP por su sigla en inglés), se haría la pregunta a la sociedad (a los que pagan por el sistema de salud) acerca de cuánto estaría dispuesta a pagar por un año adicional de vida en plena salud. Este valor se tomaría como el umbral o límite de costo-efectividad para intervenciones a ser financiadas con el presupuesto de salud. Las intervenciones por debajo de este límite no entrarían al paquete de beneficios. Este enfoque es difícil de implementar en la práctica, ya que significa que la decisión acerca de cuántos recursos dedicar a salud dependería de la preferencia de la sociedad y no de la disponibilidad de recursos. Ello restringiría la discrecionalidad del gobierno para asignar recursos a otros sectores y podría entrar en conflicto con la realidad económica del país.

Método del umbral estimado. Bajo este enfoque los países calculan empíricamente (con base en la observación de eventos reales) el umbral de \$/QALY que está siendo aplicado (implícitamente) por el sistema de salud. Bajo este enfoque los países calculan empíricamente (con base en la observación de eventos reales) el umbral de \$/QALY que está siendo aplicado (implícitamente)

por el sistema de salud.¹ Variaciones del *Enfoque de umbral* están siendo usadas por el Reino Unido, Tailandia y, hasta cierto punto, por Canadá y Australia.

Independiente del método usado, también es necesario permitir excepciones a las reglas. Esto es muy importante, porque la decisión no se trata solamente de dinero. Por ejemplo, NICE evaluó hace algunos años un medicamento contra la gripe. Este medicamento era altamente costo-efectivo por su bajísimo costo. Sin embargo, NICE decidió no recomendarlo por la gran carga administrativa que hubiera significado para el sistema de salud (gran número de personas haciendo colas para solicitar la receta a los médicos para un medicamento muy barato). De manera similar, Tailandia evaluó y aprobó el financiamiento de la diálisis a pesar de que no era costo-efectivo según el umbral que había establecido este país. Ello con el argumento de que tenía un impacto importante en el bienestar del paciente y que junto con su inclusión iban a adoptarse programas de manejo integral de pacientes con diabetes que iban a ayudar a prevenir la necesidad de llegar a la diálisis y así reducir el impacto presupuestario de la diálisis.

2.3. Enfoque incremental

Analizar integralmente cada uno de los servicios candidatos a ser incluidos en el plan de

¹ Para una descripción de este enfoque véase Eichler HG. et al., 2004, Use of Cost-Effectiveness Analysis in Health-Care Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?, Value in Health, Vol. 7, No. 5.

beneficios es un ejercicio muy complejo aunque algunos países lo están aplicando en la práctica (por ejemplo Oregón) o lo han intentado de hacer en el pasado (por ejemplo, Colombia). Es así que muchos países han optado por un enfoque más incremental que es más factible y más flexible para implementar. Bajo ese enfoque se parte de lo que ya se está ofreciendo y luego se seleccionan algunos “tópicos”, considerados como importantes. Este enfoque pragmático reconoce que no se pueden evaluar todas las tecnologías. Sin embargo, requiere que se establezca un proceso muy sólido para decidir cuáles tecnologías o temas se evaluarán a fondo.

Luego se seleccionan algunas tecnologías nuevas (que todavía no están siendo ofrecidas por el sistema). Esta selección puede hacerse por ejemplo con base en el ahorro potencial o beneficio esperado, su potencial impacto en la equidad o su relación con una prioridad explícita de política de salud. Estas tecnologías son analizadas en profundidad y con un proceso transparente y científicamente robusto para determinar si se incluyen o no en el plan de beneficios.

Algunos países, comenzando con Nueva Zelanda, están tratando de aplicar el *Enfoque de umbral* con una innovación; bajo el *Enfoque de redistribución*, cualquier decisión tomada debe ser neutra frente al presupuesto. ¿Cómo? Además de evaluar nuevas tecnologías, se identifican tecnologías o intervenciones que ya se financian, pero que no lo deberían ser y que valen más o menos lo mismo que las tecnologías que se quieren incluir. Bajo este enfoque, la

decisión de incluir una nueva tecnología en el paquete puede ser tomada solamente cuando se puede identificar otra tecnología en la misma especialidad que puede ser eliminada, sin que se tengan que movilizar más recursos. Por ejemplo, un país “X” puede haber encontrado un medicamento muy costo-efectivo para el tratamiento de pacientes con IAM (infarto agudo de miocardio). En ese caso, tendría que analizarse la gama de servicios ofrecidos en cardiología para identificar alguno que tenga un impacto presupuestario similar al que se estima para el nuevo medicamento y que podría dejar de ofrecerse con el fin de poder financiar la nueva tecnología. Todos reconocen que es importante identificar tecnologías dentro del paquete que no deberían ser ofrecidas, porque no aportan beneficio, o inclusive pueden causar daño. Sin embargo, el *Enfoque de redistribución* no es usado por el RR. UU. u otros, porque las instituciones no fueron diseñadas para ello y es muy difícil lograr que dejen de hacer ciertas cosas; sin embargo es muy importante avanzar en este ámbito.

3. ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES Y PRIORIZACIÓN EN LA PRÁCTICA

3.1 Experiencia demuestra que procesos son más importantes que los métodos

“Ésta, entonces, es la realidad de racionamiento: decisiones sin fin de día-a-día, de los clínicos y otros, tomadas a la luz de los recursos disponibles y de las circunstancias específicas de cada paciente. En efecto, la priorización explícita es un intento continuo de conciliar las demandas con los recursos limitados, malabarismo entre tratamiento optimizado y satisfactorio. Se trata de un ejercicio del juicio, y no del desarrollo de listas de lo que debería o no debería ser incluido en el menú del Servicio Nacional de Salud [NHS].” (Klein, R. BMJ 1997; 314). En la práctica y según las anteriores palabras del economista de salud Rudolf Klein, las decisiones de cobertura basadas en evidencia, tienen mucho menos que ver con listas y umbrales y mucho más con juicio y optimización. Es así como los procesos detrás de las decisiones tomadas son mucho más importantes que los métodos empleados. Por ejemplo, el proceso utilizado para identificar las prioridades y para involucrar a los actores puede ser más importante que el desarrollo de la lista o la medición precisa del costo por QALY. ¿Por qué? Porque es casi imposible ser preciso en un sistema de salud real, y porque el criterio que

más importa es la satisfacción de todos los actores con el desempeño del sistema de salud.

En esta sección veremos primero algunos ejemplos de cómo diferentes países han formulado sus planes de beneficios (listas positivas, negativas etc.) para luego ilustrar que la toma de decisiones basada en la evidencia sobre efectividad o costo-efectividad tiene un ámbito de aplicación que trasciende las decisiones de cobertura.

3.2 Planes de beneficios explícitos: ejemplos de los países

La práctica muestra una variedad de formas de tomar decisiones de cobertura y de plasmar estas decisiones en listados positivos (todo lo que sí se financia) o negativos (lo que queda por fuera del paquete). Un resumen para una selección de países se encuentra en la Tabla 4.

Tabla 4. Países muestran diferentes enfoques frente a sus planes de beneficios y decisiones de cobertura

País	Características del sistema de salud y tipo de plan de beneficios	Enfoque de priorización
Inglaterra	Sistema Nacional de Salud (NHS); lista negativa para medicamentos; énfasis en guías clínicas y servicios; grupos relacionados al diagnóstico para hospitales.	Incremental; derecho a financiamiento cuando hay recomendación positiva del NICE.
Australia	Medicare, listas positivas y muy explícitas para medicamentos y tecnologías; pago por servicio para servicios de atención primaria; grupos relacionados al diagnóstico para hospitales; Lista de Beneficios de Medicare (MBS, lista de precios) contiene todos servicios subsidiados ofrecidos por Medicare.	Compreensivo, pero limitado a evaluación de nuevas tecnologías / medicamentos.
Tailandia	Esquemas de aseguramiento en salud (¿equidad?); Lista de Medicamentos Esenciales para el esquema de Cobertura Universal; enfoque selectivo en relación al tamizaje, vacunas, y otras tecnologías y servicios.	Incremental; lista explícita de medicamentos, y tamizaje y vacunación nacional.
Nueva Zelanda	PHARMAC: lista positiva de medicamentos + licitación competitiva + acuerdos Precio x Volumen.	Compreensivo para medicamentos.

A continuación se discuten brevemente algunas características destacadas de los países descritos en la anterior tabla que permiten ilustrar varios temas importantes que surgen a la hora de tomar decisiones de cobertura.²

Inglaterra. NICE ha implementado un proceso muy robusto para selección de tecnologías. Tienen prioridad tecnologías con un impacto presupuestario importante y todos los tratamientos para el cáncer por ser una prioridad nacional. Además, utilizan un proceso de “escaneo del horizonte” de hasta cinco años hacia el futuro, para estar preparados para las tecnologías emergentes.

En los últimos 12 años, NICE ha evaluado aproximadamente 500 pares tecnología e indicación. Dos terceras partes de estas han sido aprobadas para todas las indicaciones aprobadas por la autoridad sanitaria (registro sanitario). En el 24% de los casos, las tecnologías son aprobadas para indicaciones/subgrupos específicos o con evidencia en desarrollo. 10% de las tecnologías son rechazadas. Sin embargo, siempre se ofrece alguna alternativa de tratamiento. De esa manera no existe un “no” absoluto. Desde diciembre del año 2011, toda recomendación positiva tiene que ser incorporada automáticamente en las listas

² Para mayor detalle e información sobre los ejemplos Australia, Estados Unidos, Tailandia, Nueva Zelanda, Unión Europea, por favor véase el Webinar de Kalipso Chalkidou que fue dictado en enero del año 2012 en el contexto de la Red de Conocimiento sobre Priorización y Planes de Beneficios en Salud, aquí: <http://www.redconocimientopbs.org/>

locales de medicamentos (150 regiones). Las decisiones del NICE sobre medicamentos son catalogadas en una lista llamada “negativa”, porque se enfoca en listar solamente las tecnologías que han sido evaluadas.³

Para tomar las decisiones de cobertura, NICE usa un umbral de costo-efectividad que varía entre 20.000£ y 30.000£ por QALY. Las tecnologías con un costo por debajo de 20.000£ por QALY son usualmente recomendadas, y las tecnologías por encima 30.000£ tienden a ser rechazadas. Sin embargo hay muchas excepciones. Por ejemplo, en algún momento se decidió aprobar un medicamento (Imatinib) inclusive para estados tempranos de una enfermedad a pesar de que su costo/QALY excedía ampliamente los rangos establecidos. Se argumentó que no era culpa de los pacientes en estado tardío que no hubieran tenido acceso a ese medicamento en estados más tempranos, y que por ello tenían también derecho a poder obtenerlo. Este ejemplo ilustra la importancia de las excepciones pero también de la necesidad de combinar los criterios técnicos con consideraciones de índole más ético.

Otra característica importante de las decisiones de cobertura de NICE es que estas están siempre acompañadas por directrices que documentan y explican los motivos y la justificación de manera

³ La lista Australiana de servicios y bienes de salud es la más completa, actual y comprensiva. Sus Comités Consultivos (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, Medical Services Advisory Committee, Preventative Priorities Advisory Committee) revisan todas las nuevas tecnologías.

transparente. Esta información está disponible de manera pública. Las guías o directrices clínicas y las listas negativas/positivas son consideradas de gran valor para explicitar lo que está incluido en el paquete de beneficios y lo que está excluido.

Australia. Este país tiene un solo pagador. El 100% de las tecnologías tienen que ser evaluadas y sólo se financia lo que ha recibido una recomendación positiva. A diferencia de otros países como Inglaterra, Australia pone menos énfasis en el desarrollo de guías o protocolos y más énfasis en la definición de listados exhaustivos que contienen cientos de tecnologías sanitarias y sus indicaciones.

Nueva Zelanda. Este país tiene una entidad pública independiente llamada Pharmac que no sólo evalúa todos los medicamentos nuevos sino que maneja también el presupuesto para financiarlos. En este país se hizo un ejercicio interesante que ilustra los importantes ahorros que puede significar la evaluación cuidadosa de las tecnologías. El estudio estimó el gasto en medicamentos que hubiera tenido que enfrentar Nueva Zelanda si no hubiera contado con Pharmac. Los resultados indican que la constitución y operación de Pharmac ha sido una buena inversión para el país.

Tailandia. Este país cuenta con un plan de beneficios explícito y con una entidad llamada Hitap que se dedica a formular recomendaciones sobre la inclusión de nuevas tecnologías. Describir los detalles de este sistema trasciende los alcances de esta nota de política. Sin

embargo, el caso de Tailandia permite ilustrar cómo la evaluación de tecnologías permite negociar mejor con los proveedores y obtener mejores precios. Además muestra que no basta que un servicio sea costo efectivo. También tiene que ser financiable. En efecto, en algún momento, Hitap determinó que la vacuna contra VPH no era costo efectiva para algún grupo de edad al aplicarse el umbral de costo efectividad de este país. La industria rápidamente ofreció un descuento importante en el precio de esta vacuna. Aunque con el nuevo precio la vacuna hubiera sido costo-efectivo, el país decidió no cubrirla por su alto impacto presupuestaria y porque no tenía los recursos disponibles para financiarla.

3.3 Ventajas y riesgos de un paquete explícito de beneficios

Como cualquier herramienta, establecer un plan de beneficios explícito tiene sus ventajas y sus riesgos. La Tabla 5 abajo describe algunas de las ventajas y riesgos que tiene la formulación de planes explícitos de beneficios respecto a: la claridad sobre lo ofrecido y garantizado, el control del gasto en salud, el alcance, la orientación de los clínicos y la fijación de los precios de los servicios.

Tabla 5. Ventajas y riesgos de tener al paquete explícito de beneficios

Característica	Ventajas	Riesgos
Claridad	Mejor comunicación a los beneficiarios sobre sus derechos; orientación para profesionales y pagadores.	Limita la discreción de los pagadores y profesionales a nivel regional, local, y a nivel individual paciente/medico; puede llevar a acción legal y rechazo por médicos.
Control de gasto	Mejor control de gasto actual y futuro; posibilidad de ajustar gasto a través de cambios en la lista.	Requiere cantidad significativa de datos para asegurar fiabilidad de los estimativos; requiere actualización periódica; mantenerlo actualizado es un proceso dispendioso; cuando el plan de beneficios no es ajustado de manera sistemática y periódica puede ser contra productivo y una pérdida de recursos.
Alcance y precisión	En principio, exhaustivo e inclusivo – tiene potencial para mayor impacto sobre presupuesto y resultados; enfoque en el análisis de incidencia de beneficios (mayor precisión en la entrega de servicios).	En realidad, todavía se necesita un enfoque incremental, trabajando en el margen, y apuntando a tecnologías y servicios para evaluación profunda y revisión del precio; en caso contrario puede haber efecto perverso, en especial para la relación calidad-precio y para costo-efectividad (vea el texto).
Orientación clínica y fijación de precios	En principio, guías clínicas podrían dirigir inclusión/exclusiones del paquete e informar fijación normativa de precios y tarifas (ej. grupos relacionados al diagnóstico, negociación de precios).	Fijación normativa de precios puede inflar el presupuesto y dejar por fuera otros servicios; guías / evaluaciones de tecnología / indicadores de calidad deberían ser usados con precaución. Para mantener calidad se requiere auditoría regular basada en indicadores y estándares.

4. DECISIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA: MÁS ALLÁ DE LAS DECISIONES DE COBERTURA Y DE LA DEFINICIÓN DE PLANES EXPLÍCITOS DE BENEFICIOS

Para terminar esta nota de política vale la pena anotar que la evidencia sobre la efectividad y costo-efectividad y la evaluación de las tecnologías sanitarias no sólo es un insumo útil a la hora de tomar decisiones de cobertura. Tiene muchas aplicaciones útiles en el contexto de la política sanitaria.

Ya vimos cómo en Tailandia, la información acerca del costo-efectividad de una tecnología sanitaria (vacuna VPH) sirvió para obtener mejores precios del proveedor. El Reino Unido ha utilizado la información sobre costo-efectividad para negociar precios. Esta tendencia de utilizar la evidencia para determinar los precios de los medicamentos queda reflejada en la siguiente frase de un ejecutivo de la industria farmacéutica: “Estamos moviéndonos en la dirección donde el precio es determinado por el valor y el valor es determinado por la evidencia, y por lo tanto podemos empezar a construir varios tipos de arreglos donde podemos balancear la pérdida.” (Simon Jose, GSK – CEO de ABPI).

Asimismo, el diseño de guías de práctica clínica depende de manera crítica de la evidencia sobre lo que funciona y lo que no aporta valor para el tratamiento de las condiciones clínicas.

La evidencia acerca de los costos y beneficios de las tecnologías sanitarias sirve también para establecer estándares de calidad en el manejo de enfermedades de alta carga de enfermedad. Por ejemplo, NICE utilizó la evidencia para establecer los nueve procesos clave (manejo peso, tensión, HbA1c etc.) que se requieren en el manejo de la diabetes tipo II, para analizar hasta qué punto los pacientes estaban recibiendo en las diferentes localidades del país y para definir las acciones requeridas para reducir las brechas encontradas.

Finalmente, la evidencia puede constituir el punto de partida para crear sistemas de pago por desempeño que fomenten la adopción de mejores prácticas en atención primaria y secundaria. Un ejemplo ayuda a ilustrar el anterior concepto. En el Reino Unido se estimó que aproximadamente 25,000 personas morían cada año por TVP (trombosis de vena profunda). Estos desenlaces podrían prevenirse con una revisión de los pacientes hospitalizados. Sin embargo, se encontró que los hospitales dejaban de revisar gran parte de sus pacientes. Con base en lo anterior se introdujo a partir de abril del año 2010 un nuevo sistema de pago según el cual los hospitales que tenían que demostrar la revisión de por lo menos el 90% de sus pacientes hospitalizados so pena de la retención de parte (0.3%) de los pagos que se les debían. Las primeras evaluaciones del nuevo esquema muestran que el impacto ha sido muy positivo y que la proporción de pacientes hospitalizados que están siendo revisados por TVP ha aumentado significativamente.

