

REDETS. 10 AÑOS DE EVALUACIONES ECONÓMICAS COMPLETAS EN TECNOLOGÍAS SANITARIAS (PRODUCTOS SANITARIOS) EN ESPAÑA (2006-2016)

Gimenez García E¹, Espallargues Carreras M^{1,2}, Red de trabajo Española ETS³

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, ²REDISSEC (Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas)

³Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

Contacto: emmanuel.gimenez@gencat.cat

Introducción

RedETS, fue creada en 2006 (y está regulada por la ley desde el 2012). Es la red de trabajo Española de Agencias para la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).

Objetivos

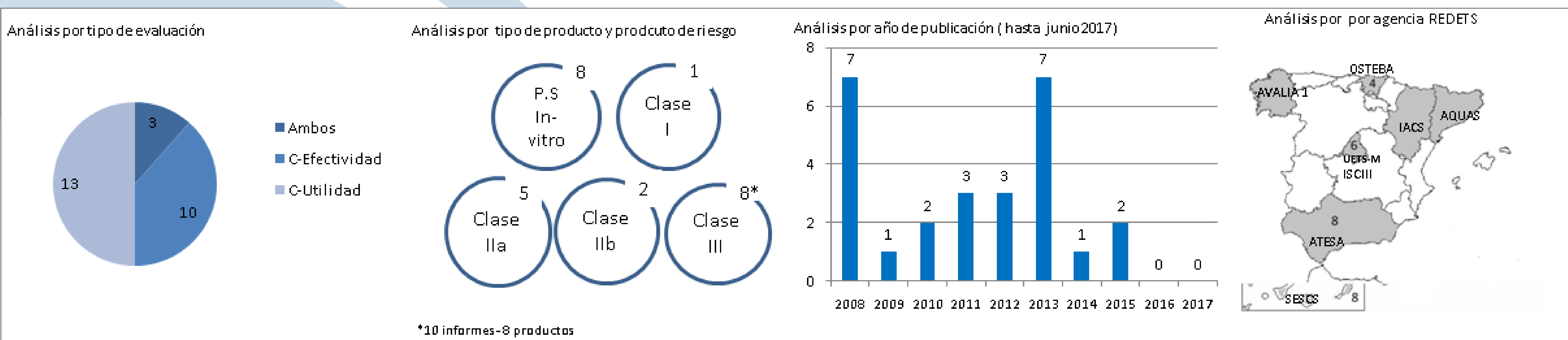
Los objetivos de este póster fueron describir las características y evaluar la calidad de las evaluaciones económicas completas de Productos Sanitarios (PS), llevadas a cabo por RedETS, y analizar el impacto de las conclusiones de los informes con un análisis de coste-utilidad, respecto a la inclusión, exclusión o modificación en la cartera básica del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Material y métodos

Se realizó un análisis univariado para describir las características del estudio. Los informes de evaluaciones económicas completas se identificaron a través de la publicación de la base de datos de la RedETS, y esta selección fue validada por las agencias autoras. No se incluyeron tecnologías de evaluación de cribados. La calidad metodológica fue evaluada utilizando el listado de calidad para estudios económicos en ETS aceptados por la RedETS(1). También se analizó la relación entre las recomendaciones/conclusiones de los análisis de coste-utilidad, respecto a la inclusión, exclusión o modificación en la cartera básica del SNS.

Resultados

Las siguientes figuras muestran las características generales encontradas en 26 evaluaciones económicas de Productos Sanitarios.



Las siguiente tabla describe los resultados según el listado de calidad.

	Preguntas de estudio: el objetivo de la investigación fue claramente definido a partir de frases afirmativas, si bien no fue presentado separando por variables habituales: población, intervención, comparador, resultado final y tipo de estudio. No se presentaron análisis por subgrupos, aunque hubo algunas excepciones diferenciando según riesgo o tipo de enfermedad.		Horizonte temporal y tasa de descuento: Coherentemente, en los 14 estudios en que se estudiaron periodos de tiempo mayores a 1.5 años, excepto en uno, se aplicó una tasa de descuento en el modelo.
	Eficacia/Efectividad y medida de resultados: la principal fuente de información para la obtención de datos fue la literatura (n=22) y los datos recogidos a través de estudios ad-hoc (6). El análisis de los resultados finales relevantes no fueron presentados en todos los informes pero hubo discusiones explícitas como la idoneidad de las medidas intermedias.		Variabilidad e incertidumbre: Se incluyó un análisis de sensibilidad en todos los estudios. Las principales variables analizadas fueron: precios/costes, prevalencia y tasas de reducción. Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico en 12 estudios. Tanto las distribuciones como las variables elegidas para el análisis de sensibilidad estaban justificadas. Esto no significa que las variables elegidas no fueran las más apropiadas.
	Diseño: en 13 evaluaciones se realizó un modelo de Markov, en 9 árboles de decisiones, en 1 ambos métodos, en 2 se aplicó un modelo de bootstrap y 1 no necesitó modelización.		Presentación de resultados y limitaciones: los 4 componentes del ratio incremental costo-efectividad fueron presentados en todos los informes excepto en uno de los informes de coste-efectividad y coste-utilidad. El análisis de las limitaciones estaba incluido en todas las evaluaciones pero no siempre en una sección separada de forma clara y explícita o como parte de la discusión.
	Recursos y costes: las principales fuentes de información de costes unitarios fueron las tarifas oficiales publicadas (14), el coste de los fabricantes directos (10) la contabilidad analítica de uno o más centros o regiones (11) y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) (7).		Conclusiones: estuvieron siempre directamente relacionadas con el objetivo y con los resultados encontrados en todos los casos.
	Comparador: al menos 8 evaluaciones justifican claramente el comparador utilizado. Los argumentos fueron: ser el "Gold standard" (GS) o la práctica más actual, común o clásica, una "alternativa introducida recientemente" o "todas las prácticas comercializadas fueron consideradas. Esto no significa que los comparadores no se seleccionaran apropiadamente. Aunque muchos podían ser equivalentes al GS u otras prácticas comunes actuales, no fue explicado con claridad.		Equidad y transferibilidad: la equidad no fue discutida explícitamente en los informes. La transferibilidad se analizó en 5 de las evaluaciones. En 3 de los informes, la discusión sobre la transferibilidad se basó en la lista de verificación de transferibilidad de EURONHEED, la lista de verificación propia de REDETS y las herramientas de adaptación de EUnetHTA.
	Perspectiva: 23 estudios consideraron una perspectiva de los costes directos en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud; 2 desde una perspectiva regional de los costes directos de Salud Pública y en 1 se consideró una perspectiva social.		Conflicto de intereses: fueron claramente declarados por los autores en 20 de los estudios.

Respecto a la relación entre las conclusiones de los 16 informes de análisis de coste-utilidad y la cartera del Sistema/Nacional Español de Salud los resultados preliminares son tales que : (a) 13 tecnologías fueron incluidas en la cartera básica; y 3 no lo fueron, (b) con respecto a las 13 tecnologías, a 9 se les asociaron decisiones coherentes y 2 no si consideramos un umbral teórico de 30.000€/AVAC, y en 2 casos hubo resultados con más 30.000€/AVAC observándose la necesidad de establecer un comité multidisciplinar.

Conclusiones

- Las evaluaciones económicas de Productos Sanitarios publicadas por RedETS cumplen con la mayoría de los puntos del listado de calidad, por lo tanto fueron evaluaciones exhaustivas.
- Una parte importante de los resultados de coste-utilidad fueron coherentes con la inclusión de decisiones en la cartera básica del Sistema Nacional de Salud.
- Para ampliar la discusión, es relevante recordar que los informes de evaluación podrían tener un fuerte valor para documentos como: guías, protocolos, estrategias, planes, políticas, programas y evaluaciones de tecnologías en salud de otros países.

Bibliografía

(1) López Bastida J et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Gac Sanit. 2010; 24 (2): 154-70