

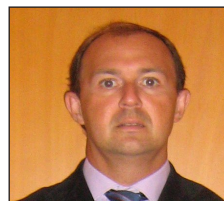


Desarrollo de European Healthcare and Social Cost Database y su uso en la evaluación económica de programas sanitarios

Espín J, Rovira J, Epstein D, Spacírová Z, García Mochón I, Olry de Labry Lima A.

Centro de Investigación Biomédica en Red. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

jaime@easp.es



Jaime Espín.

Resumen

La tarea fundamental de la EE es la comparación de costes y efectividad de dos o más alternativas. Para poder comparar las posibles alternativas, todos los costes relevantes tienen que ser identificados y, además, la identificación, medición y evaluación de recursos tiene que ser idéntica entre las alternativas por comparar.

Los costes son uno de los factores críticos para la transferibilidad de los resultados de las evaluaciones económicas (EE). No se suelen elaborar para estar incluidos en los estudios de EE, más bien vienen de contabilidad de costes para la gestión de organizaciones sanitarias, o se emplean tarifas fijas que no se basan en una metodología rigurosa o vienen de estudios *ad hoc*.

La reutilización de los resultados de estudios ahorraría mucho tiempo y, por ende, evitaría el despilfarro de recursos. No obstante, para que el estudio de EE de una determinada tecnología que se hace en un país sea reutilizable y transferible a otros países, se necesita saber qué recursos se han tenido en cuenta, qué recursos entran en el cálculo de coste. De esta forma, no hay que repetir el estudio desde cero buscando los datos de efectividad en la literatura, construyendo un modelo y añadiéndole los costes. Se parte del estudio ya realizado y solo se le cambia lo que sea específico de cada país, es decir, los costes unitarios, porque la efectividad se suele extrapolar sin más.

Por lo tanto, es necesario que los ítems estén definidos de la forma más homogénea posible, se necesita saber qué recursos y qué cantidad de cada uno de ellos entran en el ítem. Es decir, si en Inglaterra hay un recurso denominado *hospital stay*, no se puede transferir su coste a un estudio en España sustituyendo el coste unitario de Inglaterra por el que se encuentra en una base de datos de costes unitarios de España. Es decir, lo importante no es el valor monetario de un ítem, sino que el servicio que va a ser transferido de un país a otro sea homogéneo (tenga los mismos recursos).

La definición de un conjunto de datos básicos de costos para su uso en ETS en todos los países puede ser una herramienta útil por varias razones: 1) facilitará la realización de estudios multinacionales y la adaptación de los estudios de evaluación económica de un país a otro al ahorrar tiempo en el proceso de búsqueda de los costes sanitarios, y 2) permitir análisis que intenten comprender la variación de costos dentro y entre países.

Objetivos del proyecto o experiencia

El objetivo de este proyecto ha sido desarrollar una base de datos de costes unitarios de precios sanitarios a nivel europeo (los países participantes han sido Alemania, España, Eslovenia, Francia, Inglaterra, Italia, Polonia, Portugal y Suecia), que no solamente ahorraría el tiempo a la hora de buscar los costes sino, además, facilitaría la realización de los estudios multinacionales y la reutilización y transferencia de las EE de una determinada tecnología que se hace de un país a otro para evitar tener que repetir el estudio en cada país.

La idea del conjunto de datos es que sea fácilmente accesible y utilizable y que sirva para comparar los costos e identificar los factores que expliquen las diferencias en los costos de atención médica entre los países europeos.

Método

1. Se ha realizado la revisión detallada de la literatura con el fin de:
 - a. Identificar las principales referencias de las metodologías de contabilidad de costos para la evaluación económica en salud.
 - b. Seleccionar el conjunto básico de categorías de costos que la mayoría de las fuentes consideran esenciales.
2. Se han identificado y evaluado los conjuntos de datos disponibles públicamente, con el fin de construir una base de datos común con estos costes.
3. El equipo investigador se ha puesto en contacto con expertos locales del equipo del proyecto con el fin de verificar estas búsquedas e identificar cualquier base de datos oficial adicional con datos relevantes. Toda la documentación se ha traducido al inglés con la ayuda de herramientas libres de uso y socios del consorcio. Además, se ha diseñado un cuestionario semiestructurado para obtener información de los socios. La estructura final constaba de 14 preguntas agrupadas en seis dimensiones. Se ha organizado un taller en virtual para verificar y aclarar las respuestas.

Resultados obtenidos

A EU HCSCD se puede acceder libremente en www.easp.es/Impact-Hta/. Incluye 27 ítems de costes organizados en tres categorías principales y 13 subcategorías, lo que dio lugar a 1450 costes unitarios.

Con el fin de garantizar la comparabilidad de los elementos de costes introducidos en la base de datos, se han identificado varios atributos. Algunos atributos eran puramente informativos, como el subtipo de artículo, que proporciona una descripción más detallada del artículo, la referencia bibliográfica, que proporciona una URL de la base de datos de costes asociada, el código, que es la combinación de letras y/o números con los que se describe cada elemento de cálculo de costos en la fuente original, o el artículo en idioma local. Estos tres últimos atributos ayudan a los usuarios a buscar los elementos en bases de datos originales. Sin embargo, la mayoría de los atributos se desarrollaron con el objetivo de brindar a los usuarios información para evaluar la naturaleza, calidad y confiabilidad de las estimaciones de costos unitarios. Estos incluían el número de unidades (número de artículos entregados en el año de observación que se incluyen en el precio unitario), la unidad de medida (procedimiento, prueba, hora, visita, etc.), el tipo de valor unitario (costo, tarifa, precio público, precio mayorista, etc.), el tipo de institución (hospital, atención primaria, atención ambulatoria, domicilio del paciente, etc.) o las notas (incluye toda la información relevante sobre la metodología de costeo, como qué recursos se incluyen en el costo unitario, la identificación de estos recursos —*micro-costing* o *gross-costing*—, la valoración de recursos —*top-down* o *bottom-up*—, etc.).

La base de datos fue diseñada para facilitar la transformación del valor monetario en el año original de la observación y en el año definido para el análisis, utilizando el último deflactor del producto interno bruto (PIB) disponible o el índice de precios al consumidor (IPC) de manera que los usuarios pueden elegir cuál de ellos prefieren. Los costes de los artículos que se introducen en moneda local se convierten automáticamente a euros.

INNOVACIÓN. ¿Cuáles son las características más novedosas del proyecto o la experiencia que se presenta?

El desafío más importante fue identificar la metodología de cálculo de costes utilizada para estimar los costes unitarios de los ítems. La base de datos, además de ser un repositorio de costes unitarios (lo que ahorra tiempo a la hora de tener que buscarlos en las bases de datos originales que son difíciles de localizar), permite comparar los costes y transferir los resultados de una evaluación económica de un programa sanitario hecha de un país a otro. Por ejemplo, si el precio de los medicamentos con la marca y la concentración idénticas varía en función del tipo del valor unitario, esta diferencia se observará directamente en la base de datos. En cuanto a los costes de personal, se podrá observar que el coste de una hora del personal sanitario incluye elementos como viajes, cualificación del personal, etc. en el país A, pero no en el país B, que este coste depende también de las negociaciones sindicales, la legislación de cada país, la antigüedad de los trabajadores, etc. En cuanto a los servicios e intervenciones complejos, estos se organizan en los grupos relacionados por diagnóstico (GRD), que pueden tener atribuidos costes o tarifas (o

ambos). La mayoría de los costos directos y los gastos generales variables se incluyen en las partidas de costos de todos los países. El problema son los gastos generales fijos, principalmente los costos de enseñanza, los costos de investigación, el coste de depreciación del inmobiliario y los costes financieros, ya que están incluidos en los GRD en algunos países, pero no en otros. Los costes de enseñanza e investigación están incluidos en Eslovenia y muy parcialmente en Portugal. La depreciación de la construcción se incluye en todos los países excepto Alemania, Eslovenia y España. Los costos financieros están incluidos en Inglaterra, Francia, Polonia, Portugal y Suecia.

Todas estas cuestiones se observan directamente en la base de datos.

CALIDAD. ¿Qué mejoras en calidad se han obtenido al desarrollar el proyecto o la experiencia?

El desarrollo de la base de datos ahorra el tiempo de los investigadores empleado en la búsqueda de costes en sus fuentes originales, en su actualización (la base de datos los actualiza automáticamente según el deflactor del PIB y el IPC), en la conversión de la moneda diferente al euro y, en última instancia, en averiguar los elementos de costes que están incluidos en los costes unitarios de los ítems. Todas estas operaciones están automatizadas.

MEJORA DE LA GESTIÓN Y/O EVALUACIÓN EN SALUD. ¿Qué aportación realiza el proyecto o experiencia para la mejora de la gestión y/o la evaluación de resultados en salud?

En cuanto a la experiencia para la mejora de la gestión, las futuras políticas deben estar orientadas a la creación de un consorcio estable responsable de mejorar, actualizar y garantizar la continuidad de HCSCD de la UE, principalmente para los análisis de evaluación económica. A pesar de que la base de datos actualiza los costos directamente de acuerdo con el deflactor del PIB y el IPC más recientes, cada vez que el costo de un artículo se actualiza en la base de datos de cualquier país, debe introducirse en HCSCD de la UE y el primero debe eliminarse para mantener la base de datos lo más actualizada posible. También irá aumentando progresivamente la lista de los ítems y el número de países participantes. Además, gracias a este proyecto se creará un grupo de trabajo de la UE para revisar, mejorar, armonizar y estandarizar periódicamente las metodologías de cálculo de costes en la asistencia sanitaria a nivel de la UE y aplicarlas a la generación de datos de costes unitarios para la base de datos de la UE. Finalmente, el proyecto permite el desarrollo de un procedimiento que emitirá regularmente listas de costos unitarios de país estándar que se utilizará como la opción preferida (o caso base) en las evaluaciones económicas para las decisiones de fijación de precios y el reembolso.

APLICABILIDAD Y FACILIDAD DE EXTENSIÓN A OTRAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD. ¿En qué medida es aplicable o extensible el proyecto o la experiencia a otros centros u organizaciones del sector salud?

La base de datos está en inglés y es de coste cero, por lo tanto, podrá ser utilizada por los investigadores y analistas tanto nacionales como internacionales. Esta herramienta ha demostrado que la posibilidad de disponer de una base de datos de costes sanitarios es real; ahora, la financiación futura de la base de datos es la cuestión clave. En cuanto a ampliar el número de elementos de coste y actualizar los costos en los años futuros, sugerimos que todos los usuarios propongan enmiendas (por ejemplo, actualizaciones de elementos o elementos adicionales). Aquellos usuarios que lo soliciten tendrán la facultad de enviar los datos a la base de datos. El administrador principal (una persona del equipo WP3) será el encargado de revisarlos y realizar las actualizaciones periódicamente. Todos los cambios serán notificados a los usuarios por correo electrónico. Aquellos usuarios que deseen estar en la lista de correo pueden enviar un correo electrónico al profesor Jaime Espín (jaimme@easp.es). Cada vez que se propone un nuevo artículo, los usuarios suscritos recibirán una notificación sobre la búsqueda de ese artículo en su país y la enviarán al contacto anterior.

