

Analisis en la Evaluación de Medicamentos. Hacia la Cuarta Garantía

Maria Belen Tallon Fernandez¹, Jesús Doña Fernández²

¹Dpto. de Farmacología y Terapéutica Clínica. Universidad de Málaga. (España);

²Sistemas de Información e Informática, Área Sanitaria Norte de Málaga; Dpto. de Lenguajes y Ciencias de la Computación, Universidad de Málaga (España).

Resumen / Abstract

Resumen

Cada día más países incorporan la evaluación económica de medicamentos, ya que se considera la 4ª garantía y se enfoca al uso racional y efectivo de la sanidad, como pilar básico en la gestión sanitaria.

Se analiza la E-salud (como práctica de cuidados sanitarios apoyada en tecnologías de la información y las comunicaciones TIC) incluyendo la Telemedicina. Acercamiento a la web 3.0 o inteligente desde la web 1.0 y web 2.0.

Análisis de las guías de evaluación económica más relevantes y de mayor calidad como: NICE (Inglaterra y Gales), Canadiense, Australiana y Sueca.

Estudio de los países con obligatoriedad de la Cuarta Garantía por imperativo legal, razones para adoptarlo en España.

1. Introducción

Cada día más países incorporan la evaluación económica de medicamentos, ya que se considera la 4ª garantía y se enfoca al uso racional y efectivo de la

sanidad, como pilar básico en la gestión sanitaria.

En 1925 William Osler expresó que "el deseo de tomar medicinas es quizás la mayor característica que distingue al hombre de los animales". De hecho los medicamentos se han convertido en la "herramienta"

principal que usa el sanitario para modificar el curso natural de una enfermedad, prevenirla o diagnosticarla, siendo esta la causa fundamental de la explosión actual de fármacos que inundan el mercado. Desde los años 60 con la Ley General de Sanidad, comenzó la libertad de prescripción en cuanto a formulas magistrales, medicamentos etc.... y con ello también un incremento en el gasto sanitario. Desde los años 90 se comenzó a valorar el coste efectividad para los nuevos tratamientos, siendo los pioneros países como Australia y Canadá, a los que más tarde se anexaron buena parte de países europeos. España aún no se ha incor-



Disponer de sistemas automáticos basados en información cuantitativa y cualitativa y que estén basados en el consenso de todos los implicados permitirá mejorar la selección de medicamentos en los diferentes ámbitos de aplicación

porado a la evaluación de medicamentos. Hasta el momento la sanidad española ha demostrado que es eficaz, es decir cumple con el objetivo, pero necesita además hacerlo a un coste ade-



cuado, es decir, ha de convertirse en efectiva, con lo que seguirá cumpliendo con el objetivo pero a un coste apropiado, haciendo analogía a nadie se le ocurriría aniquilar una mosca con un cañón, que es eficaz por que la mata, pero a un coste muy alto, sin embargo el uso de un matamoscas es eficaz también la mata pero a un coste bajo con lo cual es además eficiente. Se pueden usar los medicamentos como indicadores ya que nos permiten medir los resultados de su uso sobre una población y captar información de los resultados obtenidos en salud según las diversas opciones. Los medicamentos juegan en la actualidad un papel fun-

damental en la asistencia sanitaria. Este papel viene dado en primer lugar porque los medicamentos son utilizados para modificar el curso natural de las enfermedades, y un segundo papel viene dado por la importancia económica que la adquisición de medicamentos representa en los diferentes ámbitos de la sanidad, siendo superior al 23% del presupuesto total. Estos dos hechos, junto con la gran oferta de medicamentos con diferentes características que existen en el mercado, hace que la labor de los profesionales de la sanidad que se encargan de la tarea de elegir los medicamentos sea cada vez más complicada al tener que dar una mayor calidad en el servicio junto con una contención del gasto. Disponer de sistemas automáticos basados en información cuantitativa y cualitativa y que estén basados en el consenso de todos los implicados permitirá mejorar la selección de medicamentos en los diferentes ámbitos de aplicación. La evolución de la tecnología, profesionales y la búsqueda de nuevos servicios con una reducción de costes sin mermar la atención al paciente hacen en las tecnologías de la información y las comunicaciones una herramienta indispensable que aúne todos los actores implicados.

La Sociedad Española de la Informática de la Salud, ha elaborado una serie de recomendaciones cuyo objetivo es promover la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar la salud de los ciudadanos. Se requiere un acercamiento tecnológico y sanitario, es decir, acercarnos a la eSalud. La eSalud no es un modo alternativo o adicional de atención sanitaria como consecuencia de la aplicación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), sino formas diferentes de prestar servicios ordinarios; en muchos casos, de forma más eficiente y efectiva, y en otros, de forma más equitativa, para poder mejorar: la accesibilidad, rapidez en la atención, reducción de tiempos de respuesta, implantación de

alertas, ahorro de costes, precocidad diagnóstica, mejora de la efectividad diagnóstica o terapéutica, mejora en la calidad del servicio, etc. Sólo en casos muy excepcionales, en los que el valor añadido diferencial potencial fuese muy alto, hablaríamos de una nueva modalidad asistencial".

2. eSalud

También referido como e-Salud. Alude a la práctica de cuidados sanitarios apoyada en tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). Se discute la simultaneidad del término con el de cuidados sanitarios informatizados o telemedicina. Sin embargo más que solaparse, estas modalidades se complementan correspondiendo a la eSalud una amplia variedad de servicios situados entre la medicina y los cuidados sanitarios tecnológicamente asistidos. Los servicios ofertados por lo que viene llamándose eSalud consiste en:

*Historiales Médicos Electrónicos: administración digital de historias clínicas que facilita el archivo, consulta, edición e intercambio de datos de los pacientes entre diversos profesionales sanitarios –centros de salud, hospitales, especialistas, farmacias.

*Telemedicina: incluye todas las variantes de pruebas físicas y psicológicas que no requieren de la visita presencial del enfermo hasta el especialista. Gracias a este servicio, los pacientes se desplazan menos y aumenta el área de acción del especialista.

*Medicina basada en la evidencia: también llamada "medicina basada en pruebas" y la definición podría ser "el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores y más actuales evidencias o pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes". (L. Sakkett)

*Difusión de Información orientada al ciudadano: tanto los pacientes como aquellas personas sanas de-

sean ser informados sobre temas médicos.

*Difusión de Información orientada al especialista: servicios de información centrados en las necesidades de los profesionales sanitarios (DSI, clipping, etc.)

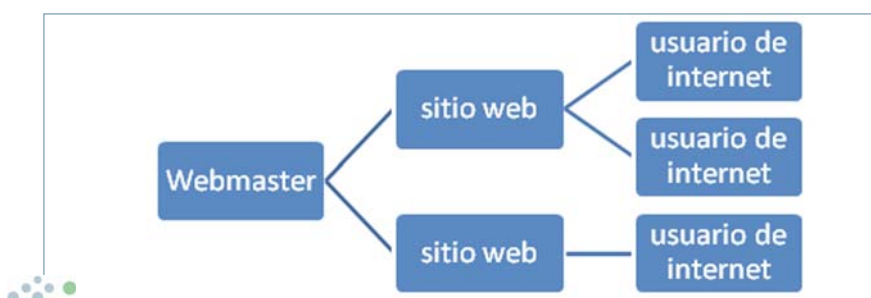
*Equipos virtuales de cuidados sanitarios: consiste en grupos de profesionales sanitarios que colaboran y comparten información sobre pacientes a través de equipos digitales (modelo de atención compartida: interfaz entre atención primaria y secundaria en medicina). La eSalud se define como la aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación en el amplio rango de aspectos que afectan el cuidado de la salud, desde el diagnóstico hasta el seguimiento de los pacientes, pasando por la gestión de las organizaciones implicadas en estas actividades. La eSalud a los ciudadanos les proporciona considerables ventajas en materia de información, incluso favorece la obtención de diagnósticos alternativos. En general, para los profesionales, la eSalud se relaciona con una mejora en el acceso a información relevante, asociada a las principales revistas y asociaciones médicas, con la prescripción electrónica asistida y, finalmente, con la accesibilidad global a los datos médicos personales a través de la Historia Clínica Informatizada" según el Informe AUNA sobre el desarrollo de la Sociedad de la Información en España, 2006. A partir de la ehealth conference 2006, se destaca que la eSalud permite dar un óptimo soporte a cualquier política sanitaria relacionada con las necesidades de los ciudadanos, con la prestación de cuidados o con la gestión y además contribuyen con su desarrollo a garantizar el derecho de los ciudadanos a una atención sanitaria de calidad, sin importar su condición personal o localización geográfica, facilitando la movilidad y permitiendo su elección de los recursos sanitarios apropiados, en un marco de igualdad de oportunidades y participación informada. Con el despliegue de la eSalud se podrá ob-

tener mejores resultados en cuanto a:

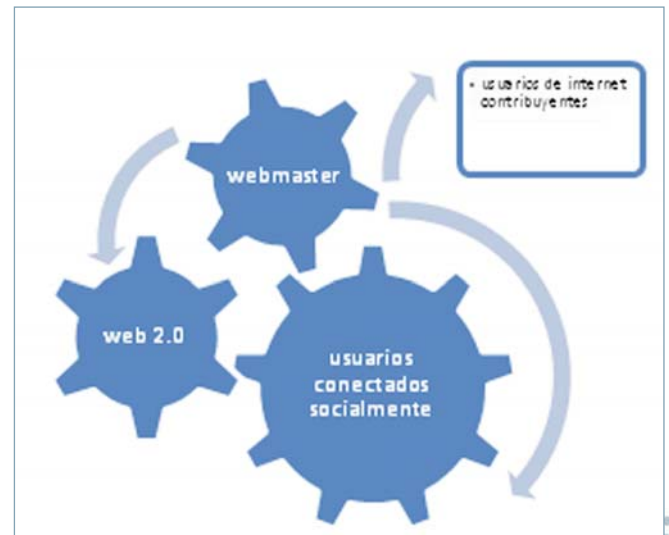
- Pronóstico, prevención y seguimiento de enfermedades.
- Personalización del sistema sanitario.
- Participación de los ciudadanos en la evolución, adaptación y mejora de las políticas y servicios relacionados con la atención en salud.
- Seguridad del paciente aumentada a través de todas las etapas del proceso sanitario.
- Integración de los sistemas sanitarios a los modelos de desarrollo económico de los países y seguimiento de indicadores del estado de salud y registro metódico de datos e informes del estado de salud del paciente.

3. La Web 3.0

Desde que comenzó la era de internet donde los usuarios conectados a internet usaban los recursos de la web con fines educativos o comerciales, es decir estábamos en la web 1.0 ahora hemos pasado a un segundo nivel donde:



Web 1.0



Web 2.0

La web 2.0 viene a desarrollar un nuevo concepto de la originaria idea web 1.0, El término Web 2.0 está comúnmente asociado con aplicaciones web que ayudan a compartir información, la interoperabilidad, el diseño centrado en el usuario y la colaboración en la World Wide Web(www). Podemos dar como ejemplos de la Web 2.0, las comunidades web, los servicios web, las aplicaciones Web, los servicios de redes sociales(facebook, twitter, tuenti...), los servicios de alojamiento de videos, las wikis, blogs, mashups y folcsonomías.

La definición de Web 2.0 se debe a Tim O'Reilly en 2005, a raíz de la conferencia sobre la Web 2.0 de O'Reilly Media en 2004. Aunque el término sugiere una nueva versión de la World Wide Web, no se refiere a una actualización de las especificaciones técnicas de la web, sino más bien a cambios acumulativos de forma,

en la que desarrolladores de software y usuarios finales utilizan la Web. El término fue acuñado por Dale Dougherty de O'Reilly Media en una tormenta de ideas con Craig Cline de MediaLive para desarrollar ideas para una conferencia. Dale Dougherty sugirió que la web estaba en un renacimiento, con reglas que cambiaban y modelos de negocio que evolucionaban.

ban y propuso ejemplos como "DoubleClick" era la Web 1.0; "AdSense" es la Web 2.0 y "Ofoto" es Web 1.0 mientras "Flickr" es Web 2.0."; se contrató a John Battelle para dar una perspectiva empresarial. Entre O'Reilly Media, Battelle, y MediaLive lanzaron la primera conferencia sobre la Web 2.0 en octubre de 2004. La segunda conferencia se celebró en octubre de 2005. El hecho de que la Web 2.0 es cualitativamente diferente de las tecnologías web anteriores ha sido cuestionado por el creador de la World Wide Web Tim Berners-Lee, quien calificó al término como "tan sólo una jerga" precisamente porque tenía la intención de que la Web incorporase estos valores en el primer lugar. Previa a la llegada de las tecnologías de la Web 2.0 se usaban páginas estáticas programadas en HTML (Hyper Text Markup Language) que no se actualizaban periódicamente. El éxito de las .com dependía de webs más dinámicas (a veces llamadas Web 1.5) donde los sistemas de gestión de contenidos servían páginas HTML dinámicas creadas al vuelo desde una base de datos actualizada. De todos modos, el conseguir hits (visitas) y la estética visual eran un factor a tener en cuenta. Los teóricos de la aproximación a la Web 2.0 piensan que la utilización de la web está orientado a la interacción y redes sociales, que pueden servir contenidos que explota los efectos de las redes, creando o no webs interactivas y visuales. Es decir, los sitios Web 2.0 actúan más como puntos de encuentro, o webs dependientes de usuarios, que como webs tradicionales. En su conferencia, O'Reilly, Battelle y Edouard resumieron los principios clave que creen que caracterizan a las aplicaciones web 2.0: la web como plataforma; datos como el "Intel Inside"; efectos de red conducidos por una "arquitectura de participación"; innovación y desarrolladores independientes; pequeños modelos de negocio capaces de redifundir servicios y contenidos; el perpetuo beta; software por encima de un solo apa-

rato. A efectos prácticos, cuando mencionamos el término Web 2.0 nos referimos a una serie de aplicaciones y páginas de Internet que usan la inteligencia colectiva para ofertar servicios interactivos en red dando al usuario el control de sus datos. Así, podemos entender por Web 2.0, según propuso Xavier Ribes en 2007, "todas aquellas utilidades y servicios de Internet que se sustentan en una base de datos, la cual puede ser modificada por los usuarios del servicio, ya sea en su contenido (añadiendo, cambiando o borrando información o asociando datos a la información existente), bien en la forma de presentarlos o en contenido y forma simultáneamente". Además para compartir en la Web 2.0 se usan una serie de herramientas, entre las que se pueden destacar:

- Blogs: La blogosfera es el conjunto de blogs que hay en internet. Un blog es un espacio web personal en el que su autor (puede haber varios autores autorizados) puede escribir cronológicamente artículos, noticias... (con imágenes y enlaces), pero además es un espacio colaborativo donde los lectores también pueden escribir sus comentarios a cada uno de los artículos (entradas/post) que ha realizado el autor.
- Wikis: En hawaiano "wikiwiki" significa: rápido, informal. Una wiki es un espacio web corporativo, organizado mediante una estructura hipertextual de páginas (referenciadas en un menú lateral), donde varias personas autorizadas elaboran contenidos de manera asíncrona. Basta pulsar el

botón "editar" para acceder a los contenidos y modificarlos. Suelen mantener un archivo histórico de las versiones anteriores y facilitan la realización de copias de seguridad de los contenidos. Hay diversos servidores de wiki gratuitos:

- Entornos para compartir recursos: Todos estos entornos nos permiten almacenar recursos en Internet, compartirlos y visualizarlos cuando nos convenga desde Internet. Constituyen una inmensa fuente de recursos y lugares donde publicar materiales para su difusión mundial.

1. Documentos: podemos subir nuestros documentos y compartirlos, embebiéndolos en un Blog o Wiki, enviándolos por correo.

2. Videos: Al igual que los Documentos, anteriormente mencionados, se pueden "embeber" un video tomado de algún repositorio que lo permita, tal como YouTube.

3. Presentaciones

4. Fotos

5. Plataformas educativas

6. Aulas virtuales (síncronas)

7. Redes Sociales.

Las técnicas que utiliza la Web 2.0 buzz words son:

- *CSS, marcado XHTML válido semánticamente y Microformatos

- *Técnicas de aplicaciones ricas no intrusivas (como AJAX)

- *Java Web Start

- *XUL

- *Redifusión/Agregación de datos en RSS/ATOM

- *URLs sencillas con significado semántico

- *Soporte para postear en un blog

- *JCC y APIs REST o XML

- *JSON

- *Algunos aspectos de redes sociales

- *Mashup (aplicación web híbrida)

A nivel general diremos que:

1. El sitio no debe actuar como un "jardín cerrado": la información debe poderse introducir y extraer fácilmente

2. Los usuarios deberían controlar su propia información

3. Basada exclusivamente en la Web: los sitios Web 2.0 con más éxito pueden ser utilizados enteramente desde un navegador

4. La existencia de links es requisito imprescindible.

En cuanto al software de servidor, la funcionalidad de Web 2.0 se basa en la arquitectura existente de servidor web pero con un énfasis mayor en el software dorsal. La redifusión solo se diferencia nominalmente de los métodos de publicación de la gestión dinámica de contenido, pero los servicios Web requieren normalmente un soporte de bases de datos y flujo de trabajo mucho más robusto y llegan a asemejarse mucho a la funcionalidad de Internet tradicional de un servidor de aplicaciones. El enfoque usado hasta el momento por los fabricantes suele ser un enfoque de servidor universal, el cual agrupa la mayor parte de la funcionalidad necesaria en una única plataforma de

servidor, y otras veces un enfoque plugin de servidor Web con herramientas de publicación tradicionales mejoradas con interfaces API y otras herramientas, ambos son válidos y no alteran el camino evolutivo de la Web 2.0. Muchas veces se ha relacionado el término Web 2.0 con el de Web semántica. No obstante, ambos conceptos, corresponden a estados evolutivos de la web, y la Web semántica correspondería en realidad a una evolución posterior, a la Web 3.0 o web inteligente. La combinación de sistemas de redes sociales como Facebook, Twitter, FOAF y XFN, con el desarrollo de etiquetas (o tags), que en su uso social derivan en folcsonomías, así como el plasmado de todas estas tendencias a través de blogs y wikis, proporcionan a la Web 2.0 un aire semántico sin serlo realmente. Aunque para hablar de Web semántica, se necesita el uso de estándares de metadatos como Dublin Core y en su forma más elaborada de ontologías y no de folcsonomías.

Por ahora, el uso de ontologías como mecanismo para estructurar la información en los programas de blogs es anecdótico y solo se aprecia en algunos wikis.

Por ello, podemos identificar la Web semántica como una forma de Web 3.0. Hay una diferencia fundamental entre ambas versiones de web (2.0 y semántica) y es el tipo de participante y las herramientas que se usan. La Web 2.0 tiene como principal protagonista al usuario humano que escribe artículos en su blog o colabora en un wiki. El requisito es que además de publicar en HTML emita parte de sus aportaciones en diversos formatos para compartir esta información como son los RSS, ATOM... mediante el uso de lenguajes estándares como el XML. La Web semántica, está orientada hacia el protagonismo de procesadores de información que entiendan de lógica descriptiva en varios lenguajes más elaborados de metadatos como SPARQL,³ POWDER⁴ u OWL que permitan describir los contenidos y la infor-

mación presente en la web, concebida para que las máquinas "entiendan" a las personas y procesen de una forma eficiente la avalancha de información publicada en la Web. Por todo ello concluimos que la web 2.0 es mejor que la 1.0.

Web 1.0	Web 2.0
Hotmail	Facebook
Publicación	Participación
Web personales	Blogs
Terratv	Youtube
Enciclopedia Británica	Wikipedia
Mp3.com Akamai Screen scraping	Napster Bitorrent Servicios web

Podemos decir que la web 2.0 es la nueva forma de aprovechar la red, permitiendo la participación activa de los usuarios, mediante opciones que le dan al usuario voz propia en la web, pudiendo administrar sus propios contenidos, opinar sobre otros, enviar y recibir información con otras personas de su mismo estatus o instituciones que así lo permitan. La estructura es más dinámica y utiliza formatos más modernos, que posibilitan más funciones.

Pero la mayor importancia estriba en la interacción de los usuarios, este es un hecho fundamental, ya que las personas pueden participar de los contenidos y esto les hace sentirse parte de la red, aumenta el interés por la misma y permite que los contenidos originales de ciertas páginas sean alimentados por particulares, que se entablen discusiones, se comparta acerca de temas comunes entre personas de diferentes profesiones o estratos sociales. Todo ello le proporciona a la web un valor adicional, el usuario no solo busca y re-

cibe información sino que también es capaz de pensarla, construirla y emitirla. Las características de la web 2.0 son

- Las páginas son dinámicas, integran recursos multimedia como: videos, sonidos, que se pueden compartir.
- Los formatos utilizados para diseñarlas son java script, PHP, u otras similares, que permiten más funcionalidad.
- Emplean interfaces de fácil entendimiento para la interacción del usuario.
- La información se puede presentar en varias formas (escrita, audiovisual), y que esta se comparta entre los usuarios o entre estos y los dueños de las páginas.
- Permite que el usuario cree su propio contenido.
- La información se puede transmitir unidireccional o bidireccionalmente.

Y las principales diferencias con la Web 1.0 las encuadraríamos en que en la web 1.0, el usuario tenía acceso a la información solamente como receptor, no podía participar de los contenidos, las páginas eran estáticas, generalmente solo de texto y pocas imágenes, y el formato utilizado era el HTML.

La interacción de los usuarios no era posible con esta forma de diseño de páginas, la información en la web era construida solo por los dueños de los sitios, y no nutrida por las opiniones y recursos aportados por los usuarios con lo que no se podían compartir las novedades acerca de temas de interés, ni compartir información.

4. Guías de evaluación económica

Las guías de evaluación económica más relevantes y de mayor calidad son: NICE (Inglaterra y Gales), Canadiense, Australiana y Sueca:

1.-NICE: establece una perspectiva de costes enfocada al SNS y los Servicios Sociales. Los resultados se limitan a los efectos en la salud del paciente y si es relevante en otros individuos, con ello maximizan salud con los recursos disponibles. En esta guía se incluyen las estimaciones secundarias como costes que recaen fuera del presupuesto del SNS y SS.

2.-Canadiense: en el análisis básico toma el enfoque del SNS, también analiza los costes secundarios que recaen fuera del SNS, siendo los resultados la mejora de salud del paciente, y como análisis secundario se tiene en cuenta las consecuencias sobre la salud de los cuidadores informales.

3.-Australiana: Tienen una perspectiva abiertamente social. Los costes se tienen en cuenta todos con independencia de que sean públicos, pacientes o compañías de seguros y en cuenta a los beneficios se analizan además los no sanitarios o sobre terceros.

4.-Suecia: Similar a la Australiana en cuanto a la perspectiva social de los costes. En cuanto a beneficios abren la posibilidad del co-

pago, de modo que se pueden medir beneficios que no se reducen a la mejora en la salud del paciente. Maximizan bienestar de la población no únicamente salud.

Haciendo una reflexión sobre esta última guía parece incongruente en un principio, pero a caso no lo es el pagar millones de euros con fondos públicos para alargar 1 día de vida a pacientes oncológicos y por otro lado tener indigentes que mueren de inanición y/o a consecuencia de su situación.

No es una cuestión baladí, requiere profusa y profundas reflexiones, teniendo en cuenta los enfoques que ya se han tomado y analizarlos para adecuarlos a nuestro contexto socioeconómico.

Debemos decir que no hay unanimidad entre las guías, pero todas coinciden en incluir costes y beneficios con perspectiva social eso si en forma de análisis secundarios, en algunos casos

Johannesson 1995 solo entiende una perspectiva social cuando es el financiador el sector público que tiene que maximizar el bienestar de la población; ya que tiene un reflejo en la productividad del sistema económico el grado de salud de la población.

Ninguna guía sugiere que el precio de los medicamentos a usar en la evaluación económica se limite al porcentaje pagado por heraldo público, con lo que el coste efectividad dependería del porcentaje de copago. Los beneficios no consideran la comodidad del paciente a la hora de recibir un tratamiento y su magnitud. La perspectiva social a nivel normativo es la correcta, la del financiador es estratégica y según

Brouwer et al 2006 indica que una solución sería presentar un resultado utilizando ambas perspectivas.

Las cuestiones más importantes que debe contemplar una guía son:

1. Necesidad de una revisión siste-

mática de la evidencia clínica: donde comparar dos o más alternativas en una evaluación económica, siendo fundamental seleccionar adecuadamente los estudios clínicos.

2. Detalles sobre la búsqueda de la literatura y los criterios de inclusión y exclusión.

3. Detalles sobre las características y la calidad de los estudios incluidos

4. Métodos recomendados para la síntesis de los estudios elegidos

5. Análisis de la heterogeneidad de los estudios incluidos

Comentaremos que las guías Australianas dedican varias secciones a la búsqueda de la literatura, la calidad de los estudios incluidos y los métodos de síntesis; la Nice y Canadiense les dan menos valor a estos datos pero las tres guías coinciden en los aspectos más relevantes. La guía Sueca no da ninguna información sobre el tema.

Las guías de evaluación económica deben identificar la población objetivo y el nivel de detalle en su definición, así como la necesidad del análisis de subgrupos para evaluar el impacto presupuestario.

No podemos olvidar el interés de incorporar comparadores para la tecnología de estudio, ya que la elección del comparador es un aspecto clave en el estudio económico para evaluar si una tecnología es coste efectiva respecto a la tecnología alternativa, en términos incrementales (Drummond, 1996), por eso hay que tener en cuenta muchos elementos a la hora de elegir el comparador como la población objetivo, la disponibilidad y calidad de datos o el tipo de intervención (Drummond 2005).

5. La Cuarta Garantía

Los países de la OCDE (10 UE) con obligatoriedad de la cuarta garantía son: Reino Unido, Suecia, Países Bajos y Finlandia, en el caso de Italia se le confieren un carácter voluntario o recomendado y en España que no la considera. Podría definirse como "la obligación de realizar evaluación económica para avalar que un medicamento o nueva tecnología es coste-efectiva. Según Kanavos et al, la define como la barrera "de facto" para acceder al mercado en países con SNS. Los sistemas de cuarta garantía surgen en los años 90, en Australia en el 1993 y en parte de Canadá en el 1995. ¿A qué se aplica la cuarta garantía?

En Reino Unido a nuevos medicamentos y los que ya están seleccionados, en Suecia solo a nuevos medicamentos, en Holanda a las innovaciones que no tengan un sustituto terapéutico y para concluir en Finlandia que solo se aplica a nuevos principios activos. La cuarta garantía se emplea para informar de decisiones sobre el reembolso es decir listas positivas o negativas esto se da en Finlandia, Holanda; Reino Unido, Suecia; para la fijación del precio en Finlandia y para la prescripción y utilización en Reino Unido. En una evaluación económica que tuvo lugar durante 1999 y 2008 sobre 42 medicamentos oncológicos, se llegó a la conclusión que 7 fueron rechazadas definitivamente, 7 rechazados provisionalmente, 13 aprobados con grandes restricciones y solo 22 fueron aprobados para su uso sin restricciones; y en 11 de los 14 rechazados el motivo fue la escasa relación coste-efectividad de los medicamento con ratios superiores a 30.000 Libras/ AVAC (años de vida ajustados a calidad).

En la Unión Europea desde enero de 2009 se están usando nuevas reglas para tratar a los enfermos en fase terminal, desde el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica evaluando la prolongación de la vida

y los tratamientos terminales, el comité de evaluación considera "el impacto de dar un mayor peso a los QALYs logrados en los últimos estadios de las enfermedades terminales, usando la asunción que extender el periodo de supervivencia es experimentado como completa calidad de vida, prevista para la salud individual de la misma edad y que la magnitud del peso adicional que podría necesitar sea asignada a los beneficios QALY en este grupo de pacientes, para el coste-efectividad de la tecnología, para estar dentro del rango umbral actual. Sin menospreciar las voces del Fórum de Cánceres Raros que relata como el NICE ha rechazado tratamientos que podrían haber beneficiado a más de 16.000 pacientes.

5.1 Justificación

La justificación de la no implantación de la cuarta garantía en España se articula:

- Ausencia de sistemas de información sanitaria apropiados.
- Normativa que lo apoye desde las instituciones sanitarias.
- Transparencia en los criterios, herramientas de información y accesibilidad para todos los agentes.
- Estandarización metodológica mediante guías de evaluación económica para tecnologías sanitarias.

6. Conclusión

Por todo lo expuesto se cree que es de imperiosa necesidad aplicar la Cuarta garantía a nuestro SNS, al igual que otros países de la UE ya lo aplican y con muy buenos resultados, muchas voces se alzan en nuestro país para que se implante, por supuesto si se quiere

tener un sistema sanitario sostenible donde primen los criterios de eficiencia, sin olvidar el coste. Eso es precisamente, lo que persigue la evaluación económica, la eficiencia asignativa y no solo la contención de costes, que no es la vertiente planteada; ya que la evaluación económica como cuarta garantía pretende identificar las tecnologías coste-efectivas con un mínimo de error; así mismo, se permite introducir la idea de asignar "pesos" para dar consistencia a las decisiones tomadas, en referencia a los análisis comparativos entre tratamientos.

Un programa interactivo que permita aunar los criterios normativos, especificaciones de los expertos, teniendo en cuenta las opiniones de los usuarios mediante Web 2.0 y siendo accesible a todos los agentes, conseguirá una sanidad coste-efectiva que no solo contendrá los enormes y a veces desorbitados gastos sanitarios sino que creará un beneficio paralelo social, ya que se hará una mejor redistribución de los presupuestos generales del estado.

Bibliografía

- Barbieri M, Drummond M, Willke R et al. Variability of cost-effectiveness estimates for pharmaceuticals in Western Europe. Lessons for inferring generalizability. *Valeu in Health* 2005;8(1):10-23
- Brouwer WB, Koopmanschap MA. On the economics foundations of CEA. Ladies and gentlemen, take your position! *J Health Econ.* 2000 jul;19(4):439-59
- Brouwer WB, Koopmanschap MA. The friction-cost method: replacement for nothing and leisure for free. *Pharmacoeconomics.*2005;23(2):105-11.
- Brouwer WB, van Exel NJ, Baltussen RM; Rutten FF. A dollar is a dollar is a dollar-or is it? *Value Health.* 2006 Sep-Oct; 9(5): 341-7.
- Cobo Romani C, Pardo H. *Planeta Web 2.0.*
- Del Llano J, Hidalgo A, Perez-Camarero S. *Sistema de Información Sanitaria en España(SISAN).* Madrid, Edictec ;2004
- Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Economics,* 2004 13:427-452.
- Doña J. M., Moya I, Lopez J. Definition of a Consensual drug Selection Process in Hospital Universitario Virgen de la Victoria. *Intelligent Systems Design and Applications.* IEEE Computer Society. Vol. 1, 845 - 850. 2009a
- Doña J.M., La Red D.L., Peláez J.I. Analysis of the Majority Process in Group Decision Making Process. *Joint Conference on Information Sciences.* pp 155-159, 2003
- Drummond MF; Manca A, Sculpher MJ. Increasing the generalisability of economic evaluations: recommendations for the design, analysis and reporting of studies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2005;21:165-171.

- Drummond MF, Pang F. Transferability of economic evaluation results. In: Drummond MF, McGuire A, eds., *Economic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Drummond MF, Sculpher MJ; Torrance GW, O'Brien BJ; Stoddart GL. *Method for the economic evaluation of health care programmes*. Third edition: Oxford: Oxford University Press;2005
- Drummond, M, Jefferson, T. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *British Medical Journal*, 1996;313(7052): 275-283.
- Fumero A, Roca G, Saez Vacas F. *Web 2.0*. Fundación Orange España, mayo de 2007.
- Johannesson M, Karlsson G. The friction cost method: a comment. *J Health Econ*. 1997 Apr, 16(2):249-55;discussion 257-9.
- Johannesson M, O'Conor RM. Cost-utility analysis from a societal perspective. *Health Policy*. 1997 Mar; 39(3): 241-53.
- Johannesson M. A note on the depreciation of the societal perspective in economic evaluation of health care. *Health Policy* 1995; 33:59-66
- Keeler EB; Cretin S Discounting of life-saving and other nonmonetary effects. *Management Science* 1983;29: 300-306.
- O'Reilly T, "What Is Web 2.0. Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software" ,Portal de la Sociedad de la Información de Telefónica.
- Ortún V. Puig-Junoy J. Callejón M. Innovación en medicamentos, precios y salud. En: López-Valcarcel B(ed): *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*. Barcelona:Masson, 2005, p 173-193.
- Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002;76: 373-380.
- Ribes X. La Web 2.0. El valor de los metadatos y de la inteligencia colectiva. "Telos. Cuadernos de Comunicación e Innovación", n. 73 (2007) Fundación Telefónica.



RevistaeSalud.com es una publicación electrónica que intenta promover el uso de TICs (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) con el propósito de mejorar o mantener la salud de las personas, sin importar quiénes sean o dónde estén.

Edita: FESALUD – Fundación para la eSalud
 Correo-e: cperez@fesalud.org
 ISSN 1698-7969



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaeSalud.com. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>