

Un paso incompleto en la dirección correcta: el Instituto Nacional de Salud del Perú establece el rango de costo-efectividad

Enrique M. Saldarriaga¹ 

¹ University of Washington. The Comparative Health Outcomes, Policy, and Economics (CHOICE) Institute. Seattle, WA, United States

Seattle, 20 de junio de 2022

Revista de Saúde Pública

Estimado Editor,

El Instituto Nacional de Salud del Perú (INS) estableció por primera vez en el país un umbral de costo-efectividad (CE) para el análisis de intervenciones y tecnologías de la salud y productos farmacéuticos¹. Dicho umbral es un elemento esencial para la toma de decisiones de inversión pues indica qué intervenciones tienen mayor posibilidad de crear beneficios por encima del costo de su implementación y mantenimiento. El INS estableció que una intervención será costo-efectiva si su costo por unidad de salud ganada es entre 2.2 y 4.4 veces el valor de una unidad impositiva tributaria (UIT) valorizada en 4,600PEN en 2022² - equivalente a entre 2,663 y 5,326USD. A continuación, expongo por qué considero que este es un paso en la dirección correcta pero incompleto.

Esta decisión es acertada por tres razones. Primero, es un elemento de análisis objetivo, cuantificable y estándar para la toma de decisiones en inversiones de salud. Adicionalmente, facilita la comparación de factibilidad económica entre intervenciones que de otra forma no serían comparables. Segundo, al establecer el rango en función de una medida (la UIT) independiente y que se actualiza anualmente en función a criterios macroeconómicos, incrementa la probabilidad de ser sostenida en el tiempo y de ser adoptada por la comunidad científica. Tercero, el rango establecido está en concordancia con la creciente literatura que critica fuertemente el uso de rangos basados en el PBI por ser poco sensibles al costo de oportunidad de inversión pública en lugares (países, regiones) con acceso limitado a recursos y que por tanto tienen una necesidad elevada de priorización de recursos^{3,4}. En un estudio reciente, Kazibwe et al.⁵ analizaron 197 evaluaciones económicas en salud y encontraron que todas aquellas provenientes de Latino América utilizaron umbrales de CE basados en el producto bruto interno (PBI) per cápita del país. La estipulación del INS es entonces también un paso pionero en Latino América, donde la literatura sobre metodologías para la evaluación de tecnologías sanitarias es escasa y muestra una preferencia por umbrales basados en PBI⁶.

Sin mengua de estos atributos, el establecimiento de este rango tiene algunas deficiencias. Primero, aun cuando existe debate respecto a las mejores formas de uso y

Correspondencia:

Enrique M. Saldarriaga
1959 NE Pacific St. Health Science
Building, H-375
Seattle, Washington, USA
E-mail: emsb@uw.edu

Recibido: 5 jul 2022

Aprobado: 19 ago 2022

Cómo se cita:

Saldarriaga EM.
Un paso incompleto en la
dirección correcta: el Instituto
Nacional de Salud del Perú
establece el rango de
costo-efectividad. Rev Saude
Publica. 2022;56:106.
<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004923>

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



cálculo del umbral de CE, en la práctica hay consenso de que debe representar el costo de oportunidad para el proveedor de salud o la sociedad de financiar una intervención⁷. Siendo así, no es claro cuál es la lógica detrás de atar el umbral de CE a la UIT, puesto que no es evidente la relación con el presupuesto de salud del Perú, la capacidad técnica o financiera del proveedor de salud, o las preferencias de la población, como se esperaría de un instrumento que busca fungir de guía de inversiones. La UIT es un instrumento usado en tributación y por lo tanto correlacionado con la actividad económica en general, pero no necesariamente con la capacidad de gasto del sector salud. En segundo lugar, la Norma no establece parámetros para el uso del rango de CE. En particular, qué unidad de salud se consideró durante el establecimiento del umbral. Esto es relevante porque las evaluaciones económicas se pueden expresar en diversas unidades de salud – usualmente años de vida ganados, años de salud ajustados por calidad de vida (AVAC) o perdidos por discapacidad (AVAD) – que representan distintos tipos de ganancia en salud pública y por consiguiente disposición a invertir. Si bien no se esperaría que la Norma del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) establezca qué unidad de salud utilizar, pues eso es discreción de los investigadores, sí podría establecer parámetros para su uso. La consecuencia inmediata de la falta de claridad en este sentido es que intervenciones que utilicen únicamente años de vida para demostrar efectividad van a parecer mucho más costo-efectivas que intervenciones que utilizan medidas comprehensivas de producción de salud como AVAC y AVAD.

En conclusión, el establecimiento de un rango de CE por parte del MINSA es una herramienta muy importante para el sistema de evaluaciones tecnológicas en el Perú. No obstante, su adopción en la comunidad científica y su uso en el largo plazo dependerá de ser posible explicar la correlación entre la UIT y la disposición a pagar o capacidad de gasto del sistema de salud por mejoras en los resultados de salud, así como de tener mayor información sobre qué resultado de salud se tuvo en cuenta para la determinación del umbral.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (PE). Resolución Ministerial N° 159-2022/MINSA, de 4 de marzo de 2022. Establecer el umbral de costo - efectividad de las evaluaciones de tecnologías sanitarias realizadas por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas y por el Instituto Nacional de Salud. Lima (PE); 2022.
2. Ministerio de Economía y Finanzas (PE). Decreto Supremo N° 398-2021EF, de 30 de diciembre de 2021. Valor de la Unidad Impositiva Tributaria durante el año 2022. (Lima (PE); 2021.
3. Woods B, Revill P, Sculpher M, Claxton K. Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research. *Value Health*. 2016;19(8):929-35. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017>
4. Revill P, Walker S, Madan J, Ciaranello A, Mwase T, Gibb DM, Claxton K, et al. Using cost-effectiveness thresholds to determine value for money in low-and middle-income country healthcare systems: are current international norms fit for purpose? York (UK): Centre for Health Economics, University of York; 2014. (Working Paper. CHE Research paper).
5. Kazibwe J, Gheorge A, Wilson D, Ruiz F, Chalkidou K, Chi YL. The use of cost-effectiveness thresholds for evaluating health interventions in low- and middle-income countries from 2015 to 2020: a review. *Value Health*. 2022;25(3):385-9. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.08.014>
6. Augustovski F, Garay OU, Pichon-Riviere A, Rubinstein A, Caporale JE. Economic evaluation guidelines in Latin America: a current snapshot. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2010;10(5):525-37. <https://doi.org/10.1586/erp.10.56>
7. Thokala P, Ochalek J, Leech AA, Tong T. Cost-effectiveness thresholds: the past, the present and the future. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(5):509-22. <https://doi.org/10.1007/s40273-017-0606-1>

Conflicto de Intereses: El autor declara no haber conflicto de intereses.