

EVALUACIÓN DE POLÍTICAS. SALUD Y SANIDAD

Beatriz GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

La evaluación de políticas de salud es particularmente compleja porque la salud se genera fundamentalmente fuera del sector sanitario. Durante la pandemia, las políticas sanitaria y económica han sido más interdependientes que nunca. En este artículo reflexionamos sobre datos y métodos de evaluación de políticas sanitarias y de salud y sobre su organización en España, y apuntamos temas relevantes para una agenda priorizada.

En sanidad, evaluaciones *ex post* de las intervenciones y políticas públicas son útiles, pero cada vez resulta más necesaria la evaluación prospectiva *ex ante* para facilitar la toma de decisiones fundamentada en datos.

Ha habido un enorme avance del conocimiento durante los años de pandemia 2020-2021, en parte gracias al uso de datos masivos compartidos, de acceso abierto y en tiempo real, a la disponibilidad de registros sanitarios digitales poblacionales, de datos longitudinales y de *big data* (vs. datos estructurados). La inteligencia artificial ha de utilizar esos datos de forma complementaria a la inteligencia humana.

Frente al enorme avance en la disponibilidad de datos, la metodología para procesarlos para evaluar políticas públicas está relativamente estancada. Desde marzo 2020 se han elaborado modelos COVID que desde los modelos epidemiológicos *compartimentales* más simples, han ido añadiendo complejidad de grano fino, incorporando información micro sobre movilidad, interacciones sociales y políticas públicas (sintetizadas con índices estandarizados como el *Stringency Index* de Oxford). Los modelos epi-económicos son de enorme utilidad para tomar decisiones. Sirven para explicar el pasado, predecir a corto plazo, retratar el presente (*nowcasting*) y avanzar hipótesis plausibles sobre el futuro (con enorme incertidumbre). Igual que la gestión de la pandemia, los modelos deben ser evaluados retrospectivamente por su capacidad predictiva. La modelización ha progresado, pero todavía falta integrar mejor los modelos epidemiológicos y económicos, así como incorporar los efectos sobre la desigualdad.

A grandes rasgos, la gestión de la pandemia abarca: 1) las medidas para limitar los contagios; 2) la disposición y organización de recursos y servicios sanitarios para prevenir y tratar la enfermedad; 3) las medidas de carácter económico para minimizar los efectos de la pandemia sobre el tejido productivo y sobre las economías familiares.

Hoy por hoy no hay estudios rigurosos que permitan establecer la dominancia de la estrategia de supresión sobre la de contención de la COVID, o viceversa.

Los métodos de investigación cualitativa son muy útiles en la evaluación de la respuesta a la pandemia. Las denominadas *after-action reviews* (AAR) o "revisiones pos actuación" pueden servir para identificar las lecciones aprendidas y diseñar constructivamente respuestas más eficaces sin necesidad de identificar culpables. En España se reclamó una evaluación global de la gestión de la pandemia desde las primeras oleadas y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) hizo el encargo en septiembre de 2021. El informe se encuentra en proceso de elaboración.

La institucionalización de la evaluación de tecnologías sanitarias en España ha avanzado en los últimos años, pero todavía no está completada. La arquitectura institucional es compleja y poco resolutive y no existen criterios explícitos de priorización de grupos de pacientes o enfermedades, aunque se reconoce la necesidad de priorizar y se acepta el criterio de coste-efectividad. La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) se constituyó formalmente en

2012. Siete comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Galicia, Madrid, País Vasco) y el Instituto de Salud Carlos III colaboran en red y elaboran informes no preceptivos sobre determinadas tecnologías, destacando las no farmacológicas. La RedETS aporta valor al SNS y aprovecha economías de alcance y de red. En 2021, un grupo de académicos y sanitarios reclamaba una agencia independiente de evaluación de prácticas y políticas sanitarias, al estilo de la NICE británica, con capacidad legal para recomendar e inducir a los gobiernos a cumplir las recomendaciones o, alternativamente, a explicar por qué no las cumplen. La iniciativa llegó a la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados en noviembre de 2021 con una proposición no de ley, pero no pasó de ahí.

Durante la pandemia quedó en suspenso el coste-efectividad como criterio de decisión, tanto por imperativo moral como por la apabullante evidencia de que prácticamente todo gasto sanitario en prevención y tratamientos COVID es dominante, teniendo en cuenta los costes (y ahorros de costes) indirectos por la vía del impacto en la economía. Tanto el rastreo de contactos (que forma parte de una estrategia más general de Test, Rastreo y Aislamiento (TRA)) como las vacunas COVID parecen ser altamente coste-efectivos, aunque la evidencia es volátil en la medida en que la pandemia cambia, y mejora nuestro conocimiento sobre ella.

La evaluación en sanidad debe abarcar los tres niveles: macro (políticas de salud y sanitarias), meso (gestión y organización de centros y servicios sanitarios) y micro (gestión clínica). España, por su descentralización sanitaria, acumula una enorme cantidad de experiencias organizativas y de gestión cuya evaluación permitiría la mejora por comparación y el escalado en todo el territorio.

La agenda de evaluación de intervenciones sanitarias de la AIREF constituye un buen punto de partida para evaluaciones macro.

Áreas de especial relevancia para la evaluación son la digitalización de la sanidad, la gestión indirecta de la prestación sanitaria y las tecnologías de alto coste unitario, como la medicina personalizada. Hay que evaluar las intervenciones económicas y fiscales sobre la salud poblacional, y analizar la actividad sanitaria con perspectiva de sistema basado en el valor. El disponer de criterios sociales de disposición a pagar por un Año de Vida Ajustado por Calidad, con posibilidad de diferenciación por grupos de pacientes o patologías, es una cuestión abierta.

El modelo Muface requiere evaluación urgente. En la agenda inmediata deberían entrar también las políticas para hacer frente a las consecuencias a largo plazo de la COVID sobre la salud (también mental) de la población y la organización de los recursos necesarios para abordar el problema, así como su financiación. Las desigualdades en el uso de servicios sanitarios, que pueden derivar en desigualdades en salud, han de ser evaluadas sin demora.