Economía y salud

BOLETÍN INFORMATIVO - Año 2014. Noviembre. nº 81

www.aes.es

AES Asociación de Economía de la Salud

En Este Número

Portada

Opinión

- Aspectos jurídicos en torno al documento de AES Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance
- Reduciendo distancias entre gestión sanitaria y economía de la salud
- Los taboo trade-offs y sus implicaciones en la toma de decisiones de priorización del gasto público y la resolución de conflictos culturales

Temas

- Guías y recomendaciones para la realización de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos presentadas al Servei Català de la Salut: ¿un verso suelto o una palanca de cambio?

Tesis

- Modelos de elección discreta aplicados a la asistencia sanitaria
- Modelling Global Pricing and Launching of New Drugs

Con acuse de recibo

- La equidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: situación actual y perspectivas. Conferencia de clausura del Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía) de la Universidad Carlos III de Madrid
- Crónica del XIV Encuentro de la Industria Farmacéutica Española, titulado: "Los nuevos medicamentos biológicos: revolución terapéutica y económica"

Reseñas bibliográficas

- Un buen recorrido por la política farmacéutica española

Noticias

- Congresos y Jornadas
- Formación

Noticias Destacadas

Aspectos jurídicos en torno al documento de AES Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance

En febrero de 2014 ha visto la luz el segundo documento elaborado por la Asociación de Economía de la Salud (AES) que realiza un riguroso diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) e incluye una batería de ciento sesenta y seis propuestas de avance. Si en el año 2008, fecha del primer diagnóstico del SNS realizado por AES... [+]

Reduciendo distancias entre gestión sanitaria y economía de la salud

Primero en mentideros nocturnos y luego abiertamente, hace tiempo que menudean conversaciones sobre la inadecuada distancia que media entre la gestión sanitaria y la economía de la salud. Y hay consenso pleno en ambas esferas: esto no es bueno. Hablemos. Y con este afán, le hemos preguntado a un grupo de gestores avezados... [+]

Los taboo trade-offs y sus implicaciones en la toma de decisiones de priorización del gasto público y la resolución de conflictos culturales

As economists frequently remind us, we live in a world of scarce resources in which, like it or not, everything must ultimately take on an implicit or explicit price. Indeed, this austere insight prompted Oscar Wilde to define an economist as someone who knows the price of everything and the value of nothing... [+]

Guías y recomendaciones para la realización de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos presentadas al Servei Català de la Salut: ¿un verso suelto o una palanca de cambio?

La evaluación económica de intervenciones sanitarias (EEIS) ha vivido durante la última década su edad dorada en Europa. El papel impulsor que

han desempeñado las autoridades públicas en su desarrollo ha sido la principal causa de este florecimiento. El uso de estas herramientas en las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias... [+]

Opinión

Aspectos jurídicos en torno al documento de AES Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance

David Larios Risco
Vicepresidente de la Asociación Juristas de la Salud
E-mail: diarios@jcm.es

En febrero de 2014 ha visto la luz el segundo documento elaborado por la Asociación de Economía de la Salud (AES) que realiza un riguroso diagnóstico del Sistema Nacional de Salud (SNS) e incluye una batería de ciento sesenta y seis propuestas de avance.

Si en el año 2008, fecha del primer diagnóstico del SNS realizado por AES, la motivación fue la contribución al debate previo a un eventual y (para muchos) necesario Pacto por la Sanidad que hasta la fecha no ha llegado a producirse, en esta ocasión el documento de AES se justifica en la reforma sanitaria llevada a cabo en el contexto de la profunda y prolongada crisis económica que venimos padeciendo, y que ha dado lugar o ha servido de pretexto para la introducción de importantes ajustes y mecanismos de racionamiento en las prestaciones sanitarias públicas.

En menos de tres años hemos asistido a la aprobación (por vía de urgencia y al margen del debate parlamentario previo) de cinco Reales Decretos-Leyes, que han introducido importantes reformas orientadas a la reducción del gasto del SNS, y que, por vez primera desde su creación, suponen no sólo una modificación de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria pública, sino una restricción en su contenido.

La reforma sanitaria se ha centrado en (i) la reducción de la cobertura sanitaria pública, retrocediendo de la vocación universalista (art. 1 de la Ley General de Sanidad y DA 5ª de la Ley General de Salud Pública) al régimen de aseguramiento de los seguros sociales, pese a mantenerse la financiación vía impuestos, lo que ha supuesto la automática retirada de la asistencia sanitaria a inmigrantes en situación irregular (salvo a menores, embarazadas y atención urgente), (ii) el racionamiento de las prestaciones mediante creación de una carta básica común, dos complementarias y accesorias sujetas a copagos, y una propia de cada una de las CCAA; la generalización de la prescripción por principio activo de medicamentos, el incremento de los copagos farmacéuticos de activos en función del nivel de renta y la introducción por vez primera en nuestro país del copago farmacéutico para pensionistas, y (iii) la reducción de costes de personal que inciden sobre los más de 600.000 profesionales del SNS a través de congelación salarial y recortes lineales en las retribuciones, congelación de la oferta de empleo público,

restricciones en la prestación por incapacidad temporal, extinción del complemento por jubilación, incremento de horarios, e introducción del despido colectivo en el seno del empleo público (Reales Decretos-Leyes 8/2011, 20/2011 y 3/2012).

Esta inusitada reforma sanitaria, cuyo colofón es el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para la sostenibilidad del SNS, ha recibido una amplia respuesta política, institucional, social y corporativa materializada en posicionamientos críticos, entre los que se encuentra el de la Asociación de Juristas de la Salud [1].

El documento de AES supera estos posicionamientos coyunturales en torno a la reforma sanitaria y se adentra en el análisis y propuestas para la mejora de aspectos estructurales del SNS. Su análisis jurídico permite extraer una serie de consideraciones acerca de los cuatro epígrafes en que se estructura.

(i) Financiación y cobertura pública

El impulso hacia la pretendida universalización del SNS y los progresos en su consolidación se han hecho sin una visión global: la transferencia generalizada de la gestión de la asistencia sanitaria a los Servicios Autonómicos de Salud ha tenido como consecuencia evidente el incremento del gasto. Las desviaciones presupuestarias de la sanidad autonómica, la ausencia de mecanismos reales de gobierno, coordinación y cohesión del SNS, y una sociedad poco concienciada con el gasto sanitario, arrojan una difícil perspectiva en términos de sostenibilidad. Cuando la crisis económica ha hecho mella, el sistema sanitario se encontraba en el peor de los escenarios posibles: gasto estructural disparado, sin elementos de autodisciplina, y situado en unos subsistemas incontrolables a nivel central.

Las propuestas contenidas en el documento de AES sobre financiación y contención del gasto implican una reforma de la normativa que regula el sistema de financiación autonómica (LOFCA y normas de desarrollo) en un doble sentido: aumento de la capacidad normativa de las CCAA y establecimiento de mecanismos que garanticen la equidad y la suficiencia de recursos para el mantenimiento de unos estándares mínimos y comunes de calidad, lo que necesariamente exigiría una revisión de los actuales mecanismos de cohesión (Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, Fondo de Suficiencia Global, Fondo de Competitividad, Fondo de Cooperación y Fondo de Compensación Interterritorial), reformas que van más allá de las competencias propias del Ministerio de Sanidad y que exigen un compromiso político general para destinar al SNS los recursos necesarios en detrimento de otras partidas presupuestarias.

En cuanto a la cobertura poblacional y acceso a las prestaciones, el documento apuesta por la ruptura definitiva de la atención sanitaria pública del régimen de Seguridad Social, tanto en su configuración legal (universalidad frente a aseguramiento) como en su financiación (imposición general frente a cotizaciones sociales), propuesta que contradice abiertamente las últimas reformas operadas por el ejecutivo.

De forma paralela, y sin necesidad de cambios legislativos reseñables, se propone la mejora de los sistemas de facturación y cobro de las prestaciones sanitarias dispensadas a ciudadanos de otros Estados, lo que no resulta incompatible con la universalidad del sistema para las personas que acrediten residencia efectiva en España e insuficiencia de recursos económicos.

En cuanto al racionamiento de las prestaciones, se apuesta por la sustitución del sistema lineal de copagos introducido por el Real Decreto-Ley 16/2012 por uno de copagos evitables basados en coste-efectividad, cuyos criterios diferenciales sean la renta y la condición de salud, y no la condición de activo o pensionista, con límites máximos mensuales y plazos de reembolso asumibles por el conjunto de la ciudadanía.

(ii) Organización de la asistencia sanitaria

La ineficacia de los sistemas y los procedimientos de coordinación y cooperación interadministrativa que diseñó la Ley de Cohesión y Calidad (mera declaración retórica de principios tales como equidad, calidad, seguridad, cooperación, cohesión, etc.) lleva a plantearnos si lo que falla es la definición del modelo o si el modelo está bien definido y lo que falla es el aparato orgánico para hacerlo efectivo.

Las propuestas para la mejora de la organización que realiza AES pivotan, más que sobre elementos regulatorios del sistema,

sobre avances en los mecanismos de gestión de la atención primaria y especializada y sobre la necesaria coordinación, no sólo entre los referidos niveles de la atención sanitaria, sino entre éstos y los dispositivos de atención socio-sanitaria y salud pública. Las propuestas en este sentido vienen siendo tradicionales y nunca bien abordadas pese a la unificación meramente formal de tales funciones en algunas consejerías de sanidad autonómicas.

La coordinación entre niveles asistenciales no parece suficiente si no se integra con los sistemas de asistencia social y salud pública. La superación generalizada de este modelo de compartimentos estancos que diera lugar a un verdadero sistema integral de protección de la salud individual, colectiva y de las necesidades sociales, no parece posible sin un pacto político de gobernabilidad en el que las CCAA aceptasen esa suerte de recentralización, pues exigiría una norma básica que obligase a las CCAA a aglutinar las competencias, estructuras, recursos y prestaciones bajo una dirección política y un aparato gestor uniforme, de manera que la defendida integración no dependa de la voluntad de cada comunidad autónoma.

Otro de los aspectos relevantes del documento que analizamos tiene que ver con la proliferación de modelos de gestión público-privada de centros del SNS que las CCAA han emprendido de manera tan decidida como temeraria, teniendo en cuenta la total ausencia de evidencia respecto a las ventajas e inconvenientes de estas fórmulas. La extensión incontrolada de estos modelos puede poner en grave riesgo la sostenibilidad futura del Sistema, por lo que resulta perentorio establecer mecanismos jurídicos que obliguen a la evaluación previa y continuada de estos modelos y a la necesaria justificación y limitación del recurso a estas fórmulas encubiertas de endeudamiento público.

En materia de profesionales, se postula la introducción de fórmulas de evaluación del desempeño que sirvan de base tanto para la incentivación como en procesos de selección y provisión de plazas, superando el inmovilismo de los actuales parámetros (retribuciones lineales, complementos que no dependen del rendimiento, privilegios asociados en exclusiva a la antigüedad, etc.). La implantación de un modelo de gestión de personal basado en la evaluación del desempeño es una de las asignaturas pendientes de la gestión del empleo público en nuestro país, y exigiría la previa negociación con los representantes sindicales, el acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS, ratificado por el Consejo Interterritorial, y la modificación de las normas de cabecera del régimen de personal estatutario y de los diferentes instrumentos autonómicos en materia de retribuciones, promoción profesional, selección y provisión de plazas (Pactos, Acuerdos, Instrucciones, etc.).

(iii) Políticas de salud

La visión amplia con el documento de AES aborda la protección de la salud individual y colectiva se refleja con vigor en las propuestas sobre formulación y evaluación de políticas de salud, que trasciendan las competencias estrictamente sanitarias.

La mayor parte de las propuestas de avance que se formulan en este apartado no exigen necesariamente modificaciones legislativas, sino más bien acuerdos programáticos entre agentes políticos, administrativos, corporativos y sociales que contribuyan a la concienciación sobre el papel de la política sanitaria más allá de la esfera puramente sanitaria.

En el plano jurídico, la introducción de una disposición con rango de ley que obligue a incorporar una "memoria de impacto en salud" en la tramitación de normas laborales, educativas, medioambientales y fiscales, a semejanza de lo que sucede con la "memoria de impacto de género", coadyuvaría sin duda a esa necesaria concienciación sobre las repercusiones en salud de las políticas de otros departamentos.

Para materializar el resto de medidas propuestas para combatir hábitos no saludables (consumo de alcohol, tabaco, drogas) o promover prácticas saludables (deporte, alimentación, educación vial, etc.) no se precisan tanto instrumentos normativos propios de la función administrativa de coacción o policía, como elementos propios de la función de fomento a través de una adecuada formulación y evaluación de instrumentos tales como planes y programas de prevención de la enfermedad y de protección de la salud frente a los riesgos derivados de actividades potencialmente peligrosas y hábitos no saludables.

(iv) Buen gobierno de la sanidad

Haciéndose eco de las conclusiones de la Comisión de Buen Gobierno Sanitario del Consejo de Europa, el documento de AES realiza una apuesta decidida por la introducción de elementos de buen gobierno en la sanidad, tales como mecanismos de rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, atención a los conflictos de intereses y prevención del fraude y la corrupción.

Muchas de estas medidas exigen cambios en la normativa vigente que el Estado no puede abordar a riesgo de entrometerse en el ejercicio legítimo de las competencias sobre desarrollo legislativo y ejecución en materia sanitaria propias de las comunidades autónomas, de forma que medidas tales como la generalización de procesos selectivos meritocráticos para puestos directivos, la exigencia de declaración de conflictos de intereses de todos los cargos sanitarios, o la generalización de órganos colegiados de gobierno en las instituciones sanitarias, exigirían un acuerdo previo entre el Estado y las comunidades autónomas.

La deseable transparencia de la gestión de la sanidad pública a través de publicación de datos de calidad asistencial y de actividad económico-presupuestaria de los centros sanitarios públicos también exigiría un acuerdo en el seno del Consejo Interterritorial previo a su incorporación a una norma básica aplicable a todo el Sistema, pues de otro modo, y teniendo en cuenta la falta de fuerza vinculante de los acuerdos del máximo órgano de coordinación del SNS, las medidas que se deberían adoptar quedarían al albur de las decisiones políticas y administrativas de cada comunidad autónoma.

Lo mismo cabe decir del desarrollo de órganos y cauces de participación ciudadana y profesional en la toma de decisiones sanitarias, pues a falta de una norma unificadora y básica, las medidas que pudieran adoptarse en cada comunidad autónoma incrementarían aún más el ya de por sí complejo panorama actual, en el cual no resulta posible reconducir a un patrón mínimamente coherente el papel de estos órganos colegiados en la formulación y evaluación de políticas sanitarias en cada Servicio autonómico de Salud.

Conclusión

En definitiva, el documento de AES aporta una gran variedad de soluciones a problemas tanto estructurales como coyunturales de nuestro SNS desde una perspectiva técnica, objetiva y profesional, alejada de condicionantes ideológicos o políticos, un extenso menú de recetas para corregir bolsas de ineficiencia y lacras de desgobierno que los responsables de la sanidad española debieran adoptar como libro de cabecera.

La puesta en marcha de la mayor parte de las medidas propuestas no implica grandes cambios normativos, pero sí importantes cambios en la gobernanza del SNS y una decidida reorientación de la política sanitaria en la que prime la lealtad al sistema, la defensa del interés general, la transparencia en la gestión de los recursos sanitarios, la participación efectiva de ciudadanos y profesionales en el gobierno de la sanidad pública, una integración efectiva de las políticas de atención sanitaria, salud pública y servicios sociales, y un compromiso institucional para acometer los cambios necesarios sin renunciar a los atributos esenciales de un sistema sanitario público de enorme peso específico en un *Estado Social y Democrático* que quiera seguir mereciendo tal denominación.

---

[1] Ver documento PDF

Reduciendo distancias entre gestión sanitaria y economía de la salud

Primero en mentideros nocturnos y luego abiertamente, hace tiempo que menudean conversaciones sobre la inadecuada distancia que media entre la gestión sanitaria y la economía de la salud. Y hay consenso pleno en ambas esferas: esto no es bueno. Hablemos. Y con este afán, le hemos preguntado a un grupo de gestores avezados: ¿qué han ofrecido y qué no han aportado hasta la fecha la economía de la salud y la gestión clínica a vuestra labor?, ¿qué les pediríais?, ¿cómo podemos colaborar entre todos?
A continuación se encuentran sus respuestas, que desde El Boletín y desde AES les agradecemos encarecidamente. Los lectores

tenéis la palabra.

Los editores

Dr. Alfonso Castro Beiras
Catedrático de Medicina, Cardiología Universidad de A Coruña

El objetivo del sistema sanitario en la sanidad pública es satisfacer las necesidades de la población del mejor modo posible y al menor coste. Nadie debería ignorar que los gobiernos tienen razón cuando afirman que el crecimiento de los costes sanitarios hace insostenible los sistemas sanitarios.

La economía de la salud se ocupa en gran parte de la conexión entre medicina y economía. Y preservando que los análisis económicos en el campo de la salud no pueden referirse únicamente a los costes, sino también a los beneficios y resultados que se obtienen en salud, es cada vez más urgente introducir los criterios de racionalidad económica en todos los niveles de la sanidad: planificación, gestión y prestación.

La Administración se encarga de planificar y aportar los recursos, tanto humanos como tecnológicos, para llegar a la población que precisa atención y también de la acción gestora directa o través de terceros. Para verificar su funcionamiento utiliza indicadores basados en medir el número y uso de los recursos: camas, pruebas, consultas, estancias medias de hospitalización, etc. Sin embargo, no puso igual énfasis en el objeto primario del sistema sanitario, es decir, medir si se consiguen los resultados deseados y esperados sobre los padecimientos de las personas enfermas: curación, calidad de vida, mortalidad, incorporación la vida activa. Es necesario medir resultados en salud y darlos a conocer. Será el impulsor de la búsqueda de la calidad y es obligado para saber dónde y cómo intensificar, desinvertir o eliminar lo superfluo, la “grasa”.

Conseguir resultados con calidad no puede ser a cualquier precio, por las razones expuestas al inicio. Se trata de conseguir la calidad deseada, la mala calidad es siempre cara, al menor coste. Se impone por lo tanto hacer las cosas adecuadas y de manera apropiada, es decir en el momento que se precisa, sin demoras, redundancias y en el lugar idóneo preservando la equidad.

Los profesionales tienen la responsabilidad de contribuir a orientar adecuadamente a los planificadores y deben asumir la responsabilidad de ayudar en las decisiones para mejorar la relación entre la calidad y el coste de los servicios.

Los profesionales en su quehacer diario están haciendo gestión de la salud: en un sistema sanitario público donde la dotación económica es siempre limitada, el uso inadecuado de un recurso repercute en su conjunto. Un buen médico debe —sin perder la soberanía clínica necesaria para seguir respondiendo a la confianza del paciente— añadir este criterio de eficiencia. En un nuevo *ethos* profesional, el médico a su autonomía clínica debe incorporar la responsabilidad con el sistema para atender a todos los pacientes.

La economía de la salud, desde mi punto de vista, ha estado más ocupada en aspectos de la planificación y la gestión de los recursos, al igual que la Administración. No se ha puesto tanto foco en la parte donde se producen las acciones del sistema sanitario, que es donde los profesionales realizan su trabajo. Aquí es donde aparece la gestión clínica.

La Administración, los médicos y los economistas de la salud deben imbricarse y de esa fertilización cruzada se alumbrarán los modelos organizativos y los sistemas de medida que la atención sanitaria está necesitando para abordar la complejidad surgida de los avances en innovación, los cambios en la manera de enfermar y el fenómeno de la cronicidad.

Para hacer posible estos cambios, asumirlos y facilitarlos, los profesionales sanitarios y especialmente los médicos necesitan adquirir conocimientos y cultura de economía de la salud. Equipamiento de conocimientos que deberá ser elaborado e incorporado en los diferentes niveles: formación, educación y ejercicio profesional.

Carlos Alberto Arenas
Gerente del Área de Salud IX de Murcia y Vocal de la Junta Directiva de SEDISA

Acercar los mundos de la economía de la salud y la gestión es tarea imprescindible. Uno es un mundo académico, técnico y preciso, sobre todo en el ámbito universitario, y el de la gestión sanitaria es heterogéneo, impreciso y azaroso. Desde SEDISA queremos la profesionalización del directivo de la salud y, para lograrlo, es imprescindible la economía de la salud, que debe estar en la base de la planificación sanitaria. La crisis pone esta disciplina en primer plano y ahorase tiene muy en cuenta el coste-efectividad de cualquier medida que se toma en el sector. No siempre ha sido así: inaugurar infraestructuras sanitarias e incrementos de servicios, recursos y prestaciones vende mucho ante la opinión pública, que, a veces poco informada, cree que siempre en sanidad cuanto más, mejor.

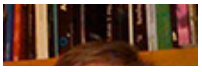
La medicina basada en la evidencia, aliándose con la economía de la salud, debe dilucidar cuál es la parte necesaria y útil de nuestra actividad. Debemos contestar a la cuestión de si todo lo que hacemos es para ganar salud y calidad de vida o simplemente una agrupación de procedimientos que se agregan sin aportar nada, o efectos adversos y pacientes dependientes de un sistema hiperprescriptor, basado en una medicina defensiva, en una medicina inducida comercialmente y en el prestigio de la hiperespecialización y el intervencionismo. Al mismo tiempo, olvidamos o soslayamos, porque no interesa técnica y comercialmente, que actos mucho más simples y baratos, como la práctica de ejercicio físico o dejar de fumar, aportarían muchísimos más años de vida ganados con calidad que cualquier fármaco o técnica intervencionista de última generación.

No digo que no haya que innovar e investigar y seguir avanzando en terapias de última generación. Sí, porque crean riqueza y nos hacen crecer como disciplina científica. Sin embargo, no deben ser la estrellas de la función, ni la base en que se apoye nuestro sistema de salud, que, al ser público, redistributivo y pagado con impuestos, debe tener muy en cuenta el coste de oportunidad. No sería ético, llevado al extremo, que, por aplicar un tratamiento ultranovedoso y caro a una sola persona, dejaran de tratarse, por falta de recursos, miles de personas que necesitan una intervención más barata. Pues eso está pasando: financiamos procedimientos y aún algunos fármacos que no ha demostrado mejorar la calidad de vida, mientras no podemos, por falta de recursos, hacer intervenciones que podrían aumentar mucho la salud de miles de personas.

Todavía no ha calado que en sanidad lo más importante no es el coste directo, sino lo que debido a ese coste aplicado en medidas poco útiles, redundantes, duplicadas y no indicadas, no podemos hacer.

Para mejorar este escenario hay que apostar decididamente por la formación amplia en economía de la salud de gestores y profesionales e institucionalizar los departamentos de economía de la salud en los servicios de salud a nivel central y en las grandes instituciones periféricas, como hospitales, donde se toman las decisiones de gasto. La disciplina debe bajar al día a día de estas instituciones, para apoyar técnicamente a gestores y profesionales a poner racionalidad en las decisiones estratégicas, y también en las cotidianas, que a veces se siguen tomando por tradición, inercia o intereses inconfesables.

La labor deponer cada acto en su lugar y con la prioridad adecuada no es fácil en escenarios donde los actores del sistema tienen tantos intereses distintos y es tan grande la asimetría de información: educar a los pacientes en que no siempre más es mejor y concienciar a los profesionales del coste de oportunidad de sus decisiones, así como a los gestores y planificadores en que hay que medir y evaluar siempre, para conseguir una medicina más razonable, humanizada, eficaz y a la vez segura y sostenible.



José Expósito
Director, Unidad de Gestión Clínica de Oncología Integral de Granada

Durante los años 90, la clara evidencia de que, pese a mejoras en la financiación de los sistemas sanitarios, la distancia entre oferta y demanda asistencial era cada vez mayor motivó que tanto en los sistemas públicos como privados se buscaran nuevos modelos organizativos que fueran capaces de mejorar este horizonte sin renuncias intolerables en la calidad y la cantidad de las prestaciones sanitaria. Esta reflexión pareció conducir a la necesidad de reorganizar el propio sistema sanitario. Todos los de nuestro entorno desplegaron una serie de serie de estrategias con el doble objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y producir una reorganización en la que el profesional asistencial tuviera mucha mayor presencia en el ámbito de las decisiones clínicas y económicas. El modelo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) se entiende en este contexto.

Durante estos años se han transformado centros de salud y servicios asistenciales en UGC, sin duda una organización más horizontal y multiprofesional, en la cual ha habido una ganancia en autonomía y corresponsabilidad para los profesionales. Se han incorporado mecanismos de evaluación y control, así como de accesibilidad. Se trata de una organización más compleja pero más apropiada para una asistencia sanitaria cambiante. Todo ello ha cristalizado en instrumentos concretos (pactos por objetivos, acuerdos de consumo, encuestas de satisfacción, sistemas de incentivos), y se ha desarrollado además todo un itinerario por el cual estas UGC pueden acreditar su adecuación a estándares objetivos.

Tras estos años, el modelo parece estar bastante implantado y, de hecho, el porcentaje de profesionales que trabajan en UGC es muy elevado. No ha existido, sin embargo, una evaluación formal que haya medido sus resultados expresados como mejoras de la salud ni se conocen las repercusiones económicas directas del modelo (vía incentivos) ni su eficiencia. Y este debe ser el primer comentario.

En nuestra experiencia, el objetivo de incorporar al profesional a la toma de decisiones de ámbito organizativo o de gestión se ha conseguido de manera muy parcial, si exceptuamos a quienes no hubiera hecho falta un cambio de modelo. Algunos instrumentos de gran interés (objetivos ligados a incentivos, acuerdos de gestión) han perdido parte de su utilidad dada la asimetría de la información entre gestores y asistenciales. Así, es posible firmar objetivos complacientes y fáciles de cumplir, ya que los verdaderamente centrales pueden aplazarse o condicionarse a factores que no dependen de nosotros., particularmente en el ámbito de atención hospitalaria. Los profesionales asistenciales nos quejamos de la falta real de descentralización de las decisiones y de la incapacidad de gestionar (y seleccionar) al personal de los diferentes estamentos dentro de la UGC. A mi modo de ver, el cambio de tipo de prácticas (petición de pruebas, farmacia, repetición de consultas, continuidad asistencial, etc.) no ha tenido en la GC el impulso que se esperaba. Los profesionales del ámbito de la gestión no han hecho la transformación necesaria para adaptarse a esta forma más horizontal e informada de trabajar y siguen demasiado estructurados en forma vertical con una cadena de decisiones ajena a las UGC. Los responsables de las UGC no recibimos, por ejemplo, la información necesaria para conocer nuestra unidad, ni hemos logrado tener interlocutores y personas de apoyo de gestión.

Quizá el comentario final deba ser de cierta decepción. Las formas de trabajar han cambiado poco. Dos ejemplos simples pero definitivos son que en muchos centros sigue siendo necesario encamar a un paciente para que una determinada prueba se haga con más rapidez, que es el antiejemplo de gestión clínica más elocuente, y que el trabajo por protocolos (reales y evaluados) sigue siendo pobre. Decepción por una enorme cantidad de esfuerzo y buenas ideas que han conseguido resultados muy discretos.

El soporte de cocimientos e instrumentos desde la economía de la salud podría proporcionar algunos elementos de gran ayuda, sobre todo teniendo en cuenta que, aunque lentamente, cada vez vamos más hacia presupuestos reales. El primero de ellos sería poder establecer de forma clara información de costes de las actividades asistenciales que pudieran ayudar a comparar centros e incluso UGC para ciertos tratamientos (no simples estimaciones más o menos indirectas). La economía de la salud también podría ayudar a priorizar aquellas actividades asistenciales con mayor impacto económico de cara a su evaluación en términos de coste-efectividad.

María Teulón González
Ginecóloga, Hospital Universitario de Fuenlabrada

Uno de los problemas que adolecen la gestión clínica y la economía de la salud con respecto a la gestión de los centros asistenciales es que, a pesar de no ser una materia reciente en nuestro país, aún no ha conseguido traspasar de forma efectiva el umbral de los despachos de directivos, para generalizarse como una parte esencial de la práctica clínica en consultas, quirófanos y áreas de hospitalización.

Es común considerar la gestión clínica como una actividad al margen de nuestra actividad asistencial, solo desempeñada por altos directivos. Todavía una parte importante de los clínicos desconocen que en realidad hacen también hacen "gestión" cada vez que deciden un ingreso, un alta o prescriben un fármaco u otro más económico como parte irrenunciable de su labor cotidiana.

Atribuyo esta deficiencia a la gran descoordinación y desconocimiento que existe entre niveles profesionales, sustentado en gran parte en la escasa comunicación, liderazgo de nuestros políticos y gestores y la desidia y escasa formación en la materia de los clínicos.

Esta desconexión o descoordinación, también es patente en la importancia atribuido a los distintos indicadores de medida utilizados por ambos colectivos como reflejo de actividad: nuestros gestores siguen centrados en la medidas de eficiencia basados en número de camas, procedimientos realizados, consultas atendidas y prestan menos atención que la que debieran, a otros indicadores que preocupan a los clínicos, epidemiólogos y economistas relacionados, con resultados finales en salud o con la calidad o equidad en la atención.

Pero no sería justo culpabilizar solo a nuestros directivos y sus habilidades de comunicación, tampoco a una parte importante de los clínicos, ni a sus organizaciones profesionales, que han hecho grandes esfuerzos por integrarla en su actividad cotidiana. Algunos con escasa formación en gestión, minusvaloran la importancia de la evaluación de resultados, como paso imprescindible para mejorar nuestro desempeño. Nos caracterizamos, además, por presentar una enorme resistencia a los cambios de cualquier tipo, organizativos, de procedimientos, por comodidad, desidia o el manido "burn-out" que todo lo justifica.

Seguimos evitando incluir la variable "coste" en nuestra toma de decisiones clínicas, como si fuésemos peores médicos por ello o no cuidásemos de nuestros pacientes por intentar optimizar la mejor redistribución de nuestros finitos recursos. Precisamos acabar con esta falacia cuanto antes, integrar nuestros resultados y costes reales en nuestras decisiones cuando sea posible y asumir de una vez por todas nuestra corresponsabilidad microgestora en garantizar la sostenibilidad del sistema y en ejercer la mejor práctica posible.

Debemos acabar con la idea que la gestión clínica solo se puede realizar desde los despachos y empezar a ejercer nuestra responsabilidad individual como gestores de nuestra actividad clínica diaria, aun a riesgo de sacrificar parte de nuestra preciada autonomía profesional, utilizando de forma sistemática protocolos de actuación, procedimientos y tratamientos coste eficientes, consensuados y validados por la comunidad científica.

Creo en la culpabilidad compartida entre directivos y clínicos en este fracaso en la interiorización de la gestión clínica y en la asunción de nuestras responsabilidades gestoras.

En conclusión, propongo que economistas, epidemiólogos, directivos y clínicos busquemos una nueva fórmula de trabajo conjunto que elimine barreras, descoordinación y falta de comunicación. Sería deseable que la gestión abandone su *statu* elitista de escuelas de directivos y despachos y sea incorporada a nuestra formación y práctica diaria. Para ello, nuestros directivos deberían mejorar sus canales de comunicación con otros niveles profesionales. Sería también importante que el colectivo médico mejorase su formación en gestión clínica a través de planes de formación auspiciados por las instituciones, introduciendo progresivamente algunos conceptos básicos de la economía de la salud y la gestión a su práctica clínica diaria y asumiendo su responsabilidad en la adecuación de su práctica al estado de la ciencia y a los recursos disponibles.

Melchor Hoyos
Director Gerente
Departamento de salud Valencia La Fe, Conselleria de Sanitat - GVA

Para poder definir de verdad qué es lo que aporta o no aportan la economía de la salud y la gestión clínica a la gestión hospitalaria o de un departamento de salud en el día a día, me gustaría analizar algunos de los factores que facilitan o suponen barreras más o menos insoslayables para su implementación.

En principio, es evidente que la utilización de herramientas que aumenten la eficiencia en la gestión y la mejora en los resultados en salud es intrínsecamente bueno y deseable. También parece evidente que la implantación de la gestión clínica en nuestros centros, dándole a los clínicos la organización, los recursos y las herramientas (formación e información) necesarias para realizar su trabajo con la mejor evidencia disponible, es decir, para hacer bien las cosas que hay que hacer, debe mejorar los resultados de la organización.

Sin embargo, la realidad que vivimos desde la gerencia de muchos hospitales o departamentos es que esto no es tan fácil, y, a pesar de que muchos profesionales entienden que esto debería de ser así, no es menos cierto que existe un importante porcentaje que muestra una, hasta cierto punto comprensible, actitud expectante con un importante componente escéptico.

La realidad es que hasta el momento poco o nada se ha avanzado en dotarles de autonomía responsable o en modelos de incentivación, no solo de remuneración variable, que les hayan resultado atractivos o en la gestión de recursos humanos basada en competencias, por citar algunos. De momento, aún no hemos conseguido que de forma mayoritaria el profesional se comprometa con la organización y no solo con el paciente o con su propio interés personal y profesional. Mientras no consigamos esto, difícilmente se podrán desarrollar en todo su potencial los beneficios que aportan las herramientas de la economía de la salud y la gestión clínica.

Y aquí ya nos encontramos con otro protagonista, y es el político y legislador, que ha de tener la valentía, generosidad y altura de miras necesarias para introducir los cambios en la normativa vigente que permitan avanzar en autonomía de gestión, flexibilidad en los RRHH, fórmulas de incentivación y sistemas de información, entre otros elementos, para facilitar el cambio de paradigma.

Con este panorama, aquellos gerentes y equipos directivos que nos creemos que un cambio en la sanidad pública es posible y necesario y que intentamos introducir en nuestras organizaciones las herramientas para facilitarlo (cambios de organigrama, sistema de gestión, formación, sistemas de información, etc.) vemos con preocupación cómo pasa el tiempo y apenas se producen cambios por parte del legislador o se introducen cambios (acuerdos de gestión) que con su mala utilización poco contribuyen a hacer creíble un auténtico cambio y, por el contrario, consiguen el aumento del escepticismo entre los profesionales. Otros actores del mundo sanitario, como las sociedades científicas o sindicatos, parecen más interesados en mantener el “statu quo” que entender y colaborar para que el cambio necesario se produzca.

En cuanto a cómo puede ayudar la economía de la salud a mejorar nuestra eficiencia creo que está directamente relacionado con la capacidad que tengamos para acercarla a los clínicos, que son los auténticos decisores. Hay que fomentar la formación e incluir en los estudios de grado de medicina las herramientas de la economía de la salud para que, por ejemplo, conceptos como coste-efectividad o coste-beneficio no les resulte “amenazador” para su ejercicio profesional.

Jordi Varela
Colaborador de Iasist, profesor en ESADE y en Universitat Pompeu Fabra y editor del blog “Avances en Gestión Clínica”

Cuando se habla de reformas estructurales de los sistemas sanitarios, la mayoría piensa en alianzas y fusiones, pero no hay que distraerse, esos son temas importantes pero periféricos. La sanidad hay que repensarla desde el consultorio, su *core business*. Para ello, hoy tenemos la suerte de contar con tres fundamentos que creo que deberían guiar todas las reformas

Para ello, hoy tenemos la suerte de contar con tres fundamentos que creo que deberían guiar todas las reformas.

Primer fundamento: los tres pilares de Michael Porter. En su libro "Redefining Health Care", y en otros trabajos posteriores, Porter ha ido definiendo las bases imprescindibles para modelar los sistemas sanitarios hacia su auténtica finalidad, que no es otra que aportar salud a las personas y a las poblaciones. De manera muy sucinta estas tres bases son: a) ceñir las actividades sanitarias sólo a las que aportan valor, b) redefinir organigramas y estructuras físicas de acuerdo con las necesidades de los ciclos de las enfermedades y las necesidades reales de los pacientes, y c) desarrollar indicadores de resultados finales (*outcomes*). Es decir, disponer de información que se concentre en el valor salud obtenido por la actividad clínica, en lugar de hacerlo, como ahora, sólo en el valor actividad.

Segundo fundamento: la *triple aim* promocionada por el *Institute for Healthcare Improvement* de los Estados Unidos. Esta iniciativa enmarca los proyectos de reforma en tres ejes: a) ¿el proyecto de reforma mejorará la experiencia vivida por los pacientes durante el proceso?, b) ¿mejorarán también los *outcomes* clínicos?, y c) ¿será más eficiente? Si graficamos, en un supuesto, la evaluación de estos tres ejes de un proyecto de reforma estructural, y el triángulo sale equilátero, entonces estén seguros de que la reforma propuesta será un éxito, porque será satisfactoria para los pacientes, para los clínicos y para los gestores. Y ustedes dirán que ello es una quimera, pero no es así, porque se están viendo muchas iniciativas *triple aim* promocionadas por profesionales entusiastas que a menudo no encuentran el apoyo suficiente, como por ejemplo el *fast track surgery*, los programas de optimización de antibióticos, los programas de optimización de transfusiones sanguíneas, la bacteriemia zero, el proyecto *Edusepsis*, la gestión enfermera de la demanda, y un largo etcétera. Pero hay otras reformas que, siendo claramente *triple aim*, no acaban de arrancar, como las hospitalizaciones potencialmente evitables de los pacientes crónicos o el abordaje compartido y razonado de los episodios de final de vida.

Tercer fundamento: la reducción del derroche por prácticas clínicas que no aportan valor. En su obra *Overtreated*, Shannon Brownlee nos recuerda que la mayoría de las actuaciones clínicas actuales no han sido nunca contrastadas científicamente, y que muchas de ellas, que fueron muy importantes en tiempos aun recientes, como amigdalectomías, histerectomías o lobotomías, han tenido que ser repensadas o incluso abandonadas en el momento que han sido sometidas a un mínimo de evaluación. Según los trabajos de Donald Berwick, ex administrador de los Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), y de George Halvorson, ex Presidente de Kaiser Permanente, el derroche debido a las actividades clínicas inapropiadas se deberían estimar, en la realidad estadounidense, entre un 20 y un 25% del total del gasto sanitario. En esta línea, la red *Ciberesp*, coordinada por Xavier Bonfill, mantiene una página web, *DianaSalud*, que les será muy útil para consultar 2000 recomendaciones de 16 fuentes distintas sobre prácticas clínicas que tanto médicos como pacientes se deberían cuestionar.

Con todo lo anterior, la nueva gestión clínica está llamada a liderar las reformas estructurales pendientes, pero para ello va a necesitar apoyos desde todas las disciplinas relacionadas, incluida la economía de la salud. ¿Y qué espera la gestión clínica de la economía de la salud? Dando por supuesto que las dos disciplinas comparten tanto la visión *porteriana* del valor salud, como la lucha contra el derroche de la práctica clínica inadecuada, desde mi punto de vista sería muy útil que la economía de la salud se implicara en las reformas en los siguientes puntos:

1. Impulsando el desarrollo y el *benchmarking* de *outcomes* que relacionen los objetivos de salud conseguidos en los procesos clínicos con los costes atribuibles.
2. Apoyando la investigación clínica y epidemiológica para estimar mejor el fenómeno del sobrediagnóstico y sus consecuencias.
3. Ayudando a promover que los modelos de financiación a los proveedores sanitarios fueran virando de su base de actividad y eficiencia y a la calidad y efectividad.
4. Para acabar, una última propuesta. Muchos de los proyectos clínicos calificados como *triple aim* no encuentran apoyos debido a que los ahorros económicos implícitos en sus objetivos son de tipo estructural (camas de hospital por ejemplo), y pienso que desde la disciplina de la economía se debería estar más cerca de estos proyectos para aportar método y estrategia que ayudaran a convencer a los actores más conservadores.

Sergio G Vicente
Director gerente departamento de salud Xàtiva-Ontinyent

Director gerente departamento de salud Xàtiva-Ontinyent
Conselleria de Sanitat - GVA

¿Qué pediría yo, más bien, a la economía de la salud, a su cuerpo, llamémosle, “doctrinal”, más teórico que “práctico”, considerándome un “técnico” desde mi visión inicial como profesional sanitario y dedicado casi plenamente desde hace unos tres lustros a la gestión sanitaria, actualmente en la sanidad pública y anteriormente en la privada? Soy directo: publicaciones, documentos sencillos, llanos y prácticos, actualizados “en todo momento”, aptos para todos los públicos, a los cuales poder acudir para, al menos, respaldar, no voy a decir “planes y acciones gestoras”, sino, como mínimo, poder ayudar en el debate diario con la ciudadanía y los profesionales sobre asuntos candentes, como la gestión de profesionales de la organización (ratios adecuados para servicios de urgencias, hospitalización, centros de salud, bloques quirúrgicos…), carteras de servicios (carteras básicas, servicios de referencia centralizados, accesibilidad de determinadas unidades en ámbitos comarcales o metropolitanos…), adquisiciones-compras (de equipos tanto de “alta” como de “normal” tecnología, fármacos,…), tipos de gestión y organización (hospitalización “tradicional” y domiciliaria, atención a ciudadanos con enfermedades crónicas y a su entorno social y económico (y no tanto “pacientes” crónicos), atención ambulatoria, gestión privada y gestión directa…), etc.

Agentes decisores somos todas y todos, queramos o no, seamos conscientes o no: ciudadanos, profesionales, gestores y políticos. Sinceramente, sí, hay herramientas de gestión de la abundante información de referencia para las temáticas de interés (individual), pero desde mi visión personal, el tiempo es el tiempo, no hay “sobrantes”, y menos si cabe en esta época, y para debatir necesitamos esa fusión de los teóricos con los prácticos y la experiencia de ambos colectivos para realmente debatir y poder tomar decisiones, compartidas idealmente o al menos con el mejor consenso, con su apoyo personal, profesional y “bibliográfico de forma práctica”, permitidme.

Cuerpo doctrinal, formación, experiencia, bases de datos, personas y profesionales existen y “sobran, pero echo en falta poder acudir a uno o varios profesionales posicionados, con su documentación publicada pertinente y sus experiencias, para colaborar, incluso influir con transparencia, confianza y seguridad, en la toma de decisiones en gestión sanitaria, tanto a nivel macro como micro, haciendo referencia incluso a los profesionales que en su día a día toman decisiones variadas, “presionadas”, “sesgadas”.

Cada uno de nosotros intenta enrocarse en su posición gestora, docente, investigadora de por vida (al menos profesional) en cuanto se sitúa. Publicaciones, grupos de trabajo, líneas de investigación, escasamente abiertos, que deben dar paso a la apertura y transparencia que tanto se publica y publicita en el papel pero poco se practica en la realidad. No es tanto una crítica si no una llamada a la ayuda, a la cooperación, entre el “ver” teórico y el estar “práctico”, y mejorar ostensiblemente la ya de por sí dura gestión diaria, en todos los niveles (ciudadanos, profesionales teóricos y prácticos, gerentes, políticos), y no solo hablando del "pobre diablo metido-digitalizado a directivo…".

Pere Vallribera Rodríguez
Presidente de la Societat Catalana de Gestió Sanitària (Acadèmia de Ciències Médiques de Catalunya i Balears)

La gestión sanitaria es, en nuestro país, una profesión joven. En sus inicios, se nutrió de profesionales médicos que recibieron formación gestora y también, en menor medida, de gestores de otro tipo de empresa donde ya se había estructurado y profesionalizado. En la irrupción de la gestión profesional, la **economía de la salud** y su estudio fue uno de los elementos fundamentales en la formación teórica de muchos de nosotros. Sin embargo, si bien la Economía de la Salud y sus conceptos e instrumentos inciden hoy de forma notable, aunque todavía insuficiente, en la planificación y financiación del sistema (especialmente en el ámbito del medicamento), su peso y papel en la gestión operativa de los centros sanitarios es, lamentablemente, menor. Posiblemente, unos sistemas poco adecuados de evaluación, financiación y reconocimiento de los resultados de los centros sanitarios sea el principal motivo de ello.

Respecto a la **gestión clínica**, a pesar de los avances evidentes respecto a las etapas de constitución de nuestro actual sistema de salud, su implantación real actual en los centros sanitarios es muy diversa y mayoritariamente insuficiente. Algunos centros iniciaron hace años modelos organizativos basados en la gestión clínica y la autonomía de profesionales y equipos clínicos. Sería imprescindible realizar estudios comparativos respecto a cuáles han sido los resultados reales de estos modelos, aunque parece

evidente que han mejorado resultados en términos de eficiencia y satisfacción.

Así mismo, creo que podría comprobarse que la implantación de los modelos de gestión clínica es muy superior en aquellos centros con una mayor autonomía de gestión (empresas públicas, consorcios, centros concertados de titularidad privada) que en los que adolecen de ella (centros de gestión pública directa). El carácter normativo de su implantación, que parece ser la línea actual, me parece claramente un error.

Tanto para la **economía de la salud** como para la **gestión clínica**, la mejora de su papel en la gestión de centros tiene, en mi opinión, un requisito imprescindible, que es dotar a estos centros de una verdadera autonomía de gestión que supere la actual rigidez, burocratización y politización que dominan en muchos de los dispositivos asistenciales del sector público.

Raimon Belenes Juárez
Adjunto del Director General, Iidcsalud

La práctica de la medicina, la cultura y el conocimiento médico presentan una interesante **paradoja**. Al mismo tiempo que están **muy abiertas a la innovación** sanitaria **global**, tanto diagnóstica como terapéutica (a veces con excesivo y acrítico entusiasmo, derivado en parte de la enorme capacidad de influencia que tiene la industria sanitaria), presentan sin embargo una notable **renuencia a** considerar e **incorporar nuevas ideas** relacionadas con la organización de la **práctica médica y el funcionamiento** de los sistemas sanitarios, tanto en la perspectiva micro como en la macro. Una muestra de ello son la lentitud exasperante para implantar programas de seguridad clínica y la utilización intensiva de guías y protocolos, por no hablar de la falta de entusiasmo profesional para apoyar la transformación del obsoleto modelo vigente de organización hospitalaria y para considerar modelos de organización y retribución más acordes con una visión más moderna (y no por ello menos garantista) de un servicio sanitario público.

Esta paradoja probablemente encuentre justificación en un arraigado **conservadurismo médico** (no de las prácticas médicas), bien amarrado desde los estudios en las facultades de medicina y, por qué no, en una **actitud** remisa y **desconfiada** hacia las **ideas promovidas por instituciones "no médicas"**, quizás como manera de autoprotección del monopolio global del saber médico.

En mi opinión (la de un gestor que ha trabajado más de 30 años en el sector público, pero también en el privado), tanto las contribuciones teóricas como las más prácticas de la economía de la salud, de la salud pública y de la gestión clínica presentan, a su vez, **otra paradoja**. España dispone de profesionales y de instituciones altamente prestigiosas y solventes, con **capacidades de producción intelectual de alto nivel**. No me atrevería a afirmar que son del mismo nivel que, por ejemplo, las de Inglaterra, pero ocuparían una posición destacada en un ranking europeo: desde estudios teóricos de economía de la salud (modelo y evaluación de la financiación de servicios sanitarios, por ejemplo), pasando por el diagnóstico de los males del SNS, o

de propuestas para su mejor eficiencia, organización y gobierno, hasta los aspectos más pegados al terreno organizativo y asistencial, como la gestión clínica.

Sin embargo, el resultado práctico desgraciadamente ha sido pobre. La rigidez del sistema sanitario público dificulta enormemente la introducción de ideas nuevas. Véase si no, lo ocurrido con la crisis económica de nuestro país: los responsables de la sanidad han optado por medidas centralizadas y convencionales de restricción presupuestaria, desoyendo los numerosos y bien fundamentados análisis y propuestas de reformas estratégicas del SNS.

En el caso de la **gestión clínica**, bendecida "urbi et orbi" como la gran **oportunidad de transformación** de la organización sanitaria y de "empoderamiento" médico, ocurre algo parecido, con el agravante de que la polarizacióny **crispación política** en el sector sanitario ha **provocado** que sea **vista como una malévola privatización**. Resultado: muy escasas "micro experiencias" solventes tras muchos artículos, jornadas, libros, propuestas de las administraciones sanitarias….

Como colofón, y salvo excepciones (Cataluña), los centros de evaluación y planificación de las **Consejerías** de Sanidad **tampoco** muestran excesivo **entusiasmo por incorporar las propuestas "de fuera"**. En eso hay una gran diferencia con el mundo anglosajón, más permeables a la influencia de instituciones académicas y organizaciones profesionales. En el NHS, como es bien sabido, la práctica de elaborar, por mandato de los poderes políticos, "libros blancos" sobre los servicios sanitarios, pasa por

incorporar, siempre y en posición destacada, a profesionales y expertos de los centros de saber más notorios.

No hay lugar en esta modesta aportación para profundizar en la **funesta rigidez y obsolescencia global del SNS**, agravada por la severa crisis económica que lo está afectando seriamente, y en el confuso debate sobre sus males y las soluciones futuras. Pero no me gustaría acabar sin citar **una de las causas** que están en la base del ensimismamiento vetusto del SNS (aparte de la crisis, la politización de los debates, la ortodoxia del control del gasto y la falta de instrumentos de evaluación e intervención, como en un NICE español): la crónica **falta de liderazgos** de alto nivel en la sanidad española que sean capaces de **impulsar una transformación a medio y largo plazo**, basada en amplio consenso y en saber captar e incorporar las aportaciones valientes y de gran valor que se generan en nuestro país, entre ellas las de los economistas de la salud.

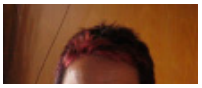
Tomás Urda Valcárcel
Cardiólogo
Director Gerente Hospital Quirón Marbella

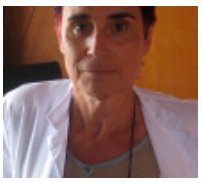
Las aportaciones realizadas desde los ámbitos de conocimiento tanto de la gestión clínica como de la economía de la salud a las organizaciones sanitarias son innegables. La mera aceptación por parte de los clínicos de cuestiones relativas a la brecha entre la eficacia y la efectividad clínica, de la existencia de variabilidad injustificada en la práctica habitual –con casos significativos tanto de infra como de sobreutilización-, de la necesidad de transversalizar el conocimiento y las actuaciones de las diferentes especialidades y la interiorización, por parte de los médicos, del coste de oportunidad en su toma de decisiones y de la existencia de determinantes de la salud ajenos al entorno sanitario, han promovido un cambio cultural en nuestro sistema sanitario.

Pese a ests aspectos, nada despreciables y anteriormente referidos, el camino por recorrer es aún largo. Entre las cuestiones "pendientes" y en un esfuerzo de síntesis, dos parecen inaplazables:

1. La cuestión del liderazgo clínico como palanca en la identificación y en la minimización de aquellas prácticas clínicas cotidianas que no añaden valor, en promover la competencia por comparación como instrumento de mejora y a la hora de revertir la existencia de dosis crecientes de malestar profesional en el entorno sanitario. Resulta relevante diagnosticar que dicho malestar está motivado, en gran medida, por la aplicación de recortes frecuentemente lineales e indiscriminados en lugar de promover vías de desinversión más selectivas y con un menor impacto potencial en la salud de la población.
2. La necesaria "reinvención" de las instituciones. El mantenimiento de organizaciones sanitarias en las cuales el profesionalismo clínico sea un principio fundamental, será complejo si no garantizamos la profesionalización de sus estructuras gestoras y el blindaje frente al clientelismo político. No debemos olvidar que la evidencia empírica disponible pone de manifiesto que las mejores prácticas gestoras se asocian con mejores resultados clínicos, incluyendo menor mortalidad, y mejores resultados financieros. Pese a ello, la conquista de estos logros, no podrá acometerse sin una mayor calidad de nuestro sistema político y de las instituciones que el mismo condiciona

La actual situación tanto de crisis económica mundial –con una significativa escalada en los niveles de desigualdad social y de hondo impacto en la salud de las poblaciones-, como de crisis del modelo asistencial vigente –excesivamente medicalizado, moviéndose en una región de menos ganancias de salud a un coste exponencialmente mayor y con riesgos en ocasiones crecientes asociados a la sobreactuación clínica-, constituye un contexto de oportunidad único, en el cual los clínicos deben dar un paso al frente a la hora de liderar organizaciones sanitarias que sitúen el valor de las mismas como principal razón de ser y como elemento legitimador ante una sociedad a la que debemos rendir cuentas. En la construcción de una sociedad más inclusiva y justa, con unas instituciones regidas por el buen gobierno, los médicos, como ciudadanos, también debemos adquirir un elevado nivel de compromiso social. Sin embargo, en este aspecto se hacen necesarias profundas transformaciones que trascienden el entorno estrictamente clínico.





Olga Pané
Gerente, Parc de Salut Mar, Barcelona

La práctica sanitaria se desarrolla en establecimientos de naturaleza muy diversa. A pesar de que los procedimientos y conocimientos pueden ser parecidos en su conjunto, no es lo mismo una institución con un centro donde trabajan 100 personas que otra con uno (o varios centros) donde trabajan 4000. Estamos hablando de organizaciones donde más del 60% del personal tiene una titulación superior (contando con el grado de enfermería) y muchas de ellas pueden desarrollar proyectos de investigación del más alto nivel.

Organizaciones de semejante complejidad requieren para su gobierno y funcionamiento de aportaciones de conocimiento de diversos campos. Ciertamente, cabría esperar que en materia de desarrollo organizativo tanto desde la economía de la salud como desde la gestión sanitaria en sus diversas vertientes (macro, meso y micro gestión) se volcaran conocimientos sustanciales para la mejora del desempeño de las instituciones sanitarias.

Pero de la misma manera que el conocimiento clínico superespecializado nos acerca a la enfermedad pero nos aleja del paciente, la profundización en campos muy especializados de la economía o de la gestión, y las aportaciones fragmentadas pero profundas de conocimientos, nos describen muy bien los problemas pero nos alejan de las organizaciones…. Y de las soluciones sostenibles en el tiempo.

Hay una gran cantidad de recetas que sobre el papel podrían aportar mejoras relevantes a una organización, todos ellas apoyadas por trabajos bien diseñados y ejecutados. Pero cuando estas recetas las ponemos en contextos reales, la interacción de múltiples factores impide conseguir los resultados previstos. A menudo recreamos espacios “artificiales” diseñando ensayos piloto, pero la experiencia nos ha enseñado que cronifican con facilidad este tipo de pruebas y son difícilmente generalizables con el tiempo.

Por poner un ejemplo, en general la economía de la salud no ha prestado la atención necesaria a regulaciones laborales o al origen de las mismas y en general al impacto de las políticas de RRHH en los centros sanitarios. Desde la gestión, todo aquello susceptible de no ser abordable en el marco de las relaciones laborables constituye un obstáculo insalvable para la innovación.

Así mismo, a menudo la economía de la salud suele ser un ámbito de conocimiento académico, que reside en las cátedras o institutos universitarios; la investigación original y la publicación marca muy a menudo sus tempos. La gestión suele huir de la academia y de los tecnicismos para centrarse y subordinar su conocimiento a los resultados. Afectada con frecuencia de cortoplacismo, se limita en el mejor de los casos a establecer marcos de actuación cuatrienales, esperando resultados sostenibles en este período pero ignorando la vida larga y real de las organizaciones.

¿Cómo superar ya no los posibles desencuentros, sino la frustración que puede producir tanto conocimiento inaplicado y la pérdida de recursos sociales para mejorar las instituciones o empresas?

De entrada, cambiando los formatos de los encuentros. El formato “Congreso” en sus variantes diversas suele ser un buen altar de consagración de nuevos (y antiguos) profesionales y permite divulgar información (muy pocas veces innovación) obtenida de diseños que analizan datos desde muy diversas perspectivas, pero obtenido todo ello de entornos demasiado protegidos para ser generalizables. Sin descartarlo como punto de encuentro profesional, cabría pensar en formatos más pequeños y focalizados.

En segundo lugar, tendemos a divulgar aquello que sale bien, cuando desde mi punto de vista y desde mi experiencia he aprendido bastante más de aquello que ha salido mal. Porque mientras que la bondad de una experiencia suele basarse en una singular excelencia de sus protagonistas, el error suele estar presente en el común de la mediocridad de la mayoría de nuestras organizaciones y por ello es mucho más aleccionador.

Finalmente, otro factor no menor es la alergia desarrollada por muchos gestores a la comunicación fuera de sus organizaciones, de sus fracasos, de sus resultados e incluso de sus logros. Hay todavía una escasa divulgación de resultados comparados y muy frecuentemente esa divulgación exige el anonimato de los centros presentes en cualquier comparación. El temor a la mala imagen o al uso descontrolado de cualquier información limita el debate franco y abierto entre comunidades de expertos más diversas que los propios gestores y debilita la posibilidad de establecer grupos de trabajo o análisis más amplios para aprender de la experiencia (buena o mala)

Como siempre es difícil ser propositivo. No hay que cejar en el empeño de desarrollar programas formativos conjuntos entre diversos campos de conocimientos enfocados al progreso de las organizaciones y estudiar en ellos casos de verdad. También

diversos campos de conocimientos enfocados al progreso de las organizaciones y estudiar en otros casos de verdad. También cabría enfocarse a la introducción en los currículos académicos de los correspondientes grados, en especial el de medicina, materias donde se pueda aprender aspectos clave del funcionamiento de los sistemas de salud y organizaciones sanitarias y de los condicionantes del logro de los objetivos propuestos con una visión aplicada.

Finalmente, y a pesar de los malos tiempos para según qué gastos, deberíamos volver a impulsar la presencia de "juniors" en períodos formativos de postgrado, procedentes de campos próximos a la gestión (entre ellos la economía) dentro de los equipos directivos. El previsible *mix* generacional y de conocimientos podría generar sinergias muy útiles y garantizar la renovación de cuadros directivos para los próximos años.

Los taboo trade-offs y sus implicaciones en la toma de decisiones de priorización del gasto público y la resolución de conflictos culturales

Astrid Lindström Karlsson
Email: astridlk@gmail.com

As economists frequently remind us, we live in a world of scarce resources in which, like it or not, everything must ultimately take on an implicit or explicit price. Indeed, this austere insight prompted Oscar Wilde to define an economist as someone who knows the price of everything and the value of nothing (1).

En las últimas décadas se han realizado multitud de estudios empíricos en el campo de la moralidad y los dilemas sociales (2,3) con el objetivo de analizar las variables involucradas en las decisiones y en los juicios morales de los individuos. Estos estudios demuestran que ejercitarse en el cálculo del coste de oportunidad de la integridad de la familia, del status profesional o de la lealtad con la nación es revelar que uno simplemente no ha captado por completo sus significados profundos, que no ha entendido qué significa formar parte de esta forma de vida social, sus normas y reglas y la asunción de los roles de padre/esposo, científico o ciudadano.

Muchas personas manifiestan que sus compromisos con determinados valores (como la vida humana, la salud, la naturaleza, el amor, el honor, la justicia, los derechos humanos) son sagrados. La sola idea de tener que hacer un *trade-off* entre valores sagrados y valores seculares (como el dinero) es tabú.

El concepto de los *valores sagrados* (o valores protegidos) se desarrolló para expresar la idea de que ciertos valores y principios morales son absolutos y no negociables y, por tanto, al abrigo de *trade-offs* con otros valores (4,5). Tetlock define los valores sagrados como "aquellos valores que, para una comunidad, tienen una significación transcendental que no puede ser objeto de comparaciones, *trade-offs* o entremezclarse con valores seculares" (1).

Los economistas insisten, sin embargo, en que en un mundo de recursos escasos, los *taboo trade-offs* son inevitables. La investigación muestra que, en algunas situaciones, aunque las personas responden con indignación moral a los *taboo trade-offs*, pueden consentir violaciones seculares de los valores sagrados si estos valores son reformulados (*reframed*) en *trade-offs rutinarios* o *en trade-offs trágicos*. Los resultados ponen de manifiesto el carácter peculiar de los límites morales de lo que es socialmente concebible.

Tetlock construyó un modelo conceptual de protección de los valores sagrados (*Sacred Value Protection Model o SVPM*) que parte de la comprobación de que, cuando los valores sagrados están bajo asalto secular, la gente lucha para proteger su integridad personal y sus identidades públicas de la contaminación moral de las proposiciones "impuras" y añagazas implícitas en las propuestas tabú (1). El SVPM articula tres conjuntos interrelacionados de hipótesis en torno a reacciones típicas ante los *taboo trade-offs*: indignación moral a ultranza (*morale-outrage hypothesis*), limpieza moral (*moral cleansing hypothesis*) y confrontación con la realidad-restricción (*reality-constraint hypothesis*).

El modelo SVPM postula que, cuando los individuos descubren que miembros de su comunidad han comprometido los valores sagrados, experimentan un estado de excitación –indignación moral– con recriminaciones severas a los infractores de las normas, reacciones airadas y de desprecio, y apoyo entusiasta a la penalización y la aplicación de la meta-norma (castigar tanto a los violadores como a los que eluden la penalización de los infractores del bien común).

Limpieza moral (*Moral cleansing*). La confrontación con la realidad factual de la limitación de recursos puede impulsar a comprometer los valores sagrados. El SVPM predice que tomar decisiones en estas circunstancias puede conllevar un sentimiento de "contaminación" ante la contemplación de escenarios que rompen el muro psicológico entre lo secular y lo sagrado, por lo que se tenderá a reformular mentalmente el conflicto moral o realizar actos simbólicos de *limpieza moral* que afirman la solidaridad con la comunidad moral.

Confrontación con la realidad-restricción (*Reality-constraint hypothesis*). El SVPM ilustra el delicado proceso de ponderación mental a que se someten los individuos en estas situaciones. El modelo postula que las personas son en gran parte sinceras en su reivindicación de que ciertos valores son sagrados. Sin embargo, reconoce que tienen que afrontar regularmente decisiones cuyos costes de defensa de los valores sagrados se vuelven prohibitivos: si los padres dedican su patrimonio neto a la seguridad de sus hijos, la familia entera se empobrece. Del mismo modo, una sociedad comprometida en garantizar la asistencia sanitaria de última generación a todos, pronto acabará comprometiendo de manera insostenible el presupuesto público a esta prioridad.

Por otro lado, el modelo predice que, sin la presión de tener que confrontar forzosamente las contradicciones de lo secular-sagrado, los individuos se sentirán motivados a mirar hacia otro lado dejándose distraer por cortinas de humo retóricas. No obstante, cuando ésta no es una opción, la gente da la bienvenida a redefiniciones retóricas de situaciones que transforman los *taboo trade-offs* en *trade-offs rutinarios* más aceptables (que implican únicamente realizar la operación mental que se realiza cada vez que uno va de compras a un supermercado) o en *trade-offs trágicos* (que implican sopesar valores como el honor frente a la vida, como en las tragedias griegas clásicas).

Los teóricos de la toma de decisiones dividen los *trade-offs* entre valores en tres tipos (7,8): 1) *trade-offs rutinarios* (trade-offs entre dos valores seculares, como intercambiar comida por dinero), 2) *trade-offs trágicos* (trade-offs entre un tipo de valor sagrado y otro tipo de valor sagrado, difícil de resolver cognitivamente y emocionalmente, como cuando una única dosis de medicina disponible para los pacientes A o B con consecuencias mortales para el que no la reciba), y 3) *taboo trade-offs* (trade-off entre un valor secular y un valor sagrado, como intercambiar dinero por órganos para trasplante). Tetlock demuestra con ejemplos que este tercer tipo de *trade-off* ocasiona reacciones espontáneas de repugnancia e indignación moral para los que tienen que tomar las decisiones e incluso para los que reciben información *ex ante* o *ex post* de este tipo de *trade-offs* (1,6). Estos supuestos a menudo conllevan un sentimiento de "contaminación" por el mero hecho de pensar en que puedan tener lugar y de hecho se realicen este tipo de *trade-offs*. *Los taboo trade-offs* tienen un papel central en el modelo SVPM, en el sentido de que marcan el límite entre lo que es concebible y asumible -o no- desde el punto de vista moral.

En los últimos años, los *taboo trade-offs* han sido objeto de diversos estudios experimentales para verificar los supuestos y validar el modelo SVPM de Tetlock, es decir anticipar el comportamiento reactivo de quienes han participado en estos estudios: dónde ponen el límite de lo sagrado, y si hay alguna forma de redefinir (*reframe*) este tipo *de trade-offs* para que parezcan más aceptables (7,8,9,10,11).

Jenny de Fine Licht, investigadora en la Universidad de Gothenburg, ha realizado diversos estudios experimentales sobre la transparencia en la toma de decisiones sobre prioridades y cómo la realización de *taboo trade-offs* podría afectar la percepción de los ciudadanos de la legitimidad y la confianza en el gobierno (10,11).

Los resultados de estos estudios, basados en experimentos con paneles de más de 1000 participantes, mostraron que *la transparencia plena* (con participación en todo el proceso de la toma de decisiones) *exhibió menos aceptabilidad de la decisión tomada* en comparación con la transparencia parcial (información *ex post* al panel de los motivos de la decisión tomada) en aquellas decisiones sobre prioridades que suponían desinvertir en una área política que podría afectar la salud (valor sagrado) para ahorrar dinero o para invertir en otra área como la cultura (con connotación más secular). de Fine Licht concluye: "En la medida en que las decisiones de la política de priorización, al menos implícitamente, suponen hacer un *trade-off* entre vidas humanas y dinero existe el riesgo de que el aumento de la transparencia tendrá efectos negativos sobre la percepción pública de la legitimidad de la decisión" (10,11).

Por otra parte, la investigación sobre los valores sagrados y los conflictos culturales realizada en Cisjordania, Irán, Indonesia y

la India revela que ofrecer compensaciones materiales para convencer a los grupos en conflicto para aceptar la renuncia de la defensa rígida de valores sagrados, les hace defenderlos con más fervor. Por el contrario, los intentos culturalmente sensibles de ofrecer gestos simbólicos, mostrando respeto por los valores sagrados de ambos grupos, proponiéndoles la solución de disculparse mutuamente de forma creíble por el daño causado en la defensa del propio interés, aumenta la flexibilidad hacia el compromiso (12,13).

Los resultados de los estudios realizados sobre las reacciones adversas de los individuos y los pueblos ante los *taboo trade-offs* confirman las tesis y la validez del modelo SVPM de Tetlock. Y adicionalmente sugieren la posibilidad de disminuir –o por lo menos anticipar– la incertidumbre de los supuestos sobre priorización y asignación de recursos con un conocimiento mejorable de la naturaleza profunda de las preferencias y valores sociales (14).

Referencias

1. Tetlock, P.E. (2003). Thinking the unthinkable: sacred values and taboo cognitions. *Trends in Cognitive Sciences*, 7: 320-324. http://www.tomstafford.staff.shef.ac.uk/docs/tetlock03.pdf
2. Sandel, M.J. (2005).The moral limits of markets. *Bulletin of the American Academy*, Summer: 6-10.
3. Satz, D. (2004). Noxious markets: Why should some things not be for sale? In S. Cullenberg & P. K. Pattanaik (Eds.), *Globalization, Culture, and the Limits of the Market: Essays in Economics and Philosophy*. pp. 11-38. New Delhi: Oxford University Press.
4. Fiske, A.P. & Tetlock, P.E. (2000). Taboo trade-offs: Constitutive prerequisites for political and social life. In S.A. Renshon, & J. Duckitt (Eds.), *Political Psychology: Cultural and Crosscultural Foundations*. pp. 47-65. London: MacMillan Press Ltd.
5. Baron, J., & Spranca, M. (1997). Protected values. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 70: 1-16.
6. McGraw, A.P., & Tetlock, P.E. (2005). Taboo trade-offs, relational framing and the acceptability of exchanges. *Journal of Consumer Psychology*, 15: 2-15.
7. MacMillan, C. & Wastell, C. (2008) Taboo Trade-offs, Moral Outrage and the Moral Limits of Markets, University of Sydney, Department of Economics, *Macquarie Economics Research Papers* http://www.econ.mq.edu.au/Econ_docs/research_papers2/2008_research_papers/2008_2_MacMillan_Wastell_online.pdf
8. Hanselmann, M., & Tanner, C. (2008). Taboos and conflicts in decision making: Sacred values, decision difficulty, and emotions. *Judgment and Decision Making*, 2: 51-63.
9. Mandel, R. & Vartanian, O. (2008) Taboo or tragic: effect of tradeoff type on moral choice, conflict, and confidence. *Mind & Society*, Volume 7, pp 215-226.
10. de Fine Licht, J. (2011). Do We Really Want to Know? The Potentially Negative Effect of Transparency in Decision Making on Perceived Legitimacy. *Scandinavian Political Studies*, 34: 183-201. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9477.2011.00268.x/abstract
11. de Fine Licht, J. (2014). Policy Area as a Potential Moderator of Transparency Effects: An Experiment. *Public Administration Review*, 74: 361-371. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/puar.12194/abstract
12. Jassin, K., et al (2013). Negotiating Cultural Conflicts Over Sacred Values. Models for Intercultural Collaboration and Negotiation. *Advances in Group Decision and Negotiation*, Volume 6, 2013, pp 133-143, ed. Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-94-007-5574-1_6
13. Ginges, J. & Atran, S. (2013). Sacred Values and Cultural Conflict. http://sitemaker.umich.edu/satran/files/michelejgelfand_ch06_copy_2.pdf http://www.sydneysymposium.unsw.edu.au/2014/chapters/GingesSSSP2014.pdf
14. Agnafors, M. (2013). Quality of Government: Toward a More Complex Definition. *American Political Science Review*, 107, pp 433-445. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8963080&fileId=S0003055413000191

Temas

Guías y recomendaciones para la realización de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos presentadas al

Servei Català de la Salut: ¿un verso suelto o una palanca de cambio?

Juan Oliva
Universidad de Castilla La Mancha
Email: Juan.OlivaMoreno@uclm.es

Jaume Puig-Junoy
Universitat Pompeu Fabra
Email: jaume.puig@upf.edu

Contexto

La evaluación económica de intervenciones sanitarias (EEIS) ha vivido durante la última década su edad dorada en Europa. El papel impulsor que han desempeñado las autoridades públicas en su desarrollo ha sido la principal causa de este florecimiento. El uso de estas herramientas en las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias es cada vez más habitual. La cuestión es clara: los responsables sanitarios europeos tienen el deber de responder a un doble objetivo. Por una parte, conjugar el acceso de sus ciudadanos a aquellos avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud; por otra, conciliar lo anterior con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. La consideración de los criterios de eficiencia e impacto presupuestario convierte a la evaluación económica en herramienta clave en este proceso.

Al tiempo que se instalaba la crisis de manera persistente en Europa, y de manera más intensa en su zona meridional, la mayor parte de los países ponían en marcha políticas de austeridad, más centradas en el control del gasto que en las mejoras en la eficiencia. Por tanto, mientras un número no pequeño de países ya tenía una parte de sus deberes hechos en el momento de estallar la crisis (al menos contaban con criterios claros y conocidos de actuación), en otros lugares esa falta de criterios está presionando fuertemente a los decisores ante la llegada de innovaciones al sistema.

Cabe preguntarse por qué España se encuentra en este último grupo, cuando hace dos décadas era un país pionero en la formulación de criterios metodológicos de aplicación de la EEIS, contaba con un importante número de expertos en la materia y ya existían agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, cuyo número y recursos se incrementaron con los años. Más sorprendente aún es la opacidad de las autoridades sanitarias, y sus mensajes contradictorios o incluso negacionistas del papel a jugar por parte de la EEIS en las decisiones públicas, cuando la actual regulación sanitaria requiere que uno de los criterios para la financiación pública de medicamentos sea la consideración de la relación coste-efectividad, así como contar con informes de evaluación económica y de impacto presupuestario para informar la decisión de fijación del precio del medicamento.

Guías de evaluación económica y análisis de impacto presupuestario de medicamentos del Servei Català de la Salut

En verano de 2013, el CRES-Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra, recibió el encargo del Servei Català de la Salut de desarrollar una propuesta metodológica de guías de evaluación económica y análisis de impacto presupuestario para homogeneizar los métodos empleados en evaluaciones requeridas por las autoridades sanitarias catalanas. El equipo de trabajo se compuso de cinco profesionales, cuatro desempeñan su función en la academia, uno en una empresa privada, y contó con la ayuda de seis revisores externos, del ámbito público y privado, que aportaron sus comentarios a una primera versión de las guías.

La guía de evaluación económica se articula en 17 dimensiones: alcance y objetivos; perspectiva; opciones comparadas; tipos

de evaluación; datos de eficacia/efectividad y seguridad; medida y evaluación de resultados; utilización de recursos y costes; horizonte temporal del análisis; tasa de descuento para costes y beneficios; modelización; variabilidad e incertidumbre; equidad; presentación de resultados; transferibilidad de resultados; limitaciones del estudio; conclusiones; y conflicto de intereses.

La guía de análisis de impacto presupuestario (AIP) se vertebra en 15 dimensiones: alcance y objetivo; perspectiva; población de estudio; escenarios de comparación; escenario actual; nuevo escenario; horizonte temporal; utilización de recursos y costes; modelización; variabilidad e incertidumbre; presentación de resultados; transferibilidad; limitaciones del estudio; conclusiones; y conflicto de intereses.

Por tanto, son dos guías diferenciadas pero coordinadas (complementariedad), en cada una de las cuales se define un caso base o de referencia, la propia guía de uso y recomendaciones, más una lista de verificación para autores de los informes y evaluadores.

El proceso se completó con la exposición pública de las guías durante un plazo de dos semanas, la recepción de comentarios y sugerencias de mejora realizadas por personas a título personal o en nombre de sus empresas e instituciones, la revisión de las guías conforme a las sugerencias que se consideró que enriquecían las mismas, la presentación de las guías en las Jornadas de Economía de la Salud celebradas en el mes de mayo en Pamplona y, finalmente, su aprobación definitiva el día 15 de septiembre por parte de la Comissió d'Avaluació Econòmica i d'Impacte Pressupostari (CAEIP). Las guías están disponibles en este enlace.

¿Verso suelto o elemento de cambio?

Lejos de los entusiastas que han predicado una sanidad pública basada en la falsas promesas del "cuanto más atención, mejor" y que, por tanto, hay que pedir "de todo, para todos y gratis", la credibilidad y la sostenibilidad futuras de una sanidad pública y de valor en Cataluña y en España dependen en importante medida de su capacidad para evolucionar en un plazo razonable

hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías, basada en el mejor conocimiento científico disponible. Invertir en evaluar el coste y la eficacia y seguridad incrementales de cualquier nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva y democrática de garantizar la solvencia del sistema sanitario público.

Un aspecto que requiere abordaje urgente es orientar los recursos públicos hacia aquellos medicamentos, tecnologías, prestaciones y servicios que -además de eficaces y seguros- aporten más valor (más salud) de lo que cuestan. Se trata de tomar en consideración de manera clara y explícita la dimensión de la eficiencia (el balance entre el coste y el valor adicional en términos relativos) en la toma de decisiones relacionadas con la financiación pública, el precio y el uso adecuado de una innovación, tal y como se realiza hace años en países como Suecia, Reino Unido, Alemania o Francia.

Esto significa no sólo cumplir con la normativa vigente sino tomar un camino diferente, que no se ha deseado políticamente emprender seriamente hasta ahora, ya que sin capacidad normativa descentralizada para decidir sobre la cobertura sanitaria, hoy la sanidad pública-descentralizada se ve obligada a financiar públicamente casi cualquier nuevo medicamento que aprueba la Administración Central, tanto si el coste por resultado en salud es razonable como si es desorbitado, ignorando los años y la calidad de vida que perdemos dilapidando recursos en tratamientos y pruebas de escaso valor añadido. No sólo se aprueban precios elevados para medicamentos que las autoridades de otros países con mayor renta per cápita no están dispuestos a financiar públicamente en esa cuantía, en realidad, ni siquiera sabemos el coste por año de vida ganado ajustado por calidad de vida de los medicamentos que se autorizan cada mes de manera centralizada.

En este contexto, el inicio de la aplicación de estas guías de EE y de AIP constituye un reto tanto para las autoridades sanitarias como para la industria farmacéutica y se inserta complementando, introduciendo instrumentos y reglas del juego como elemento de cambio en otras iniciativas del CatSalut ya actualmente en funcionamiento, como son los tres programas de evaluación y armonización farmacoterapéutica, la guía de aplicación de acuerdos de riesgo compartido y el programa "Essencial", que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización.

Es tiempo de no seguir conduciéndose por caducas reglas con menos recursos. De seguir igual, difícilmente el sistema sanitario público podrá mantener su compromiso de calidad y acceso a los servicios con la ciudadanía. Desde que estalló la crisis, hemos asistido a medidas de todo tipo dirigidas manifiestamente a reducir el presupuesto sanitario. Es hora de poner las miras en el medio y largo plazo y afrontar sin dilación reformas de carácter estructural cuyo objeto sea promover un uso eficiente y equitativo de los recursos. Es hora de implicar más decididamente a todos los actores del sistema en el proceso de toma de decisiones, de reclamar transparencia en el uso de recursos y en la difusión de los resultados en salud, de evaluar las innovaciones que recibe el sistema, así como los programas, las estrategias y las políticas, de aplicar criterios claros y objetivos para rendir cuentas a la ciudadanía. En suma: es tiempo ya.

Modelos de elección discreta aplicados a la asistencia sanitaria

Waleska Sigüenza Tamayo
Departamento de Economía Financiera I, Universidad del País Vasco
Email: waleska.siguenza@ehu.es

Tesis doctoral defendida el 18 de febrero de 2014 en el Departamento de Economía Financiera I de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad del País Vasco, dirigida por los Doctores Petr Mariel Chladkova y José Ignacio Martínez Churiaque, que obtuvo la calificación de sobresaliente Cum Laude. Tribunal: Dr. Francisco Javier Gardeazabal Matías (Universidad del País Vasco), Cesar Rodríguez Gutiérrez (Universidad de Oviedo), José Baños Pino (Universidad de Oviedo), Daniel Díaz Fuentes (Universidad de Cantabria), María Soledad Esteban Galarza (Universidad del País Vasco).

Resumen

La actual coyuntura económica está mermando el denominado estado de bienestar porque afecta directamente al ámbito de la sanidad. Las autoridades sanitarias introducen políticas de recortes que podrían provocar una pérdida de bienestar a nivel global en la sociedad. Por tanto, en este momento la búsqueda del equilibrio entre recursos y necesidades, en aras de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, resulta indispensable y es fundamental analizar en profundidad las políticas de asignación de recursos públicos para intentar minimizar la pérdida de bienestar global. Por otro lado, se populariza el esfuerzo por mantener un buen estado de salud como medida para evitar los cada vez más costosos servicios sanitarios. La gran transcendencia de la situación expuesta constituye la motivación principal de este trabajo. De entre todos los aspectos de la economía de la salud, el objetivo principal de esta tesis es conocer cómo los individuos valoran y, en consecuencia, demandan una atención sanitaria de mayor calidad, tanto en el ámbito privado como en el público, así como una mejora de su salud en general.

En el primer capítulo se analiza la cobertura sanitaria y la situación del seguro médico privado (SMP) entre el conjunto de seguros privados en España. Se recogen las cifras de negocio del período 2001-2012, que muestran un importante crecimiento de este sector, por lo que su estudio resulta imprescindible en cualquier análisis de la situación de la asistencia sanitaria en España. Hasta el año 2007 se observa un crecimiento anual del sector entorno al 10%. Además, se muestra que la variación al alza del volumen de primas del ramo de enfermedad y asistencia sanitaria es siempre mayor que la del total de seguros del ramo no vida y que, a pesar de la crisis económica, mantiene su tendencia al alza, algo que no ocurre con el resto de seguros del ramo no vida.

En el segundo capítulo se definen los factores y características más relevantes que condicionan la demanda del SMP y el uso de urgencias en España. Se presta especial atención a la influencia de la calidad percibida del sistema sanitario español en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA). El análisis del SMP y del uso de urgencias se desarrolla para toda España en general y para dos CCAA en particular, las de peor y mejor calidad percibida del sistema sanitario público. Se utilizan datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para el bienio 2006/2007 y datos del Barómetro Sanitario para los años comprendidos entre 1996 y 2010.

Se estiman modelos con dos etapas que analizan en una primera fase los determinantes de elección del SMP y, posteriormente, la influencia del SMP sobre el uso de urgencias. Concretamente, se utilizan el método de Procedimiento de Inclusión de Residuos de Dos Etapas y el Método Generalizado de Momentos, que permiten tratar la endogeneidad del SMP. Ambos modelos proporcionan estimaciones consistentes y, por tanto, los coeficientes estimados en cada uno de ellos son similares, lo cual confirma la validez de los resultados presentados. Para las CCAA se emplea el Modelo Binomial Negativo, puesto que en este caso el SMP no resulta endógeno.

Para analizar los determinantes de la demanda del SMP, se emplea un modelo logit binario. El análisis del SMP en España pone de manifiesto que la suscripción de un SMP está condicionada principalmente por el nivel de ingresos familiar, y las demás características del individuo asegurado quedan relegadas a un segundo plano.

Se comprueba que el uso de urgencias varía con la cobertura sanitaria del individuo, y disminuye si se dispone de SMP. También se observa que el uso de urgencias está fuertemente condicionado por variables relacionadas con la salud del individuo y con su cambio brusco, situaciones en las cuales el uso de urgencias es esperado.

Los resultados también muestran que la calidad percibida del sistema sanitario público está inversamente relacionada con la demanda del SMP y con el de uso de urgencias. Se observa que cuando en una comunidad autónoma la calidad percibida es buena, el SMP se considera como un bien prescindible y, por tanto, variables como la renta influyen en la decisión de contratarlo. En este caso, un mayor nivel de estudios disminuye el uso de urgencias, por lo que se podría interpretar que se produce un uso más racional. Sin embargo, si la calidad percibida es mala, el SMP se considera como un bien necesario para determinados grupos, como por ejemplo para los autónomos. Además, en estas CCAA, variables como la enfermedad crónica influyen positivamente en el uso de urgencias. Ello podría indicar un uso indebido del servicio de urgencias.

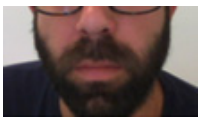
En el tercer capítulo se pretende conocer la valoración económica que los individuos otorgan a potenciales mejoras en los servicios sanitarios (reducción en los tiempos de espera, mejora del trato médico, del confort hospitalario o de la cobertura odontológica) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Para obtener esta valoración económica, se realiza una encuesta que incluye un Experimento de Elección Discreta, el cual tiene capacidad y flexibilidad para tratar la naturaleza multidimensional de los servicios sanitarios y permite el cálculo de la disposición a pagar (DAP) por la mejora marginal de determinados servicios sanitarios. En esta encuesta se recogen respuestas de 235 individuos de las tres provincias de la CAPV. El modelo de parámetros aleatorios aplicado a estos datos es estimado mediante el método de Máxima Verosimilitud Simulada.

Los resultados indican que el atributo más valorado en la asistencia sanitaria es el trato médico recibido, lo que refleja la importancia atribuida al factor humano. Además, se observa que la menor DAP se corresponde con una mejora marginal en el confort hospitalario.

Por último, considerando que la inversión en deporte podría suponer un ahorro en el gasto en sanidad pública, en el cuarto capítulo se analiza el sector deportivo en España. Se utiliza la pertenencia a una entidad deportiva como un indicador de la inversión en ejercicio físico y se estudian los factores y características más relevantes que la condicionan. Los datos se extraen de la encuesta sobre los hábitos deportivos de los españoles en 2005 y el modelo de estimación elegido en este caso es un modelo logit binario heteroscedástico. Se incluyen en la muestra todo tipo de entidades deportivas (públicas y privadas) para evitar el efecto renta.

Se observa que individuos que practican deporte y que consideran que su forma física es buena están más interesados en invertir en deporte y, por tanto, en pertenecer a una entidad deportiva. Además, se comprueba que los individuos interesados en invertir en deporte tienen características similares a los individuos que con mayor probabilidad demandan un SMP o que presentan una mayor DAP por mejorar la cobertura sanitaria pública. Por todo ello, se podría concluir que una inversión en deporte podría ser equivalente a un ahorro en gasto sanitario público.

Modelling Global Pricing and Launching of New Drugs



Borja García Lorenzo
Servicio de Evaluación y Planificación
Servicio Canario de la Salud
Email: borja.garcialorenzo@sescs.es

Tesis doctoral con mención europea defendida el 27 de junio de 2014 en el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Facultad de Economía, Empresa y Turismo de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, dirigida por la Dra. Beatriz González López-Valcárcel, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por Unanimidad. Tribunal: Dr. Félix Lobo Aleu (Universidad Carlos III de Madrid), Dr. Jorge V. Pérez Rodríguez y Dr. Francisco José Vázquez-Polo (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), Dr. Jaume Puig-Junoy (Universidad Pompeu Fabra) y Dr. Jorge Mestre-Ferrandiz (Office of Health Economics).

Introducción

Los medicamentos se venden en un mercado globalizado. Debido a la existencia de mecanismos como el *External Reference Pricing* (ERP) y el *comercio paralelo*, la fijación del precio y lanzamiento de un medicamento en un país influye en el precio y lanzamiento en otros países. Esta característica implica un proceso de negociación específico entre las empresas farmacéuticas y las agencias de salud de los países. El precio y el lanzamiento de un medicamento deben articularse alrededor de un equilibrio entre el bienestar público y los beneficios privados, entre los intereses del país y de los fabricantes. Cuando los países establecen un precio, corren el riesgo de ocasionar un retraso en las negociaciones que puede producir consecuencias para la salud y el bienestar de la población. Por su parte, la empresa está retrasando también la obtención de los beneficios que se derivan de la venta en dicho país. Sin embargo, en un mundo cada vez más globalizado, el precio/lanzamiento de medicamentos se ha convertido en una cuestión internacional.

Objetivos y métodos

Esta tesis tiene como objetivo identificar y evaluar los determinantes de la fijación de precio y del lanzamiento de nuevos medicamentos en el contexto internacional y sus interdependencias, y se organiza en tres capítulos.

El primer capítulo presenta una revisión sistemática basada en el método PRISMA, que tiene como objetivo ofrecer una perspectiva global de los análisis teóricos y empíricos originales con respecto a los precios de los medicamentos y su lanzamiento en el contexto internacional, así como encontrar cuáles son los principales factores que influyen tanto en el precio como en el retraso de lanzamiento de nuevos fármacos.

El segundo capítulo propone un modelo teórico apoyado en un modelo de negociación entre la industria farmacéutica y dos agencias de salud de dos países. Se introducen tres innovaciones importantes: se incluyen dos diferentes tipos de países en función del método de ERP aplicado, ya sea el precio mínimo o el precio medio observado; el coste del retraso en el lanzamiento y el coste relacionado con la aplicación del análisis coste-efectividad (ACE). Este modelo tiene como objetivo analizar la conveniencia de la aplicación del ERP en lugar de la evaluación económica (ACE) como política de contención del gasto farmacéutico.

El tercer capítulo, utilizando datos de IMSHealth, replica en un primer paso dos modelos econométricos de fijación de precios y lanzamiento de medicamentos con datos recientes entre 2004 a 2010 (Danzon y Epstein, 2008: 1993-2003; Verniers y otros,

2011: 1994-2008) y una muestra diferente de 15 países y de 70 moléculas, con el fin de observar cambios en el comportamiento de los agentes. En un segundo paso, propone un nuevo modelo empírico que tiene por objeto el análisis del *trade-off* entre el precio y el retraso en el lanzamiento de los fármacos, y el impacto de la política de ERP sobre ambos. Este nuevo modelo estima, a través de un modelo de duración paramétrico, el retraso en el lanzamiento y, bajo una estimación en dos pasos de Heckman, el precio de lanzamiento, frente a un conjunto de variables explicativas seleccionadas sobre la base de los patrones generales encontrados en la revisión de la bibliografía. Se considera, a diferencia de la bibliografía anterior, el precio del medicamento a nivel de presentación farmacéutica, y se analiza el mercado hospitalario además del ambulatorio.

Resultados y conclusiones

La revisión sistemática muestra que los modelos teóricos distinguen entre efectos directos sobre el precio y el lanzamiento (las políticas regulatorias, la existencia de comercio paralelo y la localización de la sede de la empresa) y efectos indirectos, que influyen en el grado de afectación de los efectos directos (el tamaño del país y el nivel de copago). Por su parte, los modelos empíricos encuentran como denominador común las características del país (su tamaño, riqueza y nivel de regulación), las

características del medicamento (su concentración, tamaño de la presentación y vía de administración) y la localización de la sede de la empresa en el país de lanzamiento.

Nuestro modelo teórico muestra que existe un *trade-off* entre el precio y el volumen, que afecta a la secuencia de lanzamiento. El uso del ERP parece ser beneficioso para los países pequeños en comparación con la ejecución de una evaluación económica basada en el ACE. Además de ser una política de precios de bajo coste, tenemos ahora más información acerca de por qué los países aplican el ERP siendo conscientes de que podría no ser una política óptima, entre otros motivos, debido a la difícil valoración de los precios foráneos en otro país, el riesgo de repetir errores de países tomados como referentes o bien la reacción perversa de la industria ante los efectos *spill-over*.

De los resultados de los modelos replicados, y comparándolos con los originales, se desprende que el efecto entre precio y lanzamiento se observa únicamente en una dirección: el retraso en el lanzamiento se ve afectado negativamente por el precio. Además, ahora los países con precios tradicionalmente bajos dentro de la Unión Europea se toman como referencia entre sí, los países fuera de la UE con precios tradicionalmente altos pagan precios más bajos que antes, y la localización de la sede de la empresa deja de tener efecto debido probablemente a la concentración de la industria.

El modelo empírico revela que no existen grandes diferencias entre el mercado ambulatorio y el mercado hospitalario. A diferencia de los modelos previos en la bibliografía, muestra que la fijación de precios y el lanzamiento parecen ya no estar relacionados entre sí. Existen diferencias de precios entre países, pero no debidas al retraso en el lanzamiento. Las empresas no aceptan precios más bajos a cambio de lanzamientos tardíos, incluso de los países que aplican la política del ERP. Por lo tanto, la política de precios basada en el ERP parece no ser efectiva en términos de *precios*, pero sí en términos de *lanzamiento*, lo que causa mayores retrasos. Estos resultados pueden influir en el proceso de negociación. Se recomienda que las empresas puedan retrasar el lanzamiento, porque los países no pueden permitirse el lujo de tener el producto disponible inmediatamente después del primer lanzamiento a nivel mundial, y en última instancia, no acceder al producto. Por su parte, las empresas que tradicionalmente han utilizado el retraso en el lanzamiento a cambio de aceptar precios bajos, ahora, sin embargo, parecen ser capaces de llevar a cabo una estrategia más agresiva que no permite a los países pagar precios más bajos a cambio de experimentar mayores retrasos en el lanzamiento. Bajo dicha estrategia, las empresas estarían evitando los efectos derivados de la política del ERP y del comercio paralelo, pero estarían perdiendo los beneficios de las ventas asociadas a los países donde el medicamento se lanza. En resumen, las empresas y los países deben actuar localmente pero pensar globalmente.

Esta investigación no está exenta de limitaciones, principalmente ligadas a la variabilidad de escenarios y restricción de los supuestos del modelo teórico, y a la disponibilidad de un conjunto más rico de datos en cantidad y detalle para la modelización empírica.

Referencias

Danzon PM and Epstein AJ (2008). Effects of Regulation on Drug Launch and Pricing in Interdependent Markets. *NBER Working Paper No. 14041*

Verniers I, Stremersch S and Croux C (2011). The global entry of new pharmaceuticals: a joint investigation of launch window and price. *International Journal of Research in Marketing*, 28:295-308

Con acuse de recibo

La equidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: situación actual y perspectivas.
Conferencia de clausura del Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía) de la Universidad Carlos III de Madrid

Rosa Urbanos
Universidad Complutense de Madrid

E-mail: urbanos@ccee.ucm.es

El pasado 25 de junio tuvo lugar, en el Campus de Getafe de la Universidad Carlos III de Madrid, la conferencia de clausura del Máster de Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía), que dirige Félix Lobo y ya va por su 5ª edición. Félix tuvo la deferencia de pedirme que impartiese dicha conferencia, con un tema que permitiera ampliar el foco más allá de las cuestiones que los alumnos trataron con profusión a lo largo del Máster. Finalmente, el tema elegido fue *"La equidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: situación actual y perspectivas"*. Aunque en la sala se congregó bastante público (tal vez algo más de 50 personas), fueron algunos más quienes siguieron mi intervención a través de *streaming*, gracias a la labor de difusión que llevó a cabo la organización del Máster en las semanas previas.

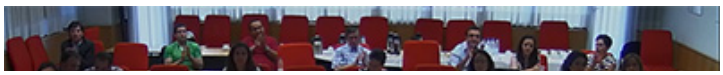
La charla comenzó describiendo brevemente los objetivos que se iban a cubrir. En particular, se trataba de analizar hasta qué punto durante los años de la presente crisis económica nos hemos acercado (o no) al logro de las metas de equidad del SNS y de indicar, a partir del repaso de una parte de la evidencia científica reciente, qué perspectivas cabe esperar en este sentido. En primer lugar, se revisaron algunos de los indicadores clásicos de acceso, como las listas y tiempos de espera, señalando su empeoramiento en los últimos años. También se señaló que otro indicador de acceso, el porcentaje de población que declara tener necesidades médicas no cubiertas de diagnóstico o tratamiento, ha registrado un cierto incremento entre 2008 y 2012,

que se concentra más en los quintiles de menor nivel de renta.

A continuación se describieron los obstáculos al acceso que han supuesto las reformas introducidas por el Real Decreto-ley 16/2012, referidas tanto a la exclusión de la cobertura pública de algunos colectivos de la población como a la reforma del copago farmacéutico. En el primer caso, es evidente que se ha perjudicado a quienes se ha dejado fuera de la cobertura del SNS (inmigrantes irregulares, colectivo ya de por sí vulnerable, y algunos no cotizantes). En lo que respecta a la reforma del copago, la extensión del mismo a los pensionistas, el aumento en el porcentaje de aportación para los activos con más de 18.000€ de renta anual y la desfinanciación de un conjunto amplio de fármacos, obviamente representa un obstáculo al acceso en tanto en cuanto el precio aumenta, aunque por el momento no sepamos cuáles son sus efectos distributivos, ni su impacto sobre el acceso a medicamentos según su efectividad, ni por tanto su impacto sobre la salud de la población. Pero sí tenemos información que el gasto medio en fármacos y productos sanitarios de las familias ha aumentado, de media, entre 2012 y 2013. También sabemos que, al no existir un tope máximo a la aportación anual de los activos al coste de los medicamentos, el copago tiende a comportarse como un impuesto sobre la enfermedad, que pese al diseño por tramos de renta, puede suponer una carga difícil de asumir para muchas familias.

Seguidamente, se comentó la evidencia conocida sobre las desigualdades de acceso "efectivo" a las prestaciones. Se ha constatado una reducción en la utilización de servicios sanitarios públicos entre 2006 y 2011-12, si bien esta disminución no parece haber tenido un impacto diferencial significativo por clases sociales. Sí lo es, en cambio, el impacto de la crisis sobre la reducción del uso de servicios dentales excluidos de la cobertura pública, que claramente perjudica a los individuos de menor clase social. En lo que respecta a las desigualdades en salud, se mostró evidencia contradictoria acerca de su evolución en los últimos años. Algunos trabajos hablan de la reducción de las desigualdades sociales y sociogeográficas en la distribución de la salud, mientras otros comprueban un incremento de las desigualdades sociales en mortalidad. En todo caso, si tenemos en cuenta que privación económica y desempleo son los factores explicativos más importantes de las desigualdades en salud, la crisis nos está dando motivos para estar preocupados.

Para terminar, se señaló que, pese a que es pronto aún para evaluar el impacto que la crisis tendrá sobre los objetivos de equidad del SNS, es particularmente importante vigilar cómo evoluciona la situación de los colectivos más vulnerables. Asimismo, se abundó en la necesidad de que haya mayores dosis de transparencia y evaluación, para facilitar que el diseño de políticas se oriente de forma adecuada. El contenido completo de la conferencia aparecerá publicado en alguno de los próximos números de Gestión Clínica y Sanitaria. Os animo a que le echéis un vistazo al texto y a que me hagáis llegar cuantos comentarios os sugiera su lectura, si así lo estimáis oportuno.



Una vez acabada la charla, dedicamos algunos minutos al debate de las cuestiones tratadas. Un par de meses más tarde, Félix Lobo tuvo el detalle de enviarme la evaluación de quienes siguieron la conferencia (presencialmente o en la distancia), y parece que quedaron bastante satisfechos con la actividad. En consecuencia, sólo me queda agradecer a Félix y a todos los participantes su amabilidad e interés.

Crónica del XIV Encuentro de la Industria Farmacéutica Española, titulado: "Los nuevos medicamentos biológicos: revolución terapéutica y económica"

Félix Lobo
Departamento de Economía
Universidad Carlos III de Madrid
Director del Encuentro de la Industria Farmacéutica
Email: flobo@uc3m.es

Manuel García Goñi
Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid
Secretario Académico del Encuentro de la Industria Farmacéutica
Email: mggoni@ccee.ucm.es

Desde el año 2001 se celebra en Santander, en el Palacio de la Magdalena y dentro de la programación de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, el Encuentro de la Industria Farmacéutica. El Encuentro es fruto de un acuerdo de colaboración y patrocinio entre la Universidad Carlos III de Madrid, la Fundación Farmaindustria y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

El momento elegido para este Encuentro es justo después de las vacaciones de verano y antes del comienzo del curso, cuando de manera natural los distintos participantes se pueden permitir un paréntesis dentro del año laboral. Participan personalidades de política farmacéutica y administraciones públicas a nivel regional, nacional y europeo, investigadores de Economía de la Salud, y representantes de la industria farmacéutica. El término Encuentro describe perfectamente esta actividad, ya que los participantes se encuentran rodeados de un ambiente distendido y en un entorno inmejorable para debatir sobre los temas que más preocupan en el desarrollo del tejido empresarial en la industria farmacéutica y en la realización de la provisión eficiente de medicamentos.

El tema tratado durante la XIV edición del Encuentro fue de la máxima actualidad: la revolución que ha supuesto, tanto a nivel económico como terapéutico, los medicamentos biológicos en el mercado y la subsiguiente aparición de los productos biosimilares. Es un hecho reconocido que el gasto sanitario ha crecido de manera significativa en las últimas décadas y que buena parte de ese incremento se debe a la innovación de tecnología sanitaria. Pues bien, un claro ejemplo de los avances de dicha tecnología sanitaria son los medicamentos biológicos.

Los medicamentos biotecnológicos tienen actualmente gran importancia. Se obtienen en células animales o en bacterias que han sido modificadas genéticamente, en ocasiones introduciendo un gen de origen humano. Se trata en general de proteínas, moléculas grandes y complejas, muy distintas de las moléculas pequeñas que componen los fármacos de síntesis química y cuya exacta definición y descripción pueden ser difíciles. Aproximadamente un tercio de los nuevos medicamentos aprobados son ahora biológicos. En campos terapéuticos como oncología, reumatología, dermatología, gastroenterología y enfermedades autoinmunes hoy ya curan, alivian y proporcionan alternativas de tratamiento antes inexistentes para numerosas dolencias.

Además, los medicamentos biológicos se caracterizan porque sus métodos de producción son complejos y más susceptibles a variaciones que los de síntesis química, precisamente debido a su naturaleza de procesos biológicos. También pueden ser inmunogénicos y en muchos casos se tienen que administrar por vía parenteral y no pueden ser consumidos directamente por los pacientes. Todas estas peculiaridades determinan diferencias en el desarrollo de los productos, en la normativa reguladora de la aprobación de la licencia de comercialización y en las condiciones de distribución.

En Europa disponemos ya del Reglamento de Medicamentos para terapias avanzadas de 2007, la Directiva de 2009 y unas directrices de 2006, con una completa regulación de los medicamentos biotecnológicos y que incluyen la primera reglamentación específica para productos biosimilares.

Al desarrollo de los medicamentos biológicos y su reglamentación, se suma la caducidad de las primeras patentes. Todo ello exige una atención creciente por parte de los profesionales sanitarios y los gestores y directivos que tienen que tomar importantes decisiones acerca de la utilización de estos productos en nuestro sistema sanitario en beneficio de los pacientes.

Con este panorama, en el Encuentro pudimos disfrutar de ponencias de muy elevada calidad y con un elenco de ponentes realmente extraordinario. Para empezar, en la primera mañana del Encuentro disfrutamos de una gran bienvenida por parte del Rector de la UIMP y Catedrático en Microbiología César Nombela, que nos puso en antecedentes sobre el significado de los medicamentos biológicos en el desarrollo de la innovación en los tratamientos farmacológicos.

De izquierda a derecha: *Elvira Sanz Urgoiti (Presidenta de Farmaindustria), César Nombela (Rector de la UIMP), José Francisco Díaz Ruiz (Director General de Salud Pública, Gobierno de Cantabria) y Félix Lobo (Catedrático de Economía, Universidad Carlos III de Madrid, Director del Encuentro).*

Después del Rector, continuó el Encuentro la ponencia de Pilar Farjas, Secretaria General de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ella nos dio la perspectiva del Ministerio y de cómo la política farmacéutica se está ocupando de la introducción de los medicamentos biológicos en el mercado y de sus biosimilares. En concreto, la Secretaria General de Sanidad y Consumo expuso cómo el alto coste de adoptar estos medicamentos biológicos por parte del sistema sanitario supone un reto a la hora de garantizar la viabilidad presupuestaria del gasto público sanitario y defendió el esfuerzo negociador en los precios y el papel de los medicamentos biosimilares en el mercado, cuando se demuestre que no haya diferencias en la eficacia, aunque sí se reconoce la existencia de cambios en el proceso de producción de un medicamento. A continuación, Elvira Sanz Urgoiti, Presidenta de Farmaindustria, defendió la necesidad de valorar las aportaciones de los medicamentos biológicos al sistema de salud al margen de su precio, así como la necesidad de políticas que protejan la innovación y faciliten la recuperación de las multimillonarias inversiones que estos fármacos demandan en sus fases de investigación y desarrollo.

Después de una breve pausa, la primera mañana siguió con la participación de Sol Ruiz Antúnez, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que presentó su ponencia sobre cómo se lleva a cabo la evaluación de los medicamentos biológicos por parte de la Agencia Europea del Medicamento. Fernando Rivera Herrero, Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), nos ilustró sobre las experiencias que están poniéndose en marcha en relación a la introducción de medicamentos biológicos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, e hizo una llamada a la colaboración entre los distintos entes presentes en el Encuentro para facilitar la rápida disposición de los nuevos tratamientos por los pacientes.

Por la tarde del primer día de Encuentro, disfrutamos de una mesa redonda sobre los medicamentos biológicos y las terapias avanzadas desde la perspectiva empresarial. Dicha mesa fue moderada por Julio Sánchez Fierro, Vicepresidente del Consejo Asesor del Ministerio, y participaron en ella auténticas primeras figuras de la industria farmacéutica a nivel internacional, como son Ángel Fernández (Presidente y Director General de Merck Sharp & Dohme de España), Andrés G. Fernández (Director de

son Angel Fernández (Presidente y Director General de Merck Sharp & Dohme de España), Andrés G. Fernández (Director de Ferrer Avanced Biotherapeutics) y Roland Wandeler (Director General de Amgen). Después intervino Belén Crespo, Directora de la AEMPS, quien disertó sobre la labor de la AEMPS en relación con los medicamentos biológicos.

El segundo día contó con la ponencia de José Julián Díaz Melguizo (Director del INGESA), que compartió con los asistentes las novedades sobre cómo se va a llevar a cabo el proceso de compras públicas para los productos farmacéuticos, y de David Cantarero (Universidad de Cantabria), que presentó el punto de vista de la teoría económica sobre la comparativa de los productos biológicos y biosimilares, y revisó los distintos trabajos que se han publicado al respecto. Después continuamos el Encuentro con una mesa redonda moderada por Humberto Arnés (Director General de Farmaindustria), en la cual se trató el tema de la regulación de los precios y la financiación pública de los productos biológicos, así como la disponibilidad de dichos tratamientos para los pacientes. En esta mesa redonda contamos con la participación de Iñaki Betolaza (Director de Farmacia del País Vasco), Maria Ángeles Figuerola (Jefa de Área de Tecnologías Farmacéuticas del Ministerio de Industria, Energía y Turismo) y Álvaro Hidalgo (Universidad de Castilla la Mancha).

El broche final del Encuentro lo puso María Luisa Poncela (Secretaria General de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ministerio de Economía y Competitividad), que dio su perspectiva sobre el futuro de la investigación e innovación de los productos biológicos en España.

En definitiva, consideramos que el XIV Encuentro de la Industria Farmacéutica fue un éxito dada la participación de altos representantes tanto de la Administración (Ministerios de Economía y Competitividad, Industria, Energía y Turismo, y Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), como del mundo empresarial (presidenta de Farmaindustria y tres directores generales de multinacionales) y de la universidad.

Vaya desde aquí nuestro más sincero agradecimiento a todos los ponentes así como a todos los asistentes. Ellos son el alma del Encuentro y por ellos trabajamos cada año para seguir reuniéndonos y aprendiendo. Como cada año, hay una lección clara: es necesario invertir en productos innovadores como los productos biológicos en farmacia. Sus beneficios son enormes, aunque también su coste. A diferencia de los productos químicos, sus copias no son idénticas sino similares. Como consecuencia, existen mayores reticencias por parte de la industria a la adopción de los productos biosimilares y las bajadas de precios no son tan significativas. Por otra parte, la Administración, inmersa en el reto de la sostenibilidad del sistema sanitario, ve con buenos ojos la entrada de productos biosimilares en el mercado, siempre y cuando no haya diferencias en la eficacia respecto al producto pionero. En definitiva, la competencia entre productos biológicos y biosimilares está apenas naciendo en los últimos años y todavía tenemos mucho que aprender.

Quedamos todos emplazados para debatir en el XV Encuentro de la Industria Farmacéutica, el próximo mes de septiembre de 2015, si se ha avanzado en este tipo de competencia y tratar el siguiente tema que procuraremos sea también del máximo interés.

Reseñas bibliográficas

Un buen recorrido por la política farmacéutica española

Félix Lobo. La intervención de precios de los medicamentos en España: Panorama de la regulación y los estudios empíricos. Madrid: Springer Healthcare Ibérica S.L.; 2014. 159p. ISBN: 978-84-940-3468-8.

Quizás el sector que más ha sufrido la intervención pública directa en los últimos años de crisis económica en España es el sector farmacéutico. La necesidad de los últimos gobiernos de reducir el déficit público, les ha llevado a contener el gasto público en general y el gasto sanitario público en concreto. Y dado que el gasto farmacéutico es uno de los componentes más importantes del gasto sanitario, una buena herramienta para caminar hacia dicho objetivo ha sido utilizar una política farmacéutica restrictiva y, en concreto, intervenir (y reducir) los precios de los productos farmacéuticos. Esto ha sido posible debido a las competencias en política farmacéutica asumidas de manera centralizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El objetivo de la sostenibilidad financiera del sistema sanitario implica una búsqueda de eficiencia mediante políticas centradas tanto en la oferta como en la demanda, en la cual se comprende la presencia de recortes de gastos innecesarios. No obstante, tanto por parte de la oferta como de la demanda, existen dificultades en dicha búsqueda. En la demanda, la naturaleza del gasto sanitario –incluido el farmacéutico- es tal, que cada vez que sale a la palestra un recorte, este viene acompañado de una inmensa resistencia por parte de la población, que entiende dichos recortes como una reducción de sus derechos. A la vez, en la oferta, una intervención pública en materia de regulación de precios es tradicionalmente considerada un atropello contra el libre mercado por parte de la industria farmacéutica, que defiende un nivel de precios que supuestamente le permita recuperar la inversión financiera destinada a la Investigación y Desarrollo de los productos innovadores. Un precio que quizás sea excesivo para el objetivo de sostenibilidad del sistema sanitario y de equilibrio presupuestario dentro de las necesidades de gasto de las Comunidades Autónomas dadas sus competencias.

El equilibrio en este mercado de conocida información imperfecta y asimétrica es, por tanto, complicado. Resulta necesaria la evaluación de políticas públicas y el análisis coste-efectividad tan extendidos en materia de política sanitaria, que ojalá se aplicara también en tantos otros campos. Pero también resulta imprescindible la didáctica y la comunicación adecuada de las medidas que de manera más o menos acertada se puedan tomar o que, de hecho, ya se hayan tomado.

Ahí es donde el libro "La intervención de precios de los medicamentos en España: Panorama de la regulación y los estudios empíricos" responde perfectamente a una de las necesidades existentes. Se enfoca en la segunda parte del mercado anteriormente citado, en la oferta de productos farmacéuticos, proporciona una revisión exhaustiva no sólo de las medidas de intervención en precios y márgenes que han tenido lugar en las últimas décadas, sino también en relación con las maneras de prescribir recetas o de realizar compras centralizadas, que han afectado tanto a la oferta como a la demanda de dichos productos, y presenta, además, evidencia empírica relacionada con los temas tratados.

El libro comienza con dos capítulos que brevemente aportan una introducción de las características esenciales del sistema sanitario español y de la regulación del mercado farmacéutico en España y muestran los grandes números del efecto de la crisis económica desde 2008 en términos de la caída de ventas y del gasto farmacéutico, así como un resumen en forma de excelente tabla, con los recortes sufridos por la sanidad pública española desde 2010. Los capítulos tercero y cuarto muestran los grandes rasgos de la financiación pública de medicamentos y la evolución en la utilización de copagos, así como las políticas de genéricos y de fomento de transparencia y competencia, como la sustitución por el farmacéutico, la prescripción por principio activo o los incentivos a los prescriptores.

El capítulo quinto es el corazón del libro y casi es un libro en sí mismo. Proporciona, para empezar, un exhaustivo repaso de la evaluación legislativa respecto a los precios industriales desde 1939, aunque se detiene en el detalle en lo ocurrido especialmente desde la Ley de Garantías de Uso Racional del Medicamento de 2006, la regulación que ha tenido lugar en tiempos de crisis entre 2010 y 2012, o la incorporación en la legislación española de las directivas europeas en 2013. También se explican en este capítulo la organización administrativa y las vicisitudes de los distintos regímenes de precios (de nueva comercialización, precios de referencia, agrupaciones homogéneas, precios seleccionados o precios notificados). Yo reconozco que ni siquiera conocía la existencia de varios de los sistemas de precios que se aplican. El capítulo continúa con una explicación del mecanismo de las compras centralizadas, el papel de los descuentos y otros márgenes, y el comercio paralelo.

Finalmente, el autor dedica los últimos capítulos al estado de la evaluación económica en España, y a proporcionar algunas recomendaciones en forma de propuestas de reforma, para concluir con un capítulo que cierra el círculo con un excelente resumen que ya por sí sólo aclara muchísimas dudas sobre la evolución de la regulación del sector farmacéutico en España.

Este libro supone, sin duda, la mejor revisión sobre regulación en materia de política farmacéutica en España que conozco y, además, ofrece una tipología completa de las diferentes modalidades de intervención de precios. El autor demuestra un enorme

además, ofrece una tipología completa de las diferentes modalidades de intervención de precios. El autor demuestra un enorme conocimiento del sector, de las medidas y de la legislación, al condensar en utilísimas tablas innumerables cambios legislativos en la materia sin perder al lector. Es realmente meritorio que lo haga con un lenguaje fácilmente comprensible para cualquier interesado en el sector farmacéutico. Aunque el libro ha sido escrito manifiestamente desde la vocación de un economista, se aprecia fácilmente la sinergia producida por el profundo conocimiento que tiene el autor de la legislación española. Además, es de agradecer que haya revisado la evolución de la legislación sin ofrecer juicios de valor, aunque, al mismo tiempo, llegado el momento en el libro, también ofrezca su visión personal con propuestas de reforma.

En definitiva, se trata de un libro de obligada lectura para cualquier interesado en la regulación del sector farmacéutico y de un manual de consulta básico para investigadores en economía de la salud que rocen en sus áreas de interés la implementación de políticas públicas orientadas a la oferta de productos farmacéuticos en España.

Manuel García Goñi
Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid
Email: mggoni@ucm.es
https://www.ucm.es/ecap2/mggoni

Noticias

Congresos y Jornadas

XI Reunión Científica de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Racionamiento y priorización: dos estrategias que reclama la ETS
13-14 Noviembre 2014, Barcelona
Más información: LINK

The 7th European Public Health Conference
19-22 Noviembre 2014, Edimburgo
Más información: LINK

Health Economists' Study Group (HESG) Congress
7-9 Enero 2015, Leeds
Más información: LINK

XXII Encuentro de Economía Pública
5-6 de Febrero 2015, Santander
Más información: LINK

14th World Congress on Public Health
11-15 Febrero 2015, Calcuta
Más información: LINK

12th Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry - Mental Health Policy and Economics Research: Improving Access, Quality and Outcomes
27-29 Marzo 2015, Venecia
Más información: LINK

York Expert Workshops in the Socio-Economic Evaluation of Medicines
16 Junio- 3 Julio 2015, York
Más información: LINK

Formación

Short Course in Bayesian methods in health economics
3-5 Noviembre 2014, Londres
Más información: LINK

Course in Economic Evaluation Alongside Clinical Trials
5-7 Noviembre 2014, Glasgow
Más información: LINK

Course in Analysing patient-level data using hospital episode statistics (HES)
10-12 Noviembre 2014, York
Más información: LINK

Diploma Posgrado de Gestión Clínica en Psiquiatría y Salud Mental
Comienzo 21 Noviembre 2014, Madrid
Más información: LINK

Curso de Metaanálisis en Red (Network Meta-Analysis)
26 y 27 Noviembre 2014, Barcelona
Más información: LINK

Course in Choice modelling and stated choice survey design
1-5 Diciembre 2014, Leeds
Más información: LINK

Course in Regression Methods for Health Economic Evaluation
18-20 Marzo 2015, York
Más información: LINK

Course in Decision Analytic Modelling for Economic Evaluation
23-27 Marzo 2015, York
Más información: LINK

AES-Secretaría
C/ Bonaire, 7 08301
Mataró (BARCELONA)

Tel. 93 755 23 82 | Fax. 93 755 23 83
secretaria@aes.es

Editores del boletín: Carlos Campillo (campillo@ocea.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Editora de redacción: Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Comité de redacción:
José Mª Abellán Perpiñán, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Ángel Negrín, Vicente Ortún, Luz María Peña.

Han colaborado en este número:
Carlos Alberto Arenas, Raimon Belenes Juárez, Alfonso Castro Beiras, José Expósito, Manuel García Goñi, Borja García Lorenzo, Melchor Hoyos, David Larios Risco, Astrid Lindström Karlsson, Félix Lobo, Juan Oliva, Olga Pané, Jaume Puig-Junoy, Waleska Sigüenza Tamayo, María Teulón González, Rosa Urbanos, Tomás Urda Valcárcel, Pere Vallribera Rodríguez, Jordi Varela, Sergio G Vicente.