

Lecciones de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud

Manuel García Goñi*
Departamento de Economía Aplicada II
Universidad Complutense de Madrid
mgoni@ccee.ucm.es

***Presidente del Comité Científico, XXXII Jornadas AES**

Cuando Juan Oliva me encargó, durante la Clausura de las XXXII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud celebradas el pasado mes de mayo en Bilbao que escribiera qué habíamos aprendido durante dichas Jornadas¹, me vinieron a la cabeza rápidamente tres tipos de respuesta. La primera, que la mayoría de las cosas que yo aprendí fueron a nivel de gestión y organizativo. Una especie de bajar a la superficie de la Tierra para una persona que se dedica al mundo universitario, tan alejado en numerosas ocasiones de la realidad. Organizar el programa científico de tamaño evento supone una responsabilidad importante, y la parte más importante es probablemente rodearse de las personas adecuadas para poder apoyarse en ellas. En ese sentido yo disfruté de una experiencia magnífica y tuve un equipo maravilloso de profesionales y amigos alrededor que es el responsable del éxito del congreso. Aprendí mucho, como bien saben todos mis predecesores en este tipo de tareas. Pero no creo que esto sea interesante para el lector.

La segunda manera de responder al encargo es todavía más breve. En el corto plazo no aprendí casi nada porque estuve todo el tiempo dando vueltas de un lado para otro.

Pero creo que Juan Oliva, presidente de AES, tenía en mente una respuesta un poco más larga cuando realizó el encargo. Así que lo voy a intentar, después de haber dejado pasar unas cuantas semanas, casi años, por lo lejano en el tiempo que aparece en mi mente esa semana bilbaína de mayo.

1. Un elevado porcentaje del gasto sanitario en España se dedica a enfermos crónicos que en la mayoría de las ocasiones sufren de distintas enfermedades de manera simultánea. Es lo que se suele llamar “casos complejos” o “multimorbilidad”. Los números hablan de más de un 70% del gasto concentrado en el 5% de la población con mayor necesidad de atención sanitaria. Es tremendamente importante que sepamos gestionar bien la atención para esos ciudadanos, pacientes o asegurados.
2. Una de las herramientas que proporciona la economía de la salud y que sirve para identificar los pacientes complejos es el Ajuste de Riesgos. Durante el Taller de la Fundación BBVA aprendimos a predecir la necesidad esperada de atención sanitaria de la población mediante información de la utilización pasada. Si los datos son de la calidad suficiente, es posible incluso acercarnos a una predicción

¹ Este documento responde al reto efectuado por el Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Rafael Bengoa, en la sesión inaugural de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud celebradas en Bilbao. Ha sido publicado en el número 75 del Boletín Economía y Salud. Por su interés se reproduce en el apartado de Documentos de AES (nota de la Junta Directiva)

del gasto sanitario a distintos niveles de agregación de la población. Esto es muy útil no sólo en el marco del aseguramiento privado, donde más se ha utilizado en contextos internacionales (Estados Unidos, Holanda, Alemania, etc.) sino también en el marco del aseguramiento público en un contexto como el de nuestro Sistema Nacional de Salud descentralizado en el que una Comunidad Autónoma es responsable de la atención sanitaria de su población. Esta herramienta permite identificar posibles bolsas de ineficiencia en la provisión que facilitan una mejor gestión y asignación de recursos caminando hacia la eficiencia. Y además, el ajuste de riesgos se puede utilizar para identificar los pacientes con mayor utilización esperada dado su perfil de co-morbilidades. Por tanto, es una de las herramientas con mayor proyección en el camino hacia una gestión más eficiente de los recursos en un sistema sanitario orientado hacia una mejor asignación de recursos orientada a los más necesitados.

3. En España estamos de enhorabuena. El debate de la cronicidad ya está presente desde hace años en las políticas sanitarias y existen distintas experiencias innovadoras que así lo acreditan. Los clínicos están siendo los verdaderos agentes del cambio respecto a las formas en que se atienden a las necesidades de los pacientes crónicos y se están utilizando modelos de predicción para la identificación de pacientes a nivel local. Dentro de los distintos modelos de gestión innovadora que se están experimentando destacan el ejercicio de predicción de gasto y utilización de recursos que se está llevando a cabo en el Serveis de Salut Integrats Baix Empordá basado en la morbilidad poblacional, el enfoque orientado hacia el envejecimiento de la población y la comorbilidad del Departamento de Salud de Valencia en La Fe; o el programa de pacientes frágiles del Hospital Donostia. Una vez los pacientes más complejos han sido identificados, el siguiente paso es una multi-intervención sobre la población diana es para una correcta adecuación de la mediación y tratamientos teniendo en cuenta el perfil complejo de co-morbilidades. Los resultados de las primeras experiencias son muy positivos en cuanto a una reducción en los reingresos, visitas reiteradas a urgencias, o días de ingreso, mejorando sin duda la calidad de vida de los enfermos. Los distintos tipos de experiencias nos dirigen hacia la gestión integrada de la atención sanitaria, pero considerando también la gestión por tipos de paciente dependiendo de su carga de morbilidad. Y la gestión integrada debe incorporar también los servicios sociales y el análisis de la dependencia
4. Una manera de gestionar los recursos de manera eficiente y mejorar la atención sanitaria es saber dirigir la innovación de manera correcta. Una elevada proporción de los proyectos de desarrollo de productos innovadores en farmacia terminan en fracaso. Es obvio que algo no se está realizando de la manera correcta. La industria farmacéutica se considera atacada por los importantes recortes a los que ha debido hacer frente desde el comienzo de la crisis económica debido a las rebajas en los precios. Si no se defiende una industria innovadora, corremos el riesgo de que se deje de innovar al menos en España con la pérdida para el tejido industrial que eso supondría. Por otra parte, el tipo de innovación que se está llevando a cabo y la manera en que dichas innovaciones entran en el mercado y en el canal de financiación pública también

debe ser revisado. Los acuerdos de riesgo compartido parecen ser una fórmula que tiene un largo recorrido de implementación. La regulación y las Administraciones Públicas deben asegurarse de que los incentivos en investigación estén centrados en aquellas áreas que sean de mayor necesidad desde el punto de vista de la salud pública.

5. Asimismo, los productos que se beneficien de la financiación pública deben cumplir no sólo los criterios de eficacia y seguridad sino que para entrar en el mercado, deberían mejorar de manera significativa lo ya existente en términos de coste-efectividad y de evaluación económica, teniendo en cuenta el impacto presupuestario, y con un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema, pudiendo plantearse, como en países como Reino Unido, límites para cifrar el valor del Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC). Industria y Administraciones deben acercar posturas especialmente en el contexto de crisis económica actual.
6. Otra de las maneras de innovar en la gestión de la atención sanitaria es la del uso del pago por resultados. Es obvio que un esquema de reembolso de este tipo supone un incremento en el riesgo asumido por el proveedor. El Sistema Nacional de Salud de Reino Unido ha implantado este tipo de política de reembolso y está recogiendo información sobre los resultados de salud de los pacientes antes y después de recibir algunas intervenciones específicas con el objetivo de ser capaces de comparar el rendimiento de distintos proveedores y ajustar en base a dichos rendimientos el reembolso. Aunque el objetivo es incentivar una mejor calidad en la provisión es necesario reconocer los desafíos a los que este tipo de esquemas se enfrenta, como la dificultad de asignar responsabilidades a los resultados por la heterogeneidad de los pacientes o de los tratamientos. Asimismo, es importante reconocer la importancia que descansa en el nivel de profesionalismo en este tipo de mecanismo de reembolso. Otras experiencias internacionales discutidas en las Jornadas fueron las de Estados Unidos o Argentina.
7. Desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) se apunta hacia una mejora del gobierno sanitario para superar la actual crisis a través del seguimiento de indicadores como participación y responsabilidad, efectividad gubernativa, calidad regulatoria, el estado de derecho o un más intenso control de la corrupción. El gobierno sanitario debe ser transparente y de calidad para que pueda contribuir al aumento de la productividad y a la consolidación de un estado del bienestar equitativo y solvente. Distintos agentes deben estar motivados de la manera adecuada, incluyendo no solo a los profesionales sino también las Administraciones que fijan la regulación de la salud pública, o las sociedades científicas, así como la industria farmacéutica. La ética y la profesionalidad deben conjugarse de manera adecuada teniendo en cuenta los diferentes intereses de los agentes tanto económicos como no económicos. Se puede producir un conflicto de intereses entre proveedores y pacientes, que termine en una diferente calidad de la atención para pacientes heterogéneos en lo que podría definirse como una variante de la selección de riesgos. Asimismo, se debe observar si existen

diferencias significativas entre los niveles de calidad de atención sanitaria entre proveedores de naturaleza pública a privada que resulten del modelo de administración sanitaria implementado en nuestro Sistema Nacional de Salud. Paul Gertler nos mostró en Bilbao un ejemplo de desigualdad en los programas a pacientes crónicos por niveles de renta en países como México.

8. La crisis económica ha hecho tambalearse algunos de los hechos que llevábamos décadas observando, como el incremento continuo del gasto sanitario. En este sentido debemos ser conscientes del coste del estado de bienestar y de su sostenibilidad en el presente para garantizar su futuro. La mejora en la gestión de servicios públicos es necesaria y se deben incorporar nuevas fórmulas que permitan una mejor adecuación entre oferta y demanda sin abusos por parte de ninguna de los dos lados de la misma moneda. La descentralización del Sistema Nacional de Salud así como otras competencias derivadas a las Comunidades Autónomas como la educación o la dependencia, pero no otras como las pensiones o el cobro de impuestos mediante las finanzas públicas, supone en ocasiones un riesgo financiero en la gestión pública regional. Una de las fórmulas que se propone y con la que ya se está comenzando a obtener distintos estudios de caso es el de cierto grado de colaboración entre instituciones públicas y privadas en la gestión sanitaria. Es importante que dicha colaboración se mantenga regulada de manera tal que la búsqueda de la eficiencia no dé lugar a una falta de equidad en términos de acceso o en la calidad de la prestación de servicios sanitarios.
9. El incremento en la cronicidad está relacionado al menos parcialmente con los estilos de vida y la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, el tabaco, el consumo de alcohol o la inactividad física. Una tentación en la que podemos caer es la de establecer prohibiciones en las políticas públicas. Medidas de este tipo sobre el consumo de tabaco, por ejemplo, tienen un impacto limitado en la prevalencia de fumar, al menos en el corto plazo, y no encuentra una relación significativa entre las prohibiciones y el nivel de consumo de cigarrillos, o entre la implementación de las leyes antitabaco y el número de fumadores. La obesidad es una pandemia con un coste social y sanitario elevado, que en su versión adulta se reduce en épocas de crisis económica. No obstante, la obesidad infantil, que ya es muy elevada en todo el mundo desarrollado y también en España, se incrementa en tiempos de crisis, no habiendo un efecto significativo entre la crisis y la prevalencia de obesidad en los adolescentes. En relación al consumo del alcohol, existe un efecto significativo entre estar desempleado y consumir más alcohol. Si bien esa relación positiva es clara cuando hablamos de recién desempleados (corto plazo), en el caso de los parados de larga duración (largo plazo) la relación parece ser negativa. Se deben implementar políticas públicas que afronten la salud pública desde el punto de vista de las adicciones y los estilos de vida. No obstante, es necesario que se lleve a cabo una evaluación de dichas políticas públicas (incluyendo un grupo control) y que estén bien dirigidas a los grupos de individuos en los que el impacto es más positivo para maximizar la eficiencia del gasto público.

10. En definitiva, nuestro Sistema Nacional de Salud está inmerso en tiempos convulsos. La crisis económica obliga a tomar medidas de eficiencia que resulten en una mejor adecuación entre la necesidad de atención (demanda) y la oferta de provisión sanitaria. En este sentido, nuestro SNS debe transformarse para atender y entender mejor a nuestros pacientes crónicos. La integración de los servicios sanitarios y sociales y la identificación de pacientes complejos (en muchas ocasiones sufriendo de manera simultánea distintas enfermedades crónicas) servirán sin duda para mejorar su calidad de vida y reducir su necesidad de asistencia, buscando lo mejor para el paciente como un todo en lugar de atenderle de manera independiente por distintos especialistas. La profesionalidad y capacidad de liderazgo de nuestro personal clínico, médicos y enfermeros, fuera de duda, será clave en esta transición. El decálogo de requisitos apuntados en la bibliografía y expuesto en Bilbao por Chris Ham para que dicha transición hacia un sistema orientado a los crónicos se efectúe de manera correcta está todavía lejano no sólo en España sino también en el resto de países y sistemas sanitarios ya que sólo en el nivel local nos acercamos a su cumplimiento. El SNS español, no obstante, está bien situado en esta transición.

La gestión eficiente de la cronicidad es el camino a seguir por parte de proveedores, pacientes, industria farmacéutica, investigadores, y políticos y gestores sanitarios para poder disfrutar de un SNS equitativo, eficiente y sostenible en el tiempo. La situación es compleja y queda un largo camino por recorrer, pero como Vicente Ortún apuntó en la conferencia de clausura, podemos ser optimistas porque tenemos la materia gris y el ánimo necesarios para salir adelante.

Agradecimientos

Quiero agradecer el trabajo y comentarios recibidos por parte de todo el Comité Científico de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud ya que este texto se basa en la información enviada por ellos. Han sido: José María Abellán Perpiñán, David Cantarero Prieto, Joan Costa i Font, José Luis Elexpuru Markaida, Ariadna García Prado, Antoni Gilabert Perramon y Cristina Hernández Quevedo.