



En Este Número

Portada

Opinión

- ❖ ¿No había otro modo de racionalizar? Comentarios sobre el cambio en el modelo de aseguramiento.
- ❖ La compleja gestión de la sanidad con ajustes fiscales

Temas

- ❖ Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales?

Crónicas Jornadas AES (CC y CO)

- ❖ Crónica del Comité Científico de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud
- ❖ Crónica del Comité Organizador de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud

Tesis

- ❖ Ensayos sobre la competencia en la regulada industria farmacéutica española

Con acuse de recibo

- ❖ I Taller Grupo EvaluAES
- ❖ Reflexiones y Algunas Lecciones en la Mesa-Debate "Evaluación Económica en el Contexto de la Crisis Económica".
- ❖ Presentación del informe SESPAS 2012

Noticias

- ❖ Congreso y jornadas
- ❖ Formación

Noticias Destacadas

¿No había otro modo de racionalizar? Comentarios sobre el cambio en el modelo de aseguramiento.

Rosa Urbanos, Universidad Complutense de Madrid.

La aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS)¹ en 1986 constituye uno de los hitos básicos en la configuración del Estado de Bienestar en España, puesto que con dicha norma se articuló, estructuró y asentó la prestación sanitaria y se posibilitó, además, el tránsito desde un modelo de Seguridad Social a otro de Sistema Nacional de Salud (SNS). Cualquier estudiante con conocimientos básicos de Economía de la Salud y/o de Economía Pública es capaz de describir las diferencias elementales entre ambos tipos de modelos: en el primero, el de Seguridad Social, la cobertura se restringe a los cotizantes y sus beneficiarios, y la financiación de la asistencia sanitaria procede mayoritariamente (en coherencia con la definición de los asegurados) de las cotizaciones sociales; en el segundo, el de Sistema Nacional de Salud, la financiación procede, en cambio, de los impuestos generales, también en coherencia con el hecho de que la cobertura se extiende, en general, a todos los residentes del país. Desde la promulgación de la LGS, el modelo español ha sido en realidad un híbrido de los dos modelos descritos, pues ha combinado rasgos de ambos: la financiación por impuestos generales (total desde 1999) y una cobertura que, aunque muy amplia, no se hacía extensiva al conjunto de la población del país y continuaba vinculada parcialmente a la afiliación a la Seguridad Social. [+]

La compleja gestión de la sanidad con ajustes fiscales

David Cantarero Prieto, Universidad de Cantabria

El optimismo respecto a que salvaremos este nuevo impacto negativo de la crisis en nuestras finanzas públicas y, por añadido, en nuestro sistema sanitario, no debe confundirse con el realismo acerca de lo que está pasando. Nuestra economía se encuentra como ese paciente ingresado en la planta de un hospital al que acaban de llamar al médico porque sus constantes vitales se han disparado. El "círculo peligroso" por el cual seguimos implica contracción de la actividad económica que desemboca en más recesión, desigualdad y paro. La reciente solicitud de ayuda financiera a España para su sector bancario plantea también la duda de si se exigirán nuevos ajustes macroeconómicos. Además, ante este panorama los ingresos tributarios lógicamente disminuyen y la recaudación cae al -7,2% en el IVA y en el IRPF al -0,1%, teniendo en cuenta los datos que tenemos hasta el mes de abril. [+]

Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales?

Gaspar Tamborero Cao. Médico de Familia.

El objetivo de este texto no es efectuar una revisión académica de la integración asistencial entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), sino que pretende ser una reflexión crítica, desde la perspectiva de un médico de familia, sobre los procesos reales de integración entre niveles que se producen en nuestro entorno.

La integración asistencial es una estrategia señalada de forma reiterada en las propuestas de reforma de muchos sistemas sanitarios¹. Sin embargo, la naturaleza polimorfa del concepto y la falta de especificidad dificulta su correcta comprensión y evaluación². En la práctica existen numerosas formas de integración (funcional, clínica, profesional, vertical...) que según la taxonomía más común se suelen clasificar en función del tipo, la amplitud y el grado de integración producido ^{2,3}. [\[+\]](#)

Opinión

¿No había otro modo de racionalizar? Comentarios sobre el cambio en el modelo de aseguramiento.



Rosa Urbanos, Universidad Complutense de Madrid.

Email: urbanos@ccee.ucm.es

La aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS)¹ en 1986 constituye uno de los hitos básicos en la configuración del Estado de Bienestar en España, puesto que con dicha norma se articuló, estructuró y asentó la prestación sanitaria y se posibilitó, además, el tránsito desde un modelo de Seguridad Social a otro de Sistema Nacional de Salud (SNS). Cualquier estudiante con conocimientos básicos de Economía de la Salud y/o de Economía Pública es capaz de describir las diferencias elementales entre ambos tipos de modelos: en el primero, el de Seguridad Social, la cobertura se restringe a los cotizantes y sus beneficiarios, y la financiación de la asistencia sanitaria procede mayoritariamente (en coherencia con la definición de los asegurados) de las cotizaciones sociales; en el segundo, el de Sistema Nacional de Salud, la financiación procede, en cambio, de los impuestos generales, también en coherencia con el hecho de que la cobertura se extiende, en general, a todos los residentes del país. Desde la promulgación de la LGS, el modelo español ha sido en realidad un híbrido de los dos modelos descritos, pues ha combinado rasgos de ambos: la financiación por impuestos generales (total desde 1999) y una cobertura que, aunque muy amplia, no se hacía extensiva al conjunto de la población del país y continuaba vinculada parcialmente a la afiliación a la Seguridad Social.

Para alegría de muchos, la Ley General de Salud Pública², aprobada en octubre de 2011, recogía en su disposición adicional sexta la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles “residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”, y fijaba el 1 de enero de 2012 como fecha para hacer efectiva dicha extensión a todas aquellas personas que hubieran agotado la prestación o el subsidio de desempleo. Paradójicamente, fue entre octubre y diciembre de 2011, después de que (¡por fin!) se hubiera resuelto jurídicamente la universalización del aseguramiento, cuando los medios de comunicación dieron noticia de que los desempleados que habían agotado todo tipo de prestación se veían sin posibilidad de acudir al médico público gratuitamente, al menos en tanto los correspondientes Servicios de Salud no tramitaran una nueva tarjeta sanitaria donde constara la nueva condición del asegurado (la de persona sin recursos económicos suficientes). A título de anécdota, comentaré aquí que algún ex - alto cargo de la época en la que trabajé en el Paseo del Prado (2003-2007) me confesó que la razón para no haber abordado esta reforma jurídica en aquel entonces tuvo que ver con la sospecha de que resolver un problema que, de facto, no era tal, haría aflorar en la prensa lo que, para los votantes, no suponía hasta entonces una cuestión de la que preocuparse.

Volviendo a la Ley General de Salud Pública, la citada disposición adicional regulaba que la extensión del aseguramiento para otros colectivos distintos de los desempleados sin prestación se haría “atendiendo a la evolución de las cuentas públicas”, en un plazo de seis meses y mediante desarrollo reglamentario. Con la nueva norma se daba, por tanto, un impulso definitivo a la transformación de ese modelo híbrido que he mencionado en un Sistema Nacional de Salud que mereciera de verdad esa denominación.

Sin embargo, seis meses después de la aprobación de la Ley General de Salud Pública, el Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones³, vuelve a regular la condición de asegurado restringiendo la cobertura y definiendo (¡otra vez!) un sistema propio de otro tiempo y de otra forma de financiación. En definitiva, la ilusión de la universalización, y la vinculación del derecho a la asistencia sanitaria a la condición de ciudadano (y no de afiliado) sólo nos duró un semestre. El hecho de que el Real Decreto Ley excluyera, entre otros colectivos, a los mayores de 25 años que no hubieran cotizado nunca y no padecieran discapacidad en grado igual o superior al 65%, o a todas aquellas personas que estuvieran separadas o divorciadas, no hubieran trabajado nunca y no percibieran pensión compensatoria, además de a todos los inmigrantes en situación irregular, generó un revuelo mediático y político notable. La repentina involución que experimentaba la sanidad pública provocó, por ejemplo, que todos los grupos políticos representados en el Parlamento, a excepción del Partido Popular, mostraran su rechazo frontal a la nueva norma, al menos en lo relativo a la regulación del aseguramiento. Asimismo, un buen número de asociaciones de profesionales y ONG alertaron de los peligros que supondría una restricción de la condición de asegurado como la planteada por el Gobierno.

Seguramente el rechazo prácticamente unánime al cambio de modelo ha sido la causa de que el proyecto de Real Decreto⁴ que regulará la condición de asegurado y de beneficiario establezca un límite de ingresos anuales de cien mil euros que, de no sobrepasarse, garantizará que quienes residen legalmente en el país estén cubiertos por el sistema sanitario. No obstante, ese paso hacia atrás es insuficiente. La reforma legislativa abre la puerta a la dualización del sistema en un doble sentido: por un lado, algunos grupos de población vulnerables, como los inmigrantes irregulares (aproximadamente 150.000 personas), quedarán fuera de la cobertura pública, ignorando las recomendaciones de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que aconseja que el acceso a la atención sanitaria necesaria para estas personas se facilite de acuerdo con los mismos criterios que a los nacionales. Además, la restricción de la cobertura por criterios de afiliación a la Seguridad Social o renta, aleja a los más pudientes del sistema público, lo que puede traducirse en una merma progresiva de la calidad de la asistencia.

La exclusión del aseguramiento de los colectivos que quedan fuera de la cobertura plantea otras cuestiones relevantes. En primer lugar, dado que sigue existiendo la obligación de tratar las urgencias, puede producirse una sustitución en la demanda de servicios desde los que pasan a tener copago 100% a los que continúan siendo gratuitos, ya sea de forma premeditada y consciente, ya sea derivada del agravamiento de la condición clínica de quienes no acudieron en su momento al primer nivel asistencial por no poder asumir su coste. Teniendo en cuenta que el cambio de modelo de aseguramiento se sustenta en la necesidad de garantizar la sostenibilidad del SNS, resulta extraño que no se haya pensado en este “efecto secundario” de la reforma.

Por otra parte, el Real Decreto Ley puede plantear un serio problema de salud pública, asunto éste que parece haber pasado desapercibido para el legislador. Sin embargo, pueden darse consecuencias graves en este ámbito si los

pasado cooperativo para el legislador. Sin embargo, pueden prevverse consecuencias graves en este ámbito si los afectados por enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis, VIH, etc.) se enfrentan a barreras de acceso a la asistencia sanitaria que les disuadan de obtener el diagnóstico y tratamiento adecuados. Asimismo, es previsible que algunas estrategias de vacunación pierdan eficacia. Ha de considerarse además que la nueva regulación incumple de forma rotunda algunos de los preceptos de la Ley General de Salud Pública. Así, se obvia que la norma pueda tener un impacto significativo en la salud, y se ignora por tanto la necesidad de someterla a evaluación de impacto, por no hablar de que se vulnera el artículo 3 de la Ley, que obliga a que las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promuevan la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La reforma no es sólo cuestionable por el fondo, sino también por la forma. No es razonable (y no sé si es jurídicamente admisible) que un cambio en el modelo de aseguramiento como el que contiene el Real Decreto Ley -sin contar con el resto de los cambios que introduce- se haya tramitado a través de un instrumento diseñado para situaciones de extraordinaria y urgente necesidad. No es razonable, ni democrático, que una norma de tal trascendencia no admitiera ningún tipo de enmienda ni modificación (como si las cinco páginas -¡cinco!- de corrección de errores que aparecieron en el BOE tres semanas después de la publicación del Real Decreto fueran suficientes), y que el tiempo de debate que ocupara en el Congreso de los Diputados apenas si alcanzara las dos horas. Pero, sobre todo, no es razonable, sino más bien esperpéntico, que la defensa del Real Decreto Ley por parte de la Ministra Ana Mato se haya basado en la reiteración de que se busca garantizar la universalidad de la sanidad (!!) y en la necesidad de clarificar los criterios de acceso a la tarjeta sanitaria para frenar abusos en las prestaciones.

Esta última afirmación tiene su origen en el informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas⁵ (fechado en marzo de 2012), sobre la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social. Dicho informe pone de manifiesto que los procedimientos de gestión del cobro a terceros países no funcionan, cuando la Ley establece que son éstos los que deben hacerse cargo del coste de la asistencia sanitaria que sus ciudadanos reciben en España. También señala el informe del Tribunal de Cuentas que en algunos casos los nacionales de otros Estados acceden de forma indebida a la asistencia gratuita. Como es lógico, las recomendaciones que efectúa el Tribunal están relacionadas con la naturaleza de los problemas detectados, y por ello van orientadas tanto a mejorar la gestión del cobro como a garantizar que se compruebe periódicamente que quienes acceden a la sanidad pública cumplen los requisitos legalmente exigidos para ello. Derivar de estas recomendaciones que es preciso cambiar el modelo de aseguramiento y restringir el acceso a colectivos enteros, como se deduce de la exposición de motivos del Real Decreto Ley, es manipular la labor del Tribunal de Cuentas. También lo es computar directamente como ahorro atribuible a la nueva regulación de la condición de asegurado la cifra que el Tribunal calcula como “pérdida” debida a las razones mencionadas (en torno a 900 millones de euros para el año 2009). No obstante, teniendo en cuenta los cálculos que se realizan en otros ámbitos, quizás no deberían sorprender las cifras de ahorro que se estiman para la sanidad. Si hemos de creer que en 2012 los impuestos directos van a crecer la friolera de 8.176 millones de euros, o que las cotizaciones sociales aumentarán en 829 millones, bien pudiera ser que con la aplicación del Real Decreto Ley nos vayamos a ahorrar los 7.000 millones de euros previstos, manteniendo por supuesto la equidad, la calidad y la seguridad del sistema.

Como ya se ha mencionado, el cambio introducido por el Real Decreto Ley implica riesgos importantes. Por supuesto, es legítimo desde un punto de vista político estar dispuesto a asumirlos. Pero lo que no se debe hacer es negar la evidencia, repitiendo a modo de “mantra” que la reforma refuerza la universalidad del modelo, que nadie quedará excluido de la cobertura, y que por lo tanto los riesgos citados son cosa de la imaginación de unos pocos. Por supuesto, es legítimo no querer apostar por un modelo universal. Sobre este tema los norteamericanos pueden darnos lecciones, aunque los aires que soplan en Estados Unidos son ahora contrarios a lo que sucede en España. En USA el Tribunal Supremo acaba de avalar la reforma sanitaria propuesta por Obama, contra la que aseguradoras privadas, industria y algunas asociaciones de profesionales han luchado contra viento y marea, y que supone un paso fundamental en la garantía del aseguramiento universal. En definitiva, es legítimo defender un modelo como el que se apunta para España, pero no es creíble justificarlo sobre la base de la racionalización del sistema. No hace muchos meses, AES publicó un documento de debate⁶ con algunas orientaciones de política que, a juicio de sus autores, permitirían preservar en el largo plazo un SNS “eficaz, equitativo, solvente y menos vulnerable ante futuras crisis”. Me remito a él para argumentar cómo es posible abordar la crisis actual sin necesidad de modificar la naturaleza de lo que, después de veinticinco años, habíamos conseguido que respondiera a las características de un auténtico Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía:

1. [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.](#)
2. Ley 33/2011, de 4 de octubre, *General de Salud Pública*.
3. *Real Decreto-ley 16/2012*, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
4. Proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/files/prensa/adjuntos/Proyecto_de_Real_Decreto_58394.pdf
5. Tribunal de Cuentas (2012). Informe de fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social.
6. AES (2012). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf

La compleja gestión de la sanidad con ajustes fiscales



David Cantarero Prieto, Universidad de Cantabria

Email: david.cantarero@unican.es

Web: <http://personales.unican.es/cantared/>

El optimismo respecto a que salvaremos este nuevo impacto negativo de la crisis en nuestras finanzas públicas y, por añadido, en nuestro sistema sanitario, no debe confundirse con el realismo acerca de lo que está pasando. Nuestra economía se encuentra como ese paciente ingresado en la planta de un hospital al que acaban de llamar al médico porque sus constantes vitales se han disparado. El "círculo peligroso" por el cual seguimos implica contracción de la actividad económica que desemboca en más recesión, desigualdad y paro. La reciente solicitud de ayuda financiera a España para su sector bancario plantea también la duda de si se exigirán nuevos ajustes macroeconómicos. Además, ante este panorama los ingresos tributarios lógicamente disminuyen y la recaudación cae al -7,2% en el IVA y en el IRPF al -0,1%, teniendo en cuenta los datos que tenemos hasta el mes de abril.

Eso hace que aunque sigamos recortando gastos (muchos de ellos de tipo social como el sanitario), el déficit público no disminuya como pensamos. Además, hemos de devolver los elevados intereses que genera nuestra deuda pública impulsada por todo lo asociado a la "ayuda financiera" a la banca. Igualmente, nuestra prima de riesgo sigue subiendo por el efecto "miedo" que tienen los inversores extranjeros a no recuperar la rentabilidad del dinero que nos prestaron.

Otra cuestión es el "mundo autonómico". Realmente, ahí nos jugamos gran parte de nuestra credibilidad para controlar y reducir el déficit público mientras que los "hispa bonos" sigue siendo una posibilidad factible con diversos pros y contras. En ese sentido, urgen también reformas de ese modelo de estructura regional. Quizás dentro de los ejemplos a seguir ("*benchmarking*") tenemos el caso alemán, donde se establecen muchos controles y se aseguran tanto equilibrios presupuestarios, como ciertos límites a la solidaridad entre regiones "ricas" y "pobres".

La cuestión es la siguiente: ¿a quién le gusta tener que recortar gastos en servicios públicos si no llegan los ingresos suficientes para poder pagarlos? Probablemente a casi nadie, pero la realidad nos "golpea" cada día y resulta bastante

compleja. A mi parecer, no es tanto un problema de aumentar tipos (¿subida de IVA+impuestos especiales y reducción de cotizaciones sociales como sugiere Europa?) o reducir bonificaciones, sino que en ciertos impuestos no se está recaudando más, sino bastante menos. ¿Entonces? Pues para que los ajustes (adecuando recortes en gastos con aumentos de ingresos) sean factibles habría que centrarse en dos líneas de acción no suficientemente explotadas. La primera, perseguir el fraude fiscal para conseguir efectivamente reducirlo, empleando para ello pocas medidas pero contundentes. Esta medida no tendría efectos inmediatos pero acabaría teniendo éxito. La segunda, aumentar el número de rentas (bases imponibles) sobre las que se aplican dichos tipos, es decir, fomentar que se genere de verdad actividad económica (aunque el crédito siga siendo “escaso y caro”). Especialmente es importante buscar dónde está la demanda y la liquidez, que es fuera de nuestras fronteras, para lo que necesitamos ser más competitivos.

Y es que si no logramos invertir la tendencia de ingresos públicos decrecientes por encontrarnos en recesión, seguirán bajando los gastos (casi hasta tener un mal color cianótico”, como argumentan González y Meneu, 2012) y “cada nuevo día nos parecerá igual que al anterior”. Porque no nos olvidemos que llega un momento en que cada país gasta en protección a la salud de sus ciudadanos hasta donde se puede permitir (López i Casanovas, 2010).

En este último planteamiento de cuánto es deseable gastarse, sabemos que la decisión es apriorística y está marcada por el actual escenario de consolidación fiscal y reducción del déficit público. Enmarcaríamos ahí la última reforma sanitaria y su pretendido ahorro de más de 7.000 millones de euros con medidas cuya efectividad aún está por constatar como es el caso de la creación de un único modelo central de compras. Precisamente, dichos cambios fueron aprobados en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Un somero análisis de ese Decreto revela que supone cambiar muchos de los esquemas de aseguramiento, universalidad y “gratuidad” que venían siendo aplicados desde hace décadas.

En ese sentido, esta nueva normativa cambia las condiciones de muchos hasta ahora pacientes o usuarios “universales” del sistema para pasar a ser “asegurados” en diferente grado (aquí recordemos que pasan a limitarse de manera especial el acceso a prestaciones sanitarias “no urgentes” para ese tipo de “nuevos” asegurados desde el 1 de Septiembre). Aun sin entrar a fondo en un análisis de dicha medida y de su impacto en términos de desigualdades sociales en salud, es cierto que puede plantear ciertos problemas cuando se establece sin contar aún con una adecuada coordinación entre la asistencia primaria y especializada y de éstas con los servicios sociales.

Y ¿qué decir de la propuesta “estrella” del Decreto que es el copago sanitario? Recordemos que su hipotética ampliación o la misma existencia del mismo viene siendo denostada por unos o criticada por otros. Algunos incluso pueden llegar a pensar que dicho copago no se va a quedar únicamente en lo que hasta ahora se ha aprobado (el farmacéutico “ampliado” al incluir a los pensionistas) sino que en un hipotético futuro podría abarcar aspectos asistenciales como sucede en muchos de los países de nuestro entorno.

En un marco de ajustes fiscales como el actual, un aumento del copago farmacéutico tiene ventajas indudables pero también costes de gestión y de equidad nada despreciables, especialmente si se plantea como una medida aislada de corresponsabilización del coste por parte del usuario. La cuestión es si muchas regiones asumieron esta medida incluida finalmente en el Decreto sin contar con proyecciones del consumo, elasticidades e ingresos por recaudación de dicho copago, que mostrasen realmente su bondad para reducir un consumo “innecesario”. Igualmente, el hecho de que como hacen ya abiertamente algunas regiones se abogue por copagos asistenciales por hospitalización (El País, 3 de Mayo) es también objeto de debate en el marco de planes de ajuste futuros. No obstante, se pone como ejemplo de dichos copagos muchas veces a Alemania, cuando este país tiene un sistema sanitario de Seguridad Social y por ello diferente al español.

La novedad es que, acuciado por la crisis, este tema de los copagos no sólo ha trascendido el plano técnico sino que ha vuelto a estar en boca de políticos de uno y otro color así como de la ciudadanía.

El hecho es que en nuestro sistema sanitario hasta el momento se requería la participación en el coste del servicio únicamente en el caso de los medicamentos siendo más un copago por edad (excluidos pensionistas y sus dependientes) que por renta. Sólo se aplicaba copago de ese tipo a los no pensionistas (trabajadores, parados, estudiantes e inactivos), que pagaban un 40% del coste de la receta, con la excepción de ciertos medicamentos para el tratamiento de procesos crónicos (copago del 10%). La consecuencia de todo eso fue cierto aumento del consumo farmacéutico si se compara el realizado por la población que estaba exenta de pago (los pensionistas) con el efectuado por el mismo segmento de edad en un sistema donde se consume relativamente menos como es el de MUFACE (donde sí existe una contribución del 30%, tanto para pensionistas como para funcionarios en activo) de ahí la idea de que fuese posible modificar el diseño de dicho copago farmacéutico (Rodríguez y Ruiz Junoy, 2012). Esto

idea de que fuese posible modificar el diseño de dicho copago farmacéutico (Rodríguez y Puig-Junoy, 2012). Esto provocaba ciertos problemas de inequidad ya que al no depender de la renta, un pensionista de sistema general con una pensión alta no copagaba en farmacia, mientras que una familia mileurista sí.

El caso es que ante la necesidad presupuestaria actual de cuadrar las cuentas se han modificado las condiciones de dicho copago farmacéutico, modulando la distinción entre activos y pensionistas. Asimismo, se ha modulado dicho copago implementando mecanismos de protección y topes máximos de gasto para pensionistas y para crónicos, pero no para rentas bajas.

Pero es que el copago farmacéutico ya existía. Lo relativamente nuevo es que se ajuste por renta (y se aplique por ejemplo a pensionistas al 10%) en vez de haber optado por el pago por receta como recientemente se pone en marcha en Comunidades Autónomas como Cataluña. Aunque esta medida claramente podemos enmarcarla dentro de las reformas estructurales en sanidad que ahora también pretenden abordarse en la Subcomisión del Congreso para el Pacto Sanitario recientemente aprobada, no hace solvente al modelo sanitario en cuanto a su financiación. La clave de ello será la recaudación que obtendrá finalmente vía inducida (si realmente se logra “reducirse” demanda innecesaria o no) y directa (al “copagar” existirá capacidad recaudatoria de dicha tasa y no simplemente persuasiva) aunque todo dependerá de la elasticidad-precio de la demanda (es decir, cómo cambiará lo realmente consumido al aumentar ahora dicho “copago” farmacéutico).

Igualmente, esa nueva progresividad en ese copago farmacéutico “penalizará” a las rentas altas. Pasarán a pagar entonces un 40% los de menos de 18.000 euros al año mientras que al resto se les subirá al 50% del PVP de los fármacos (casi como en Italia), mientras que los que tengan una renta consignada en la casilla de la base liquidable general y del ahorro de la declaración del IRPF igual o superior a 100.000 euros pagarán el 60% del PVP (antes era el 40%).

En definitiva, nuestro Sistema Nacional de Salud compuesto por todos los Servicios Autonómicos correspondientes y sus nuevas reformas se enfrentará a una “prueba de fuego real” en unos meses cuando se aplique en su totalidad esta nueva normativa. Y es que es ese sistema sanitario el que hasta ahora venía sirviendo de “amortiguador” para que muchas personas (incluso las desempleadas) no tuviesen que hacer frente a los importantes gastos que pueden ocasionar ciertos problemas de salud. Eso ahora en algunos casos cambiará y pasará a depender de la renta declarada en el IRPF.

Llegados a este punto, no se trata sólo de ser audaces en la toma de decisiones, pues el reto es evitar la dualización de la sociedad conjugando responsabilidad individual y responsabilidad social (Ortún, 2006). La cuestión es que si queremos que la calidad de nuestra asistencia sanitaria mejore han de evitarse recortes a porcentaje fijo y optar por ajustes basados en la cultura de la evaluación, la corresponsabilidad fiscal y la rendición de cuentas, y sobre todo, de una mayor transparencia en la información sanitaria que se proporciona a la ciudadanía.

Y es que muchas de las propuestas incluidas en el Real Decreto-Ley mencionado anteriormente pueden tener el objetivo loable de obtener más financiación para sanidad e intentar evitar “recortes” que pudiesen afectar a la calidad de la asistencia y que son la otra opción. En todo caso, es necesario recordar que además de estas propuestas no habría que centrarse sólo en la gestión de la demanda (en el consumidor final) sino también en otros elementos que influyen mucho en el gasto de los que poco se analiza (los otros agentes del sector como proveedores e intermediarios). Mientras tanto se ha avanzado en el copago farmacéutico (con exenciones), frente a un hipotético copago asistencial. Es a partir de ahora cuando tocará analizar el impacto en el gasto sanitario autonómico y en la eficiencia y equidad que eso va a suponer (incluido lo que pasará con las desigualdades sociales en salud, como se hizo ya hace años en Rodríguez y Urbanos, 2008). Todos los interesados en una mejor sanidad estaremos pendientes de ello.

Bibliografía:

González López-Valcárcel, B. y Meneu, R. (2012): “El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario”. *Gaceta Sanitaria* 26(2): 176-177.

López I Casasnovas, G. (2010): “Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones”. *Gestión Clínica y Sanitaria* 12(1): 27-29.

Ortún, V. (2006): “Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España”. *Revista Asturiana de Economía* 35: 23-43.

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y fomentar la calidad y equidad de los servicios sanitarios.

Rodríguez, M. y Urbanos, R. (directoras) (2008): *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Elsevier.

Rodríguez, M. y Puig-Junoy, J. (2012): "Por qué no hay que temer al copago". *Gaceta Sanitaria* 26(1): 78-79.

www.elpais.com (El País, 3 de Mayo de 2012: *La Generalitat propone cobrar cinco euros por cada día de hospitalización*)

Temas

Integración entre atención primaria y atención hospitalaria, ¿La panacea de la coordinación entre niveles asistenciales?

Gaspar Tamborero Cao. Médico de Familia, Centro de Salud del Coll d'en Rebassa, Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

Email: gtamborero@terra.es

El objetivo de este texto no es efectuar una revisión académica de la integración asistencial entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH), sino que pretende ser una reflexión crítica, desde la perspectiva de un médico de familia, sobre los procesos reales de integración entre niveles que se producen en nuestro entorno.

La integración asistencial es una estrategia señalada de forma reiterada en las propuestas de reforma de muchos sistemas sanitarios¹. Sin embargo, la naturaleza polimorfa del concepto y la falta de especificidad dificulta su correcta comprensión y evaluación². En la práctica existen numerosas formas de integración (funcional, clínica, profesional, vertical...) que según la taxonomía más común se suelen clasificar en función del tipo, la amplitud y el grado de integración producido^{2,3}. Una definición simple pero ilustrativa entiende que la gestión integrada entre niveles es "un proceso mediante el cual una sola organización asume y gestiona el conjunto de procesos directivos, administrativos y asistenciales que se generan en los niveles de AP y AH en el ámbito de un territorio"⁴. La decisión de implantar modelos de este tipo se sustenta en la mejora de la continuidad asistencial con la pretensión de minimizar costes e incrementar la eficiencia y la calidad de la atención³⁻⁵. La búsqueda de mejoras en la coordinación entre AP y AH se ha centrado en dos grandes grupos de propuestas: unas de tipo organizativo (comisiones de coordinación, pactos de oferta y demanda, sistemas de información compartidos, etc.) y, un segundo conjunto, en forma de medidas de coordinación o estandarización de los procesos asistenciales (vías clínicas, protocolos, especialista consultor, etc.)^{4,6}.

Una buena manera de pasar del plano teórico al de la realidad cotidiana es analizar un caso concreto, que puede facilitar la identificación de los errores más habituales producidos en los procesos de integración. Podemos referir, a modo de ejemplo, la situación actual de la AP en Mallorca que hasta el año 2011 era gestionada por la Gerencia de AP (GAP), única para toda la isla, con una larga tradición y en ciertos aspectos puntera a nivel estatal. A raíz del cambio de gobierno autonómico, la GAP fue abolida y reemplazada en pocos días por cuatro gerencias integradas de sector, mediante la publicación de los cambios en el boletín oficial de la comunidad autónoma. Una vez desaparecida la GAP, los gerentes de los hospitales pasaron a ser de forma automática gerentes del sector integrado.

El análisis de ese caso nos permite apreciar algunos problemas reales de los procesos de integración que comprenden,

entre otros, creer que con un cambio normativo ya disponemos de un nuevo modelo que se va a desarrollar de manera espontánea; no aprovechar lo bueno de los modelos anteriores; no contar con los profesionales en el proceso de cambio; no evaluar las experiencias previas de coordinación para identificar las medidas a mantener o a eliminar; entender que con el cambio de nombre los directivos ya están capacitados para liderar la estructura integrada; proceder a cambios normativos sin que antes se haya desarrollado la necesaria perspectiva estratégica y los instrumentos y mecanismos de coordinación.

Ante esta situación, algunas de las soluciones clásicas pasan por disponer, con anterioridad al cambio, de un análisis completo con el diagnóstico de la situación de partida, con la identificación de los principales componentes del problema y con una definición clara de los criterios estratégicos y de las modificaciones organizativas que posibilitarán la consecución de los objetivos^{5,7}. Por otra parte, conviene introducir modificaciones en las culturas organizativas y profesionales de cada nivel, para que los afectados perciban la necesidad de los cambios y participen en ellos^{2,5}. Para evitar la introducción de nuevas propuestas de manera acrítica es imprescindible incorporar mecanismos de monitorización y de evaluación para establecer comparaciones con modelos similares y con otros alternativos^{2,7,8}.

Si intentamos ir más allá de estos planteamientos clásicos, entramos en un terreno atractivo pero plagado de incertidumbre cuyo interés radica en que su comprensión puede contribuir a vislumbrar soluciones complementarias. Nos centraremos exclusivamente en tres aspectos: ¿por qué los médicos de AP cuando oyen hablar de integración se sobresaltan?, ¿es posible la atención integrada sin integrar la gestión?, ¿se pueden alcanzar los beneficios de la gestión integrada con otros modelos alternativos? Analicemos brevemente estas cuestiones.

Cuando a los médicos de familia se les habla de integración asistencial entre AP-AH, a una mayoría de forma instintiva se les disparan las alarmas porque con frecuencia las bondades teóricas de la integración, en la práctica real, quedan neutralizadas por una serie de elementos distorsionadores que suponen un importante lastre adicional para la AP y que conducen a un balance final más que dudoso^{7,9}. Buena parte de esta situación se produce porque la mayoría de las experiencias de este tipo han sido lideradas desde las estructuras hospitalarias, mediante la aplicación de modelos de integración vertical, en las que prevalecen los incentivos a la eficiencia del sistema hospitalario sobre la eficiencia global del sistema^{4,7,9}. Para adentrarnos en el trasfondo de esta temática podemos recurrir a dos expertos en procesos de integración. Glendenning señala que “el alto grado de confianza mutua” es una de las características básicas de las organizaciones integradas¹⁰, cualidad difícil de reconocer en la AP y AH de nuestro país. Por otra parte, dos de las “leyes de la integración” de Leutz a pesar de su simpleza son extraordinariamente pertinentes en este contexto: “no se puede integrar una clavija cuadrada con un agujero redondo” y “quien integra tiene el poder”¹¹.

Un segundo punto de interés queda sintetizado en la siguiente pregunta, ¿es posible la atención integrada sin integrar la gestión? ⁵. Uno de los requisitos clave para obtener el éxito en los procesos de integración es contar con los líderes idóneos en la cúpula de las nuevas organizaciones, que dispongan del suficiente conocimiento, sensibilidad y experiencia en ambos niveles asistenciales con el fin de asegurar visiones no sesgadas hacia el hospitalcentrismo^{4,5}. Que el responsable del hospital también lo sea de la AP, puede ser disfuncional ya que ambos cometidos suelen tener objetivos divergentes. Una solución razonable pasaría por otorgar el poder a un gerente territorial profesionalizado que no tenga responsabilidades de gestión directa sobre hospitales o sobre AP^{7,9}.

Dado que la AP y la AH utilizan en su cometido asistencial paradigmas y métodos de trabajo diferentes, mantener una estructura directiva propia de la AP puede contribuir a su fortalecimiento, característica relevante para una correcta atención integrada^{4,7}. En este sentido, cabe iniciar experiencias en las que la AP colidere, en base a su capacidad de resolución, la gestión coordinada de los recursos de un territorio favoreciendo procesos de sustitución -de ciertas actuaciones actualmente desarrolladas en el ámbito hospitalario-, con la finalidad última de situar la atención sanitaria en el nivel que más convenga al paciente y al problema atendido^{4,5}. Para ello, desde la AP no es suficiente recrearnos en el legado de Bárbara Starfield¹². Como comenta Gervas tenemos dos opciones “llorar porque se ha ido o sonreír porque ha vivido”; apostamos por esta segunda posibilidad que, además de la sonrisa, debe incorporar la decisión de continuar demostrando de forma empírica, aquí y ahora, la verdadera competitividad de la AP. Si no lo hacemos así, nadie lo hará por nosotros.

Por último, la gerencia integrada como solución monopolista a las carencias de coordinación puede ser algo aceptado intuitivamente, pero está pendiente de ser demostrada^{4,9}. En consecuencia, sin descartar que estos modelos puedan ser una buena alternativa de gestión en determinados contextos, debemos ser capaces de construir sistemas más

ser una buena alternativa de gestión en determinadas circunstancias y lugares, se impone una revisión crítica para asegurarnos que sus pretendidas mejoras no se pudieran alcanzar, de forma más efectiva, mediante otras alternativas sin gestión unificada⁵.

En conclusión, si aceptamos que no existe un único “mejor camino” en la senda de la integración, es fácil comprender que los cambios organizativos no tienen por qué ser idénticos en todos los entornos sanitarios y que la elección final de la estructura organizativa más apropiada, como afirma Hardy ¹³, vendrá determinada por la historia de la organización, el tamaño, la tecnología, los objetivos, el entorno y los profesionales. Antes de adoptar de manera poco crítica pretendidas innovaciones en integración asistencial, se impone una serena reflexión en base a la solidez de la argumentación aportada.

Bibliografía:

1. Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries. Maarssen: Elsevier; 2003.
2. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q*. 2009;13(Spec No):16-23.
3. Enthoven AC. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. *Am J Manag Care*. 2009;15:S284-S290.
4. SEDAP. Gestión Integrada. Documentos de Consenso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Madrid: Fundación SEDAP; 2006.
5. SEDAP. Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un Debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Madrid: SEDAP; 2010.
6. Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
7. Pou J, Gené J, de la Cámara C, Berraondo I, Puig J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. *Aten Primaria*. 2006;37:231-4.
8. [Strandberg-Larsen M](#). Measuring integrated care. *Dan Med Bull*. 2011;58(2):B4245.
9. [Gené J](#), [Contel JC](#), [Jodar G](#). Yes, we can. *Aten Primaria*. 2009;41:181-3.
10. Glendenning, C. Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy* 2003; 65:139-151.
11. Leutz WN: Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77:77-110.
12. [Starfield B](#). Is primary care essential? [Lancet](#). 1994;344:1129-33.
13. Handy C. *Understanding Organizations*, 4th ed. London: Penguin Books; 1993.

Crónica del Comité Científico de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud

El pasado mes de mayo celebramos las XXXII Jornadas de Economía de la Salud en Bilbao. Fue entre el miércoles día 16 y el viernes día 18. Las sedes, el Paraninfo de la Universidad del País Vasco (BizkaiaAretoa) y la Biblioteca de la Universidad de Deusto. Muy universitario, por tanto, fue el ambiente de nuestras Jornadas.



No obstante, el pre-congreso fue palaciego. Esto es así porque el día 15 de mayo, tal y como manda ya la tradición de AES, celebramos el Taller Fundación BBVA (a quienes agradecemos la financiación específica de este taller) en el Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna. Allí es donde nos encontramos los participantes en el congreso y pre-congreso por primera vez. Un gran marco para hablar sobre el tema elegido este año: “El ajuste de riesgos. Marco teórico y aplicaciones prácticas”. Los ponentes vinieron de muy lejos, de la *Australian National University* ubicada en Canberra. Son grandes especialistas en el tema.

Francesco Paolucci es un investigador de reconocido prestigio a nivel internacional en el campo del ajuste de riesgos y fue el encargado de mostrarnos la perspectiva teórica e histórica de la aplicación del ajuste de riesgos en distintos países durante la sesión matutina. Por su parte, Renata Hasanova se encargó en la sesión de tarde de mostrarnos cómo funcionan los entresijos del ajuste de riesgos y los modelos de predicción con el uso del paquete estadístico Stata, que fue facilitado a los asistentes al taller. Es interesante mencionar que ya en el pre-congreso se marcó un claro acento internacional entre los asistentes, ya que hubo inscritos de distintos países de Latinoamérica, como Chile o Colombia, además de una amplia presencia de los expatriados españoles en nuestras colonias europeas.

El miércoles comenzaron oficialmente las Jornadas AES. Después de un acto de inauguración con la participación de entre otros el Consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco, Rafael Bengoa. Apropiada inauguración para un congreso que llevó por lema “El reto de la gestión eficiente de la cronicidad”. No es casualidad. Al contrario, desde el Comité Científico creímos apropiado que el tema a tratar de manera central en las Jornadas a celebrar en Bilbao fuera el del reto que supone la cronicidad en nuestro sistema sanitario. Y es que Euskadi es una de las regiones en las que más se ha trabajado en los últimos años para mejorar la integración de la atención sanitaria enfocándola hacia los crónicos.

La sesión inaugural corrió a cargo de Paul Gertler, Catedrático de Economía de la Universidad de California en Berkeley. Su ponencia plenaria trató sobre los programas de atención a pacientes crónicos con diabetes bajo la línea de la pobreza. Más tarde, comenzaron las sesiones simultáneas. En la primera hubo dos mesas de ponencias con los temas de “Experiencias innovadoras en la gestión de pacientes crónicos en España” y “¿Cómo conciliar la innovación con la sostenibilidad en farmacia?”, además de las cuatro primeras sesiones de comunicaciones orales. Durante el almuerzo del miércoles celebramos las primeras dos sesiones de pósteres. Y por la tarde, la segunda tanda de sesiones paralelas, con las mesas de ponencias tituladas “¿Cuánto tenemos que pagar por las tecnologías sanitarias?” y “Las asociaciones público-privadas en salud: lecciones aprendidas y desafíos del futuro”, además de las siguientes cuatro sesiones de comunicaciones orales.

La segunda jornada del congreso, el jueves, comenzó con dos nuevas mesas de ponencias, tituladas “Pago por resultados en la provisión de servicios de salud: ¿Cuál es la evidencia?” y “El buen gobierno en la administración sanitaria: ¿qué implica y cómo contribuye a salir de la crisis?” y otras cuatro sesiones de comunicaciones. Más tarde, después del café y descanso, disfrutamos de la segunda ponencia plenaria a cargo del profesor Chris Ham, Director Ejecutivo del *King’s Fund* en el Reino Unido, que nos habló sobre cómo debe ser un sistema sanitario orientado al cuidado de los crónicos y qué lecciones podemos aprender de las experiencias internacionales que se han llevado a cabo hasta el momento.



Entre dicha ponencia plenaria y la hora de comer y presentar las sesiones de pósteres, también hubo hueco para la presentación de un libro. Y después de la comida y los pósteres, ya por la tarde, continuamos con las mesas de

presentación de un libro. Y después de la comida y los posters, ya por la tarde, continuamos con las mesas de ponencias que llevaron por temas “Adicciones, estilos de vida y métodos cuantitativos”, y “¿Es un éxito del estado de bienestar crear servicios financieramente sostenibles?”, además de otras sesiones de comunicaciones orales. La jornada terminó con una intensa Asamblea de la Asociación.

La última sesión de las jornadas fue el viernes por la mañana. A pesar de la resaca correspondiente a la cena y su correspondiente baile, no faltó calidad científica en la mesa de ponencias titulada “El dilema de la financiación del envejecimiento y los cuidados de larga duración” y un último conjunto de sesiones de comunicaciones orales en las que destacó la presentación del trabajo correspondiente a la Beca Bayer del año anterior, a cargo de Cristina Hernández Quevedo.

La guinda científica al congreso la puso Vicente Ortún, encargado de deleitarnos con la última ponencia plenaria titulada “El impacto de la crisis en los servicios sanitarios”. En dicha ponencia Vicente fue capaz de recoger muchos de los detalles que ocurrieron durante el programa científico del congreso, y terminó, pese a la difícil situación actual, con la inyección de optimismo que le caracteriza tanto a él como a nuestra Asociación.

Las Jornadas concluyeron con la entrega de premios y becas, que se repartieron como sigue:

Premio a la mejor Comunicación Oral

M. Hernández Álava y A. Wailoo (*Health Economics and Decision Science*, SchARR, *University of Sheffield*, Reino Unido) por su comunicación “Estimación de la calidad de vida en pacientes de artritis reumatoide: un modelo de mezcla finita con variable dependiente limitada”.

Premio a la mejor Comunicación Gráfica

S. Pérez-Camarero, A. Ivanova, L. García-Jurado, C. Polanco y Á. Hidalgo (Instituto Max Weber), por su comunicación “Implicaciones fiscales a largo plazo de la financiación de terapias de reproducción asistida: revisión de la literatura”.

Premio mejor artículo

Ex-Aequo para los trabajos:

Patricia Cubí-Mollá y Carmen Herrero, “Quality of life lost due to non-fatal road traffic injuries”. *Health Economics* 21(5): 528-550. May 2012.

Pilar García Gómez, “Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe”. *Journal of Health Economics* 30(1):200-213. January 2011.

Beca de Investigación en Economía de la Salud:

Ex-Aequo para los proyectos:

Gabriel Sanfelix Gimeno. “No-adherencia primaria tras síndrome coronario agudo. Un estudio poblacional vinculando los sistemas de información en la Comunidad Valenciana”.

Kristina Karlsdotter. “El Impacto del desempleo y de la precariedad laboral en la Salud. Un análisis regional”.

Hubo definitivamente miles de experiencias en estas Jornadas AES. Supongo que cada uno tuvo las suyas y definitivamente yo las viví de una manera bastante intensa. Quiero resaltar el gran esfuerzo que el Comité Científico al completo realizó por mostrar un programa con gran presencia internacional. Casi la mitad de las mesas de ponencias se celebraron en inglés, además del Taller BBVA y dos de las tres ponencias plenarias. La colonia de expatriados españoles es cada vez más nutrida y de mayor calidad. Desde este Comité Científico creemos que debíamos aprovechar esta circunstancia para que nuestras Jornadas estén presentes en el calendario de los Congresos de nuestro campo de investigación.

Participaron profesores de reconocido prestigio tanto de Estados Unidos como de Reino Unido, Australia, Italia, Portugal o distintos países de Latinoamérica... o España. Quiero agradecer con nombres y apellidos la participación de nuestros ponentes invitados (por orden de aparición en el programa) Paul Gertler (UC Berkeley), Chris Ham (King's

nuestros ponentes invitados (por orden de aparición en el programa) Paul Gertler (UC Berkeley), Chris Ham (King's Fund, Reino Unido), Vicente Ortún (Universitat Pompeu Fabra), Francesco Paolucci (Australian National University, ANU), Renata Hasanova (ANU), Joxe Artetxe (Hospital Donostia), Bernardo Valdivieso (Hospital La Fe), Josep Marialnoriza (Hospital de Palamós), Jaume Puig (Universitat Pompeu Fabra), Albert Jovell (Foro Español de Pacientes), Javier Urzay (Farmaindustria), Antoni Gilabert (Servei Català de la Salut), Chris McCabe (University of Leeds), Cam Donaldson (Glasgow Caledonian University), Fernando Ignacio Sánchez (Universidad de Murcia), Fidel Campoy (DKV Seguros), Félix Lobo (Universidad Carlos III de Madrid), Miquel Argenter (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya), Andrew Street (University of York), Pere Ibern (Barcelona Graduate School of Economics), Roger Feldman (University of Minnesota), Ricard Meneu (Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud), Juan Cabasés (Universidad Pública de Navarra) e Ildfonso Hernández (Universidad Miguel Hernández... aunque a última hora no pudiera asistir), Vicente Baos (Atención Primaria), Eugenio Zucchelli (University of York), Sergi Jiménez (Universitat Pompeu Fabra), Steve Morris (University College of London), Guillem López Casanovas (Universitat Pompeu Fabra), Simón Sosvilla (Universidad Complutense de Madrid), Pablo Hernández de Cos (Banco de España), Martin Karlsson (University of Duisburg-Essen), y José Luis Fernández (London School of Economics).

Pero no se trata sólo del mundo universitario. Estas Jornadas atrajeron a gestores sanitarios y clínicos de gran peso específico en las experiencias innovadoras de gestión sanitaria en España. Hubo presencia de responsables de política sanitaria y farmacéutica, y también la industria estuvo magníficamente representada. En definitiva, nuestro esfuerzo estuvo dedicado a garantizar un programa científico completo, y esperamos que esa haya sido la sensación de los asistentes.

Y desde luego, mi más sentido agradecimiento a todas las entidades que han financiado el congreso, y a todos ustedes que han participado, porque es sólo para ustedes y gracias a ustedes que las Jornadas se llevan a cabo con tanta ilusión y trabajo, y con tan buen ambiente. Por supuesto, necesito agradecer de manera especial a todo el personal de Acto Serveis y al Comité Organizador, presidido de manera magnífica por Roberto Nuño Solinís, y a quien después de esta experiencia, considero ya un buen amigo. Ellos, junto con la Junta Directiva de AES, presidida por Juan Oliva nos han permitido al Comité Científico hacer y deshacer a nuestro antojo, y nos han facilitado todo lo que podíamos necesitar en la organización del programa, además de moderar infinidad de mesas de comunicaciones y pósters.

Por último pero no por ello menos importante, quiero agradecer infinito a mis compañeros en el Comité Científico, en orden alfabético José María Abellán Perpiñán, David Cantarero Prieto, Joan Costa i Font, José Luis Elempuru Markaida, Ariadna García Prado, Antoni Gilabert Perramon y Cristina Hernández Quevedo. Es gracias a ellos y a su disposición, trabajo y esfuerzo, tanto en la organización del programa como en la moderación de distintas mesas, que nos pudimos volver a casa con la cabeza bien alta y con satisfacción por el resultado cosechado.

Gracias a todos y enhorabuena.

Crónica del Comité Organizador de las XXXII Jornadas de Economía de la Salud

Roberto Nuño Solinís, Presidente del Comité Organizador

Email: nuno@bioef.org



como, desempeñando el papel de Presidente del Comité Organizador, los casi 4 días de Jornadas transcurren muy deprisa, sin dejar tiempo a degustarlas en profundidad, pero ya el último día, con la magistral conferencia de Vicente Ortún como colofón, me quedó un sabor dulce como los caramelos -de llamada al optimismo- que repartió Juan Oliva.



Bueno, he empezado por el final. El comienzo fue, como en los cuentos, hace mucho, mucho, tiempo. Primer contacto con la Junta de AES, buenas prácticas congresuales, coordinación con la anterior Secretaría Técnica, confirmación de sedes... En este último punto, quisimos ir a lo seguro. Optamos por el Paraninfo de la Universidad del País Vasco (Bizkaia Aretoa) como sede principal y la sala Ellacuría de la Biblioteca de la Universidad de Deusto. Edificios de reciente construcción, con arquitectos de lustre (Siza y Moneo, respectivamente), ubicados en el “nuevo” Bilbao de Abandoibarra, en representación de los dos grandes Universidades de Euskadi y que nos servían para hacer un guiño a la colaboración público-privada.

Contar con los espacios y equipamientos adecuados ayudó muchísimo a que todo transcurriera sin incidentes, pese a la cantidad de mesas y sesiones simultáneas que hubo en algunos momentos.

Pero las principales fuentes de tranquilidad para un organizador son tener a mano a una Secretaría Técnica de confianza y resolutiva y, en este aspecto, Acto Serveis: Oriol y su equipo, cumplieron con creces; y también, cómo no, contar con el respaldo financiero e institucional necesario. Y, pese a la crisis, los patrocinadores se volcaron. Nuestro agradecimiento a todos ellos.

Por lo demás, la coordinación entre los Presidentes de los Comités y de AES fue fluida, incluso durante la estancia de Manuel en Australia. El encaje de bolillos de mesas, comunicaciones, moderadores, salas, etc. fue resolviéndose misteriosamente, no sé si por un método matemático sofisticado o la tradicional cuenta de la vieja, pero llegado el día de cerrar el programa todo estaba en su sitio.



Para el programa social apostamos por otros dos edificios emblemáticos. En primer lugar, el edificio de la Alhóndiga, antiguo almacén de vinos, reconvertido en centro cívico de la mano de Philippe Starck. Allí, José Luis Sabas, actual Teniente Alcalde del Ayuntamiento de Bilbao y que fue arquitecto en Osakidetza durante años, ejerció de anfitrión en la recepción de bienvenida y nos trasladó algunas de las claves del edificio. Y para la cena de AES, fuimos al Palacio de Congresos Euskalduna, donde disfrutamos de la cena y del baile. Este apartado festivo se prolongó hasta lo que da de sí la noche bilbaína que, en jueves y con

los tiempos que corren, no es demasiado. Aún así, hubo lugar para sorpresas y bailoteo en el garito de un artista de varietés bilbaíno.

Llega el turno de agradecimientos, Manuel García Goñi, en su crónica, lo ha hecho con nombres y apellidos. Me sumo a los mismos. Reitero, además, el agradecimiento a patrocinadores e instituciones. Y también a las personas de mi equipo más cercano que han soportado los encargos “para ayer” que siempre surgen en estos casos. Finalmente gracias a Manuel García Goñi y Juan Oliva por el apoyo siempre que ha hecho falta.

El “testigo” de las Jornadas se ha quedado muy cerquita de Bilbao. Ha pasado a Santander y a David Cantarero. Les deseamos mucha suerte y les ofrecemos todo el apoyo que puedan necesitar en el empeño organizativo. ¡Nos vemos en 2013 en la capital cántabra!



Iván Moreno Torres

Autoritat Catalana de la Competència

imorenot@gencat.cat

Tesis doctoral defendida el 14 de julio de 2011 en el Departamento de Política Económica y Estructura Económica Mundial de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Barcelona, dirigida por Jaume Puig Junoy y tutorizada por Joan Ramon Borrell Arqué, que obtuvo la calificación de Sobresaliente *Cum Laude*. Tribunal: Dra. Beatriz González López-Valcárcel, Dr. Jordi Jaumandreu y Dr. Vicente Ortún Rubio.

Debido al aumento del consumo de medicamentos, entre otros motivos por el envejecimiento de la población, y a la aparición de nuevos productos más caros, el gasto en medicamentos es uno de los componentes del gasto sanitario que más suele crecer en la mayoría de países. La introducción de los genéricos y los cambios en la regulación no han tenido un gran éxito en la contención del crecimiento de este gasto en España y sólo relativamente en la reducción de los precios. Por lo tanto, profundizar en el conocimiento del funcionamiento del mercado farmacéutico puede ser de utilidad y contribuir a mejorar la eficiencia del gasto sanitario público. De este modo, la tesis está motivada por la relevancia para el diseño de la política farmacéutica de un mayor conocimiento de los factores que afectan a la competencia en el mercado farmacéutico en un contexto de fuerte regulación.

En el primer capítulo se realiza un estudio empírico sobre la entrada de las empresas productoras de genéricos en el mercado farmacéutico español, entre 1997 y 2005, con el propósito de identificar los factores que favorecen su entrada en un mercado fuertemente regulado. Debido a que el Sistema Nacional de Salud (SNS) financia la mayor parte del consumo de medicamentos, resulta especialmente interesante analizar cómo afectan a la entrada de los genéricos las regulaciones de precios y las políticas de reembolso. Así, el estudio se centra no solamente en analizar hasta qué punto la entrada depende de las características del mercado sino también en cómo afecta el sistema de precios de referencia a la entrada de los genéricos. El caso de España, con la aplicación de reformas inesperadas en las regulaciones de precios, ofrece un marco pseudo experimental en el cual se puede identificar el efecto de la regulación.

Los resultados indican que los principales factores determinantes de la entrada de genéricos en los mercados menos regulados, como los ingresos, que afectan de forma positiva, y el número de empresas de genéricos ya establecidas en el mercado, que afecta negativamente, son también importantes en el mercado español. Sin embargo, de forma contraria a lo se había encontrado en otros países, se observa un impacto positivo del número de competidores de marca. Esto podría ser debido a que los propietarios de patentes no han sido capaces de crear una lealtad fuerte a la marca antes de la expiración de la patente. De hecho, en algunos mercados había muchas copias de marca antes de que se introdujesen los genéricos y era poco probable que los entrantes genéricos se enfrentasen a litigios por infringir una patente, lo que reduce el coste de entrada.

En relación con el impacto del sistema de precios de referencia, parece que los genéricos pierden su principal ventaja -un precio menor- respecto a los medicamentos de marca ya que en España se ha observado que cuando se implementa este sistema las empresas de productos de marca fijan sus precios muy cercanos al valor de referencia. De hecho, la implementación del segundo sistema de precios de referencia a partir de 2004 ha reducido la entrada de genéricos más que el sistema previo, que permitía que los productos de marca tuviesen un precio superior al de referencia.

En el segundo capítulo se analiza la competencia entre genéricos y medicamentos de marca, entre 1999 y 2005, a partir de la estimación de la demanda de los tres subgrupos terapéuticos más consumidos en España: las estatinas (para el tratamiento del colesterol), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (antidepresivos) y los inhibidores de la bomba de protones (antiulcerosos). El objetivo es analizar hasta qué punto dependen las cuotas de mercado del nivel de copago de los pacientes. El caso de España con tres niveles diferentes (pensionistas, activos y

mercado del nivel de copago de los pacientes. El caso de España con tres niveles diferentes (pensionistas, activos y enfermos crónicos) es particularmente interesante. Adicionalmente, entre otros factores que pueden influir en el éxito de los genéricos, tienen especial relevancia la aplicación y modificación del sistema de precios de referencia y el orden de entrada en el mercado.

Se encuentra evidencia de que el nivel de aseguramiento ha afectado negativamente a la penetración de los genéricos: las cuotas de mercado de los genéricos en el consumo de aquellos pacientes que no contribuyen a financiar el gasto del medicamento -pensionistas que no tienen copago- o que tienen un copago reducido -enfermos crónicos con un copago limitado- son menores que entre los pacientes con la tasa de copago general del 40%. Además, este efecto es mayor entre los pensionistas que no copagan que entre los enfermos crónicos (que tienen un copago del 10% o menor). Es decir, a mayor nivel de cobertura, menor es la proporción de genéricos prescritos. Este resultado parece confirmar que los médicos y los farmacéuticos son mejores agentes de los pacientes que del SNS (contribuyentes) y prescriben y dispensan más productos de marca, que generalmente son más caros, a los pacientes con menos copago. En definitiva, parece que el bajo nivel de copago efectivo y, por lo tanto, una reducida sensibilidad al precio, tiene un efecto negativo sobre la penetración de los medicamentos genéricos en España.

En cuanto al sistema de precios de referencia, los resultados indican que, más allá de los efectos a través de la variación de los precios, las reglas de sustitución y la promoción de las prescripciones de genéricos asociadas han sido exitosas en la penetración de los genéricos. Además, el efecto ha sido mayor con el segundo sistema de precios de referencia en el cual es obligatoria la sustitución de los productos cuyos precios son superiores al precio de referencia por la versión genérica más barata.

Finalmente, ser uno de los primeros genéricos en entrar en el mercado supone una ventaja competitiva y proporciona una cuota mayor. Este resultado se puede explicar por la lealtad derivada de la experiencia en el consumo. Por otro lado, parece que en España parte de la competencia entre genéricos ocurre en forma de descuentos a las oficinas de farmacia sobre los precios oficiales. En este sentido, los primeros genéricos generalmente cuentan con precios mayores que los últimos y tienen una ventaja doble: ser los primeros genéricos consumidos y unos precios más altos que permiten ofrecer descuentos mayores.

En el tercer capítulo, a partir de la estimación de la demanda de las estatinas entre 1997 y 2005, se simula una situación de competencia en precios *à la Bertrand* durante el año 2005. La comparación entre la situación real con precios fijados principalmente por la regulación y la hipotética, permite evaluar la modificación de la actual regulación de precios en términos de bienestar.

Con la simulación de competencia, en comparación con la situación de precios fuertemente regulados, hay una notable reducción de los precios. Esta disminución se puede entender como la capacidad de reducir los márgenes de beneficio desde los precios regulados. Además, los resultados indican que los precios regulados son cercanos a aquellos que se obtendrían en un escenario de colusión perfecta entre todos los productores del mercado. Es decir, la regulación de precios parece tener un efecto parecido a la cooperación entre empresas. Por ejemplo, cuando se aplica el sistema de precios de referencia, los precios tienden a agruparse cerca del valor de referencia, que no siempre se sitúa en valores próximos al nivel competitivo.

Una situación de competencia con un marco regulatorio con los incentivos apropiados resultaría, en general, en una reducción de los precios y podría permitir aflorar la competencia encubierta en forma de descuentos a las oficinas de farmacia. De esta forma, con una competencia en precios sin restricciones, los ahorros debidos a las reducciones de precios podrían llegar en su totalidad hasta el SNS (contribuyentes) y los pacientes. Por otro lado, la disminución de los precios sólo sería parcialmente compensada con un incremento del consumo y el efecto neto implicaría ahorros considerables así como una reducción de los beneficios empresariales. En términos de bienestar, la reducción de los precios incrementaría el excedente de los consumidores notablemente y el efecto neto sería claramente positivo bajo cualquiera de los escenarios considerados. Por lo tanto, la liberalización de los precios conjuntamente con una regulación procompetitiva aumentaría el bienestar.

En conclusión, parece que la regulación de los precios y la aplicación de medidas de contención de costes no han sido muy exitosas en la reducción de los precios y la maximización del bienestar. En comparación con los escenarios simulados, parece que la regulación debilita la competencia. No obstante, el ejercicio contrafactual también muestra importantes cambios en las cuotas de mercado de los diferentes principios activos, un retroceso de la cuota de mercado de los medicamentos genéricos y una disminución de los beneficios empresariales. De este modo, una reforma procompetitiva del mercado farmacéutico significaría un aumento del bienestar pero implicaría ganadores y

Con acuse de recibo

I Taller Grupo EvaluAES

Sandra García-Armesto y Pilar García-Gómez, Coordinadoras de EvaluAES

Email Sandra García: sgarciaarm.iacs@aragon.es

Email Pilar García Gomez: garciaomez@ese.eur.nl



El 20 de abril EvaluAES organizó su I Taller de Evaluación de Servicios Sanitarios y Políticas de Salud en la Biblioteca del *Centre Superior d'Investigació en Salut Pública* en Valencia. La selección de artículos se realizó a partir de un *call for papers*, y la magnífica respuesta nos permitió juntar una excelente selección de trabajos de evaluación realizados desde las diferentes disciplinas que se encuentran en AES, que cubrían distintos servicios y políticas de salud. Todos los trabajos presentados se encontraban en un estado preliminar, lo que permitió

que no sólo la audiencia se beneficiara de la exposición detallada de los trabajos, sino que los autores se volvieran a casa con un listado de sugerencias por parte tanto del comentarista como de los asistentes al encuentro. Dado el estado inicial de los trabajos, a continuación resumimos el objetivo de los mismos sin avanzar ninguno de los resultados preliminares. Aquellos lectores interesados pueden contactar directamente con los autores o esperar ansiosos a la publicación de los mismos.

Antonio García Ruiz fue el encargado de abrir la Jornada con el trabajo “Gasto en medicamentos y políticas”, realizado con Nuria García-Agua Soler, en el que valoraban la influencia (e interrelación) de las políticas farmacéuticas y la ideología sobre el gasto farmacéutico. El trabajo fue comentado por Joan-Ramon Borrell. A continuación se inició una animada discusión por parte de los asistentes, que llevó a los moderadores a la carrera durante el resto de la Jornada.

Judit Vall-Castelló mostró los resultados preliminares del trabajo “*Evaluating the Impact of a Reduction in the Generosity of Disability Benefits: The 2008 Spanish Reform*” realizado con Jose Silva. Judit nos mostró cómo afecta la reforma a la probabilidad de recibir la prestación de incapacidad en función del grupo etario del trabajador. Asimismo, ilustró cómo pueden combinarse las predicciones de un modelo teórico con la evaluación de impacto en la que se utilizan las diferencias en el cambio de incentivos en función de los años cotizados del trabajador. El comentarista del trabajo fue Federico Todeschini.

Por su parte, Julián Librero presentó una aplicación de técnicas bayesianas en su trabajo “Hospitalizaciones prevenibles con actuaciones ambulatorias. Análisis



trabajo "Hospitalizaciones prevenibles con actuaciones ambulatorias. Análisis espacial de sus patrones en la Comunidad Valenciana", realizado con Berta Ibáñez, Salvador Peiró y Enrique Bernal. Los autores de este trabajo buscaban conocer la distribución geográfica de los ingresos hospitalarios por diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, ángor, asma e hidratación con el objetivo de identificar si patrones como el acceso a los servicios de atención primaria o la oferta hospitalaria pueden ser factores comunes. El trabajo fue comentado por Miguel Ángel Negrín.



Tras una pausa para recuperar fuerzas con una paella, Sophie Gorgemans nos presentó su estudio "Eficiencia y dependencia funcional: evidencias en el sector hospitalario público" en el que comparaba los niveles de eficiencia productiva de las nuevas formas organizativas en el ámbito hospitalario con las ya existentes utilizando el análisis DEA (*Data Envelopment Analysis*). A causa de un incidente de última hora, no pudimos beneficiarnos del comentario de Beatriz González López-Valcárcel.

La sesión continuó con la evaluación del efecto del impuesto mínimo sobre el tabaco en los hábitos tabáquicos presentada por Ángel López Nicolás, con el trabajo titulado "*Has the minimum tax on cigarettes affected smoking outcomes in Spain?*" realizado con Lourdes Badillo Amador y M. Belén Cobacho Tonel. En el mismo los autores utilizaban las diferencias impositivas entre Canarias y la Península para identificar el efecto de interés. El trabajo fue comentado por Jaime Pinilla.

El Taller se cerró con la presentación de Micaela Colmendeiro Maaløe del trabajo "*Impact of two health policies on access to emergency contraception pills (ECPs): gratuity/free of charge and over the counter*" realizado con Beatriz González López-Valcárcel y Eusebi Castaño Riera, en el que estudiaban el efecto de las dos medidas mencionadas sobre las tasas de aborto, utilizando la variación existente entre Comunidades Autónomas a lo largo del tiempo. El trabajo lo comentó Ana Gil, quien además de ofrecer comentarios valiosos a los autores del mismo, remarcó la necesidad de foros como EvaluAES para poder evaluar con rigor (a partir del uso de las técnicas adecuadas) y conocimiento (con la participación de personas conocedoras de todos los detalles de las políticas) los servicios sanitarios y las políticas públicas.

Sin olvidar los pequeños fallos organizativos a pulir con el crecimiento del grupo, nos quedamos muy satisfechas de la calidad de los trabajos, el intercambio de conocimiento y la discusión por parte tanto de autores como comentaristas y el resto de la audiencia. Y por supuesto, muy agradecidas a Salvador Peiró y Julian Librero por ofrecerse voluntarios desde un primer momento a acoger el Primer Taller de EvaluAES, así como a los comentaristas por dejarse "atracar" y participar en nuestro encuentro.

Tal y como comentaba Sandra en el boletín 72, lo que el grupo sea y pueda conseguir lo haremos entre todos. Por esto, es importante que no sólo os animéis a participar en actividades futuras, sino que nos hagáis llegar cualquier tipo de sugerencia que consideréis puede impulsar el intercambio de experiencias evaluativas en servicios sanitarios y políticas de salud tanto por socios de AES como en otros ámbitos.

Reflexiones y Algunas Lecciones en la Mesa-Debate "Evaluación Económica en el Contexto de la Crisis Económica".

GRUPO AES EVALUACIÓN ECONÓMICA



Organizada por el Grupo de Interés en Evaluación Económica de AES.

Araeli Caro Martínez, Leticia García Mochón

La Mesa Debate, celebrada en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), el día 23 de Marzo, y organizada por el Grupo de Interés en Evaluación Económica de AES, fue presentada por Araceli Caro, co-coordinadora del Grupo, y contó con la intervención de Juan Cabasés Hita, Catedrático de Economía Aplicada en Universidad Pública de Navarra, Joan Rovira Forns, Profesor Emérito de la Universidad de Barcelona y Profesor Asociado de la EASP, Miguel Ángel Calleja Hernández, UGC Servicio de Farmacia del Hospital Virgen de las Nieves y Jaime Espín Balbino, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.

Según Jaime Espín, que nuestro país vaya a incorporar con cierto retraso la evaluación económica como criterio para la fijación del precio y reembolso de medicamentos, nos concede, al menos, la ventaja de poder aprender e incorporar lecciones procedentes de experiencias internacionales (satisfactorias o no). La primera sería, sin duda, la **transparencia**, y ejemplo de ello es el NICE: cómo es el procedimiento, quienes intervienen en el mismo y cual el resultado.

Otra lección tiene mucho que ver con **el efecto que las evaluaciones de estos organismos producen en la prescripción e indicación de los profesionales sanitarios**: cuando el NICE se pronuncia positivamente a favor de un medicamento (o tecnología), su prescripción aumenta notablemente debido a que se entiende que es eficiente para el sistema sanitario público (su prescripción antes de la decisión del NICE es posible, aunque es bastante cautelosa a la espera de la decisión de ésta). No obstante, la evaluación económica es, ante todo, una **herramienta**, no un criterio sine qua non por el que se decide o no su inclusión para la financiación pública. Las excepciones en medicamentos huérfanos o en otros casos particulares, ponen de relieve que el criterio coste-efectividad ha sido y es uno más a incorporar en el balance final, detrás de otros factores humanos y solidarios.

En definitiva, la evaluación económica debe ser capaz de ofrecer herramientas e instrumentos que permitan hacer un **uso más eficiente de los recursos públicos**, y reducir, en opinión de Joan Rovira, la brecha entre la capacidad técnica de los agentes que realizan evaluación económica y su utilización práctica. El Real Decreto Ley 9/2011, con el objeto de **reforzar la racionalidad de las decisiones**, propone que la Comisión Interministerial de precios de medicamentos tenga en consideración los informes de evaluación que elabore la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), así como los informes que pueda elaborar el Comité de Coste-Efectividad de los medicamentos y productos sanitarios. No obstante, son muchos los **escépticos sobre esta propuesta, su puesta en marcha y alcance**; de hecho, no es una iniciativa novedosa y carece de la concreción necesaria como para convencer de que resulte en un modelo transparente y con un impacto real. La terminología y expresiones utilizadas en su redacción, en opinión de Joan Rovira, adolecen de ambigüedad y son poco esperanzadores o endogámicos (“tomará en consideración”, “los informes que pueda elaborar”, “uno de los criterios tenidos en cuenta... será su relación coste-efectividad”, “presidido por el director general de farmacia”, “integrado por expertos designados por el Consejo Interterritorial”, etc.). La creación de un Comité de esta naturaleza debe incorporar elementos y participación técnica, al margen de que estuvieran representadas las CCAA, formalizando su carácter independiente y transparente.



Así, el Grupo de Interés en Evaluación Económica, persigue estandarizar la metodología empleada, al margen de las preferencias del analista. En esta línea viene trabajando Juan Cabasés que, junto con el grupo Euroqol, ha creado una nueva versión, el **EQ-5d-5l** (5 dimensiones y 5 niveles) que ha supuesto la medición de preferencias subjetivas de 3.125 estados de salud con técnicas de medida más sofisticadas. La colaboración de 8 países en el desarrollo de un conjunto de valores para esos nuevos estados de salud y 400 individuos en su pilotaje, ha producido ya un QALY (quality-adjusted life year) piloto y una estructura metodológica para España y Canadá que, en noviembre, espera tener el valor de los coeficientes. Su utilización en la Encuesta Nacional de Salud permitirá tener 22.000 respuestas para toda la población española, lo que implicará disponer de una **norma poblacional**.

La aplicabilidad de la evaluación económica en un servicio de farmacia hospitalaria es, para Miguel Ángel Calleja, potencialmente útil en la **función asesora** que presta a las comisiones de uso racional del medicamento (indicación, eficacia, seguridad y adecuación y coste)

eficacia, seguridad y adecuación y coste).

En el ámbito tecnológico, la preparación de la medicación, en su forma farmacéutica más adecuada, o la alternativa terapéutica equivalente, llevan consigo una estrategia de ahorro importante, sobre todo en patentes expiradas y con formas/dosis no comercializadas, siendo el servicio de farmacia un potente instrumento de negociación para la dirección gerencia y dirección económica.

El proceso continuo y multidisciplinar de selección medicamento en el que se evalúa su eficacia, seguridad y calidad, realizada por la Agencia Europea y Española del Medicamento, la Comisión de Armonización, a nivel autonómico y, finalmente, en el centro, tiene, en opinión de Miguel Ángel Calleja, **margen de mejora** en distintos ámbitos. Por un lado, no incorpora la evaluación económica del mismo y, por otro, los dispares resultados que obtiene ponen de manifiesto que la metodología empleada es también revisable. Así, y según informa Génesis, el 25,5% de los hospitales no vuelven a evaluar el medicamento ante una nueva indicación, el 41,5% sólo lo hace en algunos casos y, finalmente, en 1 de cada 5 la evaluación obtiene resultados contrarios a la mayoría.

Un hecho que, además, convive con una financiación “selectiva” del medicamento en España que alcanza el 97% de los medicamentos que lo solicitan, frente a otros países de nuestro entorno (Dinamarca e Italia, con porcentajes que no superan el 45%). Así, la evaluación de medicamentos con alto impacto clínico, social o económico, realizada por las comisiones de farmacia, podría avanzar, sin duda, en incorporar la evaluación del coste-beneficio o coste-utilidad del medicamento, así como en homogeneizar la metodología de la evaluación económica.

Presentación del informe *SESPAS 2012*



No resultó fácil llegar a consenso, siendo más de 70 autorías las presentes en este informe, pero lo conseguimos. Tampoco pretendimos ser exhaustivos, más bien imprescindibles, pero sobre todo hemos querido transmitir a lo largo del documento una visión general de la Atención Primaria enfocada a sus propias características -también a la Salud Pública-, intentando contar con todos sus profesionales, poniendo mayor énfasis en la figura del médico, por su importancia en el equipo de Atención Primaria y en la sociedad. Esta fotografía del primer nivel asistencial se acompaña de soluciones que pretenden conseguir un Sistema Nacional de Salud vertebrado por una atención primaria institucionalmente solvente y deseada por todos los estratos de la sociedad.

La combinación de primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, constituyen la marca de la eficiencia del primer nivel asistencial. Sin accesibilidad no hay nada que ofrecer. Si hay accesibilidad, que sea para ofrecer mucho y necesario. Si se hace accesible y se ofrece mucho y necesario, conviene el seguimiento a lo largo de los años. Por último, siendo accesible y ofreciendo mucho y necesario a lo largo de los años, es imprescindible coordinar los servicios dentro y más allá de la atención primaria. Esta combinación es la que finalmente consigue mejores resultados en salud con menores costes y una prestación de servicios más equitativa, sin olvidar que la universalidad de la atención, copagos nulos o bajos y equidad de acceso según necesidad también son circunstancias necesarias para poder ejecutar adecuadamente estos cuatro atributos.

Las reformas siguen basándose más en cambios estructurales con clara orientación al hospital que en cambios que maximicen calidad, con tecnología adecuada, en el lugar más idóneo, tan cerca del paciente como sea posible y al menor coste. El discurso político (manifestado en los presupuestos) sigue siendo más retórico que efectivo; la polarización de la sanidad (ricos-pobres) es ya un hecho real. La aversión a la incertidumbre que comienza desde las facultades condiciona la práctica futura, con acciones formativas en desigualdades sociales





en salud, salud comunitaria, promoción de salud y prevención cuaternaria¹.

Esperar y ver ha caído en el olvido y la consulta se inunda de tecnología y de innovación poco contrastada, de escaso valor, y lo que es más preocupante, de alto potencial iatrogénico. La crisis de identidad de la especialidad también contribuye a este deterioro. Se echa de menos una reforma pro-coordinación, que dé autonomía a los profesionales, y poder a los médicos para asignar presupuestos y responder de dicha capacidad de gasto. Hay un déficit claro en la atención a domicilio, y oportunidades para avanzar en la responsabilidad compartida del espacio sociosanitario con especial atención a la dependencia. Urge también lograr una mayor coordinación entre niveles y entre profesionales del centro de salud. Mayor presupuesto es posible si la atención primaria es capaz de sustituir a la atención especializada; para ello resulta imprescindible aquello de dejar de hacer para poder hacer. La financiación capitativa que favorecería la integración asistencial y evitaría duplicidades, requiere de sistemas de información que permitan, además de poder compararnos, ajustar según riesgo en la asignación de presupuestos huyendo así de históricos ineficientes. La alfabetización sanitaria del paciente y la participación en la toma de decisiones sobre su salud (paciente experto, aulas de pacientes, etc.) resultan claves a la hora de disminuir mortalidad y tomar decisiones de mayor calidad. La investigación en el primer nivel asistencial debe tener un peso equiparable a la clínica y la docencia. Alinear clínica y gestión se antoja primordial, siendo los incentivos una de las herramientas a explorar para lograr este fin. Estas y otras tantas cuestiones son las que aparecen en este monográfico dedicado íntegramente a la atención primaria y sus profesionales. Una atención primaria que indudablemente ha contribuido a los actuales resultados en salud del país, en parte gracias a las funciones de filtro y la existencia del cupo. Pero precisamos además una primaria que ayude a evitar el exceso de medicalización de la vida diaria, y que de la mano de la salud pública consiga una visión dinámica y casi completa de la salud de una población, de sus determinantes sociales, económicos y ambientales, y de las acciones a llevar a cabo para mejorarla y, a ser posible, contando con la participación de la propia comunidad, haciendo así gala del apellido “comunitaria”.

Es obligado señalar que los trabajos en torno a este informe han sido gratis et amore, en lo que respecta a autores, revisores y editores. A todos ellos, gracias, en especial a Juan Gérvas y a Ana Clavería, editores indispensables para esta obra.

No podemos terminar sin mencionar la muerte de una de las autoras, Barbara Starfield. Con su muerte hemos perdido a una pensadora e investigadora central para la atención primaria y la salud pública.

Ahora toca deleitarse con su lectura.

Francisco Hernansanz Iglesias, médico general, Centro de Atención Primaria Nord, Sabadell

Email: fhi2002@comz.org.

Esta es la décima entrega de los Informes SESPAS que se ha centrado en la situación actual de la Atención Primaria (AP) y las recomendaciones de los expertos para conseguir que sea más polivalente y resolutive. Para decidir el tema del informe SESPAS 2012 se realizó una convocatoria entre los socios de SESPAS para que presentaran propuestas y se constituyó una comisión evaluadora donde se resolvió la pertinencia del tema elegido así como la solvencia de sus editores.

El Informe -desde su presentación en Madrid el 20 de marzo de 2012- se ha presentado además en Canarias, Barcelona y Valencia. Ha tenido más de 200 impactos documentados en toda la prensa nacional general como la especializada, destacando la referencia del British Medical Journal de abril de 2012(BMJ 2012; 344)

Este informe contiene prólogos de la SEMFYC, (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de AP), SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia) y AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria), prueba de la colaboración de la Salud Pública con la AP a través las sociedades científicas y de los profesionales que representan.

SESPAS quiere agradecer el esfuerzo desinteresado de todos los autores y la dedicación de los editores: Francisco Hernansanz, Juan Gérvas y Ana Clavería, así como a Soledad Márquez, vocal de informes de la Junta Directiva de SESPAS y a Carlos Álvarez Dardet, editor de Gaceta Sanitaria para el Informe.

Rula Fiuza Pérez, presidenta de SESPAS

Email: mfiuper@gobiernodecanarias.org

ⁱ Conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica.

Noticias

Congreso y jornadas

European Health Economics (ECHE) Congress

18-21 Julio 2012, Zurich

Más información en: <http://eche2012.abstractsubmit.org/>

XVII Conferencia Anual de la Asociación Italiana de Economía de la Salud (AIES)

15-16 Noviembre 2012, Roma

Más información en: <http://www.aiesweb.it>

5th Annual European Public Health Conference

8-10 Noviembre 2012, Malta

Más información en: http://eupha.org/site/upcoming_conference.php

Formación

Master in Health Economics and Policy

Organizado por la *Barcelona Graduate School of Economics* en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra

Comienzo del programa: Septiembre 2012

Directores: Guillem López-Casanovas y Pau Olivella

Más información en: <http://www.barcelonage.eu/health-economics.html>

Máster universitario en Economía de la Salud y del Medicamento

Diploma de Posgrado en Economía de la Salud

Diploma de Posgrado en Farmacoeconomía

Este programa pertenece a la Barcelona Management School (BSM) de la Universidad Pompeu Fabra

Programa dirigido por Jaume Puig-Junoy y co-dirigido por Carles Murillo Fort

Calendario: Octubre 2012 - Julio 2014

Más información en: <http://www.idec.upf.edu/muesol>

Diploma Posgrado en Gestión Clínica

Organizado por Fundación Gaspar Casal y la *Barcelona School of Management* de la Universidad Pompeu Fabra

Programa dirigido por Juan del Llano Señarís y Vicente Ortún Rubio

Comienzo del programa: 24 de octubre de 2012

Más información: <http://www.fgcasal.org/dugesclin/index1.asp>

Máster en Economía de la Salud, Gestión Sanitaria y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga

Organizado por Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento. Universidad de Málaga.

Programa dirigido por Antonio J Garcia Ruiz y Jose Sanchez Maldonado

Comienzo del programa: Octubre 2012

Más información: <http://econsalud.uma.es/es>

Máster y Experto en Dirección y Gestión en Servicios Sanitarios y Sociales 2012-2013 Universidad de Cantabria

Organizado por Departamento de Economía. Grupo en I+D+I en Economía Pública y de la Salud. Universidad de Cantabria

Programa dirigido por David Cantarero Prieto

Calendario:

Máster: Octubre 2012 - Junio 2013

Experto: Marzo 2013- Junio 2013

Más información: <http://www.madgs.es>

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

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

Editores del boletín: Ignacio Abásolo Alessón (iabasolo@ull.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk)

Editora de redacción: Ana Tur Prats

Comité de redacción:

José M^a Abellán Perpiñán, Carlos Campillo, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Angel Negrín, Vicente Ortún.

En este número han intervenido: David Cantarero Prieto, Araceli Caro Martínez, Rula Fiuza Pérez, Sandra García Armesto, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Leticia García Mochón, Francisco Hernansanz Iglesias, Iván Moreno Torres, Roberto Nuño Solinís, Gaspar Tamborero Cao y Rosa Urbanos.