



## En Este Número

### Portada

### Opinión

- ⌘ Evaluación económica de medicamentos en España: mucho ruido y pocas nueces

### Temas

- ⌘ El imperativo de revisar las autorizaciones de comercialización. El caso de la AEMPS y los condroprotectores
- ⌘ Políticas de prevención e interrupción de embarazos no deseados

### Con acuse de recibo

- ⌘ Lecciones de las XXXII Jornadas AES

### Tesis

- ⌘ La importancia de la educación y la salud en el crecimiento económico: una perspectiva de género.
- ⌘ Hospitalizaciones evitables por zonas básicas de salud en el área hospitalaria de la Línea de la Concepción. Factores condiciones e impacto económico.

### Libros

- ⌘ Jaume Puig-Junoy "¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias". Ediciones Los libros de El Lince. Barcelona 2012.
- ⌘ La innovación en la atención sanitaria vista y documentada por la industria

### Noticias

- ⌘ Congresos y Jornadas
- ⌘ Formación
- ⌘ Premios y Condecoraciones

## Noticias Destacadas

### Evaluación económica de medicamentos en España: mucho ruido y pocas nueces

La evaluación económica de medicamentos (EEM) no ocupa el estatus que cabría esperar en el ordenamiento jurídico español ni, en consecuencia, en el terreno práctico, considerando que, desde principios de los años noventa, España recogió en su legislación la posibilidad de contemplar la evaluación económica (EE) a efectos de una financiación selectiva de medicamentos<sup>1</sup> y se situó entre los países pioneros en proponer (con apoyo público) la elaboración de guías de estandarización metodológica<sup>2</sup>, en paralelo a un aumento... [+]

### El imperativo de revisar las autorizaciones de comercialización. El caso de la AEMPS y los condroprotectores

En la actualidad, existe una gran preocupación por las cuestiones de género, como así lo manifiestan las distintas reglamentaciones aprobadas que incorporan esta perspectiva a las políticas públicas. Este tipo de medidas se justifican normalmente por el aumento del bienestar social, dejando de lado las cuestiones económicas. La economía de género se ha centrado en estudiar cuáles son las causas de las diferencias de género en los salarios, la segregación ocupacional por género, etc. pero en raras ocasiones se ha... [+]

### Políticas de prevención e interrupción de embarazos no deseados

En el año 2010 (último dato oficial publicado), 113.031 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo (IVE) en el conjunto del territorio español. Esto supone un 11,49 por mil de las mujeres en edad fértil, es decir, entre los 15 y los 44 años de edad. Esta cifra asciende a 20 por mil si se considera el subgrupo de mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 24 años. El número de IVE que anualmente se realizan en España aumentó un 115% en la década 1998-2008, aunque a partir del año 2009 se observa una ligera... [+]

## Opinión

# Evaluación económica de medicamentos en España: mucho ruido y pocas nueces





Laura Cabiedes Miragaya

Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Oviedo

[lcabie@uniovi.es](mailto:lcabie@uniovi.es)

La evaluación económica de medicamentos (EEM) no ocupa el estatus que cabría esperar en el ordenamiento jurídico español ni, en consecuencia, en el terreno práctico, considerando que, desde principios de los años noventa, España recogió en su legislación la posibilidad de contemplar la evaluación económica (EE) a efectos de una financiación selectiva de medicamentos<sup>1</sup> y se situó entre los países pioneros en proponer (con apoyo público) la elaboración de guías de estandarización metodológica<sup>2</sup>, en paralelo a un aumento notorio del número de estudios de EE realizados<sup>3</sup>. La trayectoria legislativa en la última década no refleja una verdadera voluntad política de apoyo a la EEM, a pesar de su mención más o menos expresa en el ordenamiento jurídico y de su continuo empleo en el discurso político, con el agravante de que prácticamente todos los medicamentos autorizados en España son objeto de financiación con fondos públicos.

Tres han sido las ocasiones perdidas desde los años noventa para la instrumentalización de la EEM en España.

El Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud (2004) preveía la creación de un Comité de Evaluación de la Utilidad Terapéutica de los nuevos medicamentos que nunca se llegó a crear y que ni tan siquiera la Ley 29/2006 del medicamento mencionó en su articulado. Por su parte, el Real Decreto-ley 9/2011 añadió a los criterios de financiación selectiva el impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el beneficio clínico incremental del medicamento (teniendo en cuenta su relación coste-efectividad), previendo la creación, también fallida, de un Comité de Coste-Efectividad de los Medicamentos y Productos Sanitarios (en adelante, CCE)<sup>4</sup>.

Por último, el Real Decreto-ley 16/2012 menciona un nuevo órgano, el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del SNS (en adelante, CAPF) que, a pesar de las diferencias, parece el “sucesor” del CCE<sup>5</sup>. Al igual que el Real Decreto-ley 9/2011, la nueva regulación adolece de excesiva laxitud en su redacción (con todo lo que ello traduce), definiendo así las funciones del CAPF: “... proporcionar asesoramiento, evaluación y consulta sobre la pertinencia, mejora y seguimiento de la evaluación económica necesaria para sustentar las decisiones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos”<sup>5</sup>. Más adelante, la norma se refiere a “los asuntos que se debatan” en las sesiones del Comité<sup>5</sup>. Este panorama tan poco prometedor invita a dirigir la atención a la también recientemente creada Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (en adelante, REAET), en la que algunos autores han encontrado una posible “sucesora” del CCE<sup>6</sup>.

Según el Real Decreto-ley 16/2012, la REAET ha de ocuparse de la evaluación a que serán sometidas las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, con carácter preceptivo y previo a su utilización<sup>5</sup>. A pesar de que los nuevos medicamentos tendrían cabida en este ámbito como nuevas tecnologías que son, parece que el legislador esté pensando en otro tipo de prestaciones, sobre todo por el lugar en que se legisla, dedicado a la modificación de la Ley de Cohesión de 2003, que ya preveía dicho proceso a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), en colaboración con otros órganos evaluadores autonómicos. Previamente a la creación de la AETS (en 1994) habían sido creadas sendas agencias autonómicas en País Vasco y en Cataluña. Actualmente siete agencias o unidades de evaluación autonómicas actúan paralelamente a la AETS; hoy Agencia Estatal de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS). No está de más destacar que este fenómeno de proliferación de agencias no se ha dado en ningún otro lugar del mundo. Todas ellas forman parte hoy de la REAET (AEETS, Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad de Madrid, Galicia y País Vasco).

En virtud del Real Decreto 1030/2006 (de momento en vigor, según la disposición transitoria segunda del Real Decreto-ley 16/2012), por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización (y que recoge de nuevo lo establecido en la Ley de Cohesión de 2003), “no se aplicará el régimen de actualización previsto en esta norma a la prestación farmacéutica, que se regirá por su propia normativa”<sup>7</sup>. Además, comprensiblemente, no se restringe a la EE en sentido estricto, sino que prevé el procedimiento más adecuado en cada caso (como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros)<sup>7</sup>.

En consecuencia, prosigue la dicotomía entre la evaluación de los medicamentos y del resto de tecnologías sanitarias (TS), ya puesta de manifiesto en la literatura<sup>8</sup>. Por otra parte, no cabe esperar que la normativa de desarrollo de la cartera común de servicios desdibuje tal división, si atendemos al reciente diseño de la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, una vez suprimida la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y creada la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, a finales de 2011<sup>9</sup>. En el desarrollo de la nueva estructura orgánica, ya en 2012, esta última se bifurca en, por una parte, la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios que, entre otras funciones, ha de ocuparse de resolver acerca de la financiación pública de medicamentos, así como de suministrar apoyo a la CIPM en lo relativo a fijación de precios y, por la otra, la Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión que, entre otras, ejercerá la función de elaborar y actualizar la cartera de servicios del SNS<sup>10</sup>.

En cualquier caso, la REAET secunda algo que ya venía ocurriendo más o menos espontáneamente (de hecho, los Planes de Calidad para el SNS de 2006 y 2007 refieren cómo en algunos casos las agencias y similares han funcionado como red<sup>11-12</sup>) y seguramente contribuirá a una mayor coordinación, funcionando como un paraguas que dará cobertura a los numerosos proyectos y convenios que, por otra parte, ya se venían suscribiendo.

Hasta ahora, en la práctica, entre las TS evaluadas en España por las agencias de evaluación, los medicamentos se encuentran en clara minoría (lo que no deja de ser paradójico, dado que el registro de medicamentos constituye una buena base de partida, proporcionando más información de la que generalmente se dispone para otras TS): basta echar un vistazo a los informes de evaluación de TS y a las actuaciones en curso, en la plataforma de conocimiento compartido AETS/ISCIII-AUnETS (<http://aunets.isciii.es/web/guest/home>), así como a las tecnologías emergentes identificadas (GEnTECS, en <http://gentecs.isciii.es/Comun/Inicio.aspx>).

### **Desiderátum**

Desde el ámbito académico se viene solicitando la creación de un NICE español, emulando el *National Institute for Health and Clinical Excellence*. A título ilustrativo, la Asociación de Economía de la Salud en un Documento de Debate acerca de la sanidad pública ante la crisis apunta que, para que fuese creíble el paso hacia una cobertura selectiva, se precisaría crear una agencia evaluadora de ámbito estatal, con autonomía y distanciada de los gobiernos central y autonómicos<sup>13</sup>. Quizás la cuestión no sea tanto la creación de una agencia (ya se sabe que “el papel lo aguanta todo”) como la voluntad política que precisa un proceso transparente de financiación selectiva y racional de medicamentos apoyado, entre otros, en criterios de efectividad relativa y de coste-efectividad.

Desde el ámbito político, en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso celebrada el 7 de marzo de 2012, en relación a la proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Popular acerca de la creación de la REAET, el Grupo Socialista presentó una enmienda (obviamente, no aceptada) proponiendo la transformación de la AEETS “... en un instituto nacional de excelencia clínica, similar al NICE británico...”<sup>14</sup>. Lástima que no hubiese abordado la cuestión unos meses antes... Situaciones como ésta, o el hecho de que, desde el propio Ministerio, en más de una ocasión, se haya trasladado la idea de que la REAET funcionará de forma similar al NICE<sup>15</sup>, ponen de manifiesto que un discurso salpicado de alusiones a la eficiencia, la evaluación económica y al instituto británico resulta políticamente rentable, mientras que su aplicación concreta (con todas las cortapisas que pueda imponer nuestra realidad) ha permanecido, de hecho, fuera de la agenda política porque implicaría una rendición de cuentas y exposición a la crítica que hasta ahora los políticos no parecen dispuestos a afrontar.

De momento, el diagnóstico de la situación apunta hacia un problema de carencias de carácter político-institucional más que técnico: la ausencia de una verdadera voluntad política ha conducido a que durante las dos últimas décadas no llegase a quedar formalmente definida una estrategia orientada a abordar la EE de fármacos de modo sistemático, explícito, vinculante y transparente. Cabe esperar que continúen las actuaciones voluntaristas, cuando no la proliferación de más agencias autonómicas de evaluación, al amparo del paraguas de la REAET. Mientras tanto, en ausencia de unas reglas del juego claras, la financiación y fijación de precios de los medicamentos continuarán siendo una “caja negra” y es que, en España, los destrozos tienden a evaluarse *a posteriori*.

### **Bibliografía**

1. Lev 25/1990, de 20 de diciembre. del Medicamento. BOE nº 306, 22 de diciembre de 1990:38228-46.

2. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. Gac Sanit. 2010;24:154-70.
3. Catalá-Lopez F, García-Altés A. Evaluación económica de intervenciones sanitarias en España durante el período 1983-2008. Rev Esp Salud Pública. 2010;84:353-69.
4. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. BOE nº 200, 20 de agosto de 2011; Sec. I:93143-68.
5. 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. BOE nº 98, 24 de abril de 2012; Sec. I:31278-312.
6. Abellán JM, del Llano J. Un NICE español, ¿misión imposible?. Economía y Salud (Boletín informativo de la Asociación de Economía de la Salud). 2012 (73). (Consultado el 26/4/2012.) Disponible en: <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=14&idN=124>
7. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222, 16 de septiembre de 2006:32650-79.
8. Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O. Evaluación económica y toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y la difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):137-42.
9. Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. BOE nº 315, 31 de diciembre de 2011; Sec. I:146666-79.
10. Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. BOE nº 20, 24 de enero de 2012; Sec. I:5711-39.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Secretaría General de Sanidad-Agencia de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo; marzo 2006.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Secretaría General de Sanidad-Agencia de Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo; abril 2007.
13. Asociación de Economía de la Salud (AES). La sanidad pública ante la crisis. Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable (Documento de Debate). 2012. (Consultado el 26/4/2012.) Disponible en: [http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO\\_DEBATE\\_SNS\\_AES.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf)
14. Congreso de los Diputados. Proposición no de ley sobre evaluación de técnicas y prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Presentada por el Grupo parlamentario Popular en el Congreso (Número de expediente 161/000284). En: Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisiones. Año 2012 X Legislatura Núm 47. Sanidad y Servicios Sociales. Sesión núm.3, celebrada el 7 de marzo de 2012:26-9.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprueba la Orden que crea la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Nota de prensa de 3 de octubre de 2012. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2573>

# El imperativo de revisar las autorizaciones de comercialización. El caso de la AEMPS y los condroprotectores



Cecilia Calvo Pita

Servicio Madrileño de Salud

[ceciliacalvopita@gmail.com](mailto:ceciliacalvopita@gmail.com)

En el último año se ha retomado el viejo debate acerca de la necesidad de reducir la factura farmacéutica del Sistema Nacional de Salud español debido a la situación de crisis económica que vivimos y que repercute en la financiación de todos los servicios públicos. Somos el segundo país del mundo en consumo de medicamentos por persona, lo que sugiere que podríamos estar haciendo un uso ineficiente de este recurso terapéutico.<sup>1</sup>

Además de otras posibles medidas relacionadas, por ejemplo, con la necesidad de que los profesionales sanitarios reciban información y formación farmacoterapéutica de calidad al margen de la que ofrece la industria farmacéutica<sup>1</sup>, una de las propuestas que más se repite es la de implantar un sistema de financiación selectiva de medicamentos que contemple como criterio de inclusión el valor terapéutico añadido, además de aspectos farmacoeconómicos tales como la fijación de precios en función de este valor o el empleo de umbrales de coste-efectividad incremental para informar decisiones de cobertura.<sup>2</sup>

Aunque el debate se centre ahora en no financiar con dinero público aquellos medicamentos que no ofrecen ningún beneficio o sólo un beneficio marginal a cambio de un mayor coste, ¿es posible que haya medicamentos que ni siquiera deberían estar autorizados debido a que su impacto sobre la salud de las personas sea escaso, nulo o incluso perjudicial? No estamos hablando “*de dinero*” -como les gusta señalar a los clínicos- sino de resultados en salud y de seguridad del paciente.

## La autorización de medicamentos: una decisión al margen de lo que cuestan

La autorización de la comercialización de los medicamentos es competencia de las agencias reguladoras (la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS- o la *European Medicines Agency* -EMA-, en nuestro caso), que la conceden garantizando que la calidad y el balance beneficio-riesgo poblacional del fármaco analizado son los adecuados en el momento de la autorización.

No obstante, en el período post-autorización pueden descubrirse nuevos datos relacionados bien con la eficacia o la efectividad del medicamento o bien con la seguridad que, en ocasiones, obligan a modificar las condiciones de empleo o incluso a su retirada del mercado. Lo último suele producirse por el descubrimiento de reacciones adversas graves o muy frecuentes que hacen que el balance beneficio-riesgo del medicamento se convierta en no favorable. Sólo en contadas ocasiones se ha suspendido la comercialización de un medicamento por la constatación de la ausencia de efectividad, como ocurrió en 2011 con el caso de la drotrecogina alfa, empleada en el tratamiento de pacientes con sepsis grave y fallo multiorgánico asociado a la terapia de referencia.<sup>3</sup>

De modo que el criterio que más valoran las agencias reguladoras a la hora de conceder la autorización de comercialización a un medicamento es la eficacia -casi todos los ensayos clínicos presentados en los expedientes de solicitud de autorización la tienen como variable principal del estudio-, pero el elemento determinante para la suspensión de comercialización suele ser la aparición de un problema de seguridad. Probablemente sea así porque los sistemas de

farmacovigilancia permiten ampliar la información sobre el perfil de seguridad de los medicamentos y detectar reacciones adversas que no se pusieron de manifiesto en la fase de investigación clínica, mientras que el conocimiento de la eficacia pocas veces se amplía con nuevos datos, dado que lo habitual es que a la empresa farmacéutica que solicitó la autorización no le interese realizar nuevos ensayos clínicos una vez comercializado el medicamento, salvo que sea en otras indicaciones terapéuticas para poder ampliar la cuota de mercado.

Sin embargo, en algunos (pocos) casos sí aparecen nuevas evidencias que cuestionan la eficacia o la efectividad del medicamento que ya ha sido autorizado. ¿Qué hacen las agencias reguladoras cuando ocurre eso?, ¿obligan a la suspensión de comercialización al igual que hizo la EMA al conocer que la drotrecogina alfa no reducía la mortalidad de los pacientes con sepsis? En concreto, ¿cómo actúa la AEMPS en estos casos?

### **Condroprotectores: una eficacia cuestionada**

Los condroprotectores, también llamados SYSADOA (*Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis*), son un grupo de medicamentos empleados para el tratamiento sintomático de la artrosis. En nuestro país, tres fármacos de este grupo están autorizados e incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (la glucosamina, el condroitín y la diacereína, todos de administración oral), además de alguna formulación para administración intraarticular. En muchos países de nuestro entorno no están comercializados como medicamentos, sino como suplementos nutricionales o nutracéticos. En otros, como Suecia o Dinamarca, se adoptó, en 2010 y 2011, respectivamente, la decisión de retirar la glucosamina de la financiación, fundamentándola en que no había demostrado efectividad como tratamiento sintomático de la artrosis.<sup>4, 5</sup>

En España, los tres fueron autorizados hace varios años mediante procedimiento nacional a través de la AEMPS<sup>6</sup> tras publicarse diversos ensayos clínicos de pequeño tamaño, de corta duración, en ocasiones con deficiencias metodológicas importantes, con resultados discrepantes entre algunos de los estudios y, en su mayoría, financiados por empresas con intereses en la producción o comercialización de este tipo de medicamentos, en los que se ponía de manifiesto una modesta eficacia sintomática.<sup>7</sup> Su utilidad en el tratamiento de la artrosis ha sido cuestionada posteriormente en numerosas ocasiones.

En el año 2006 se publicaron los resultados del ensayo clínico GAIT<sup>8</sup>, promovido por los *National Institutes of Health* norteamericanos, en el que se observó que después de 24 semanas de tratamiento, ni la glucosamina ni el condroitín sulfato, ni la combinación de ambos fueron más eficaces que el placebo en la reducción del dolor en pacientes con artrosis de rodilla. Y en 2010 se publicó un metanálisis<sup>9</sup> que volvió a poner de manifiesto que ni la glucosamina, ni el condroitín, ni la combinación eran superiores al placebo en el control analgésico en pacientes con artrosis de rodilla o cadera.

A pesar de estos hallazgos de los estudios, no hay constancia de que la AEMPS haya iniciado ningún procedimiento para reevaluar la autorización de comercialización de estos medicamentos. Si la eficacia sintomática de los condroprotectores fuese nula o clínicamente irrelevante, es posible que su balance beneficio-riesgo ya no fuese favorable y, por tanto, se estaría exponiendo a los pacientes a un riesgo potencial de reacciones adversas o interacciones<sup>10</sup> con otros medicamentos a cambio de nada.

El caso de los condroprotectores no es el único. En el mercado farmacéutico español hay varios grupos de medicamentos de cuya eficacia o efectividad poco se sabe. Se trata sobre todo de fármacos antiguos que no disponían de ensayos clínicos adecuados en el momento en el que se autorizaron y con los que no se ha seguido investigando, como los venotónicos para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, los vasoprotectores para el deterioro cognitivo asociado a la edad, los mucolíticos empleados en diversas enfermedades respiratorias o los extractos de plantas para el tratamiento de los síntomas asociados a la hiperplasia benigna de próstata. Esos medicamentos están ahí, muchos profesionales los cuestionan, pueden ser más perjudiciales que beneficiosos para el paciente (no sólo por las reacciones adversas que puedan provocar, sino también por los problemas asociados a la polimedicación), pero la autoridad sanitaria competente no se cuestiona la pertinencia de que continúen comercializándose.

Por ello, es imprescindible que la AEMPS ponga en marcha los mecanismos apropiados para reevaluar los datos de eficacia de medicamentos insuficientemente avalados por la evidencia científica -actividad que debería consolidar como función reguladora permanente- y ordene la suspensión de comercialización cuando el balance beneficio-riesgo no sea el apropiado, no por exceso de riesgo, sino por ausencia de eficacia. Esta actividad debería ir necesariamente acompañada de una apuesta decidida por la promoción de la investigación clínica independiente, encaminada a obtener información sobre la efectividad, en condiciones de práctica clínica habitual, de medicamentos que ya no son de interés para la investigación de la industria farmacéutica, bien porque se trata de moléculas antiguas que generan pocos beneficios o bien porque se emplean en áreas de la terapéutica poco rentables.

## La retirada de medicamentos: precisamente por lo que cuestan

Aunque al inicio de este artículo hemos dicho que no íbamos a hablar “de dinero”, no podemos finalizar sin hacer referencia al coste económico que supone el consumo de condroprotectores en nuestro país. En el año 2008, la prescripción de estos medicamentos supuso un gasto de algo más de 92 millones de euros en el SNS, cifra que probablemente se haya incrementado.<sup>11</sup> A esto habría que sumarle el gasto originado por los eventos adversos evitables asociados a cualquier tratamiento farmacológico que, aunque en el caso de los condroprotectores previsiblemente no sea muy elevado dado su buen perfil de seguridad, no puede obviarse.

Aún en el supuesto de que estos productos se excluyesen de la prestación farmacéutica del SNS, no sería aceptable que los pacientes pagasen por ellos como si fuesen medicamentos eficaces para el tratamiento de la artrosis. Las últimas evidencias sugieren que en realidad no son más que un placebo y, si esto fuese así, urge que la agencia reguladora competente les quite la etiqueta de medicamentos.

## Bibliografía

<sup>1</sup> Laporte JR, Bosch M. Crisis y política de medicamentos. *Atención Primaria* 2012;44:306-8.

<sup>2</sup> Amado Guirado E, Diego L, Ortún V. Mejorar la calidad asistencial no implica financiar públicamente cualquier medicamento. *Atención Primaria* 2012;44:187-9.

<sup>3</sup> Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Xigris® [drotrecogina alfa (activada)]: suspensión de comercialización. Nota informativa MUH 18/2011. Fecha de publicación: 25 de octubre de 2011. En: [http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2011/docs/NI-MUH\\_18-2011.pdf](http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2011/docs/NI-MUH_18-2011.pdf) (consultado el 30/09/2012).

<sup>4</sup> The Dental and Pharmaceutical Benefits Agency. Glucosamine excluded from the reimbursement system. En: <http://www.tlv.se/Upload/Genomgangen/100517-tlv-interim-decision-glucosamine.pdf> (consultado el 30/09/2012).

<sup>5</sup> Danish Health and Medicines Authority. The reimbursement for glucosamine is removed on 28 November 2011. October 2011. En: <http://laegemiddelstyrelsen.dk/en/topics/statistics,-prices-and-reimbursement/reimbursement/general-reimbursement/reassessment/news/the-reimbursement-for-glucosamine-is-rem--ember-2011> (consultado el 30/09/2012).

<sup>6</sup> Fichas técnicas de Condrosan® 400 mg cápsulas duras, Xicil® 1.500 mg polvo para solución oral y Galaxdar® 50 mg cápsulas. En: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm> (consultado el 30/09/2012).

<sup>7</sup> Calvo Pita C. Fármacos sintomáticos de acción lenta y administración oral para la artrosis: dudosa eficacia en el control sintomático y nula actividad condroprotectora. *El Comprimido* N° 18, mayo de 2010. En: [http://www.elcomprimido.com/articulos%20PDF/elcomprimido\\_n18\\_cast.pdf](http://www.elcomprimido.com/articulos%20PDF/elcomprimido_n18_cast.pdf) (consultado el 30/09/2012).

<sup>8</sup> Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, Klein MA, O'Dell JR, Hooper MM et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *New England Journal of Medicine* 2006; 354: 795-808.

<sup>9</sup> Wandel S, Jüni P, Tendal B, Nüesch E, Villiger PM, Welton NJ et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis *BMJ* 2010;341:c4675.

<sup>10</sup> Bundesinstitut für Risikobewertung. Food supplements that contain glucosamine can constitute a health risk for patients who take coumarin anticoagulants as blood coagulation inhibitor. BfR opinión No. 004/2010, 14 August 2009. En: [http://www.bfr.bund.de/cm/349/food\\_supplements\\_that\\_contain\\_glucosamine\\_can\\_constitute\\_a\\_health\\_risk.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/349/food_supplements_that_contain_glucosamine_can_constitute_a_health_risk.pdf) (consultado el 30/09/2012).

<sup>11</sup> Sanfélix Gimeno G. SYSADOA: tan eficaces como placebo (o cómo derrochar 100 millones de euros). *Gestión Clínica y Sanitaria* 2010;12:135.

# Políticas de prevención e interrupción de embarazos no deseados



Laura Vallejo Torres

UCL Clinical Trials Unit, University College London

[l.vallejo-torres@ucl.ac.uk](mailto:l.vallejo-torres@ucl.ac.uk)



Micaela Comendeiro Maaløe

Departamento de Economía Aplicada, Universitat de les Illes Balears

[micaelacomendeiro@gmail.com](mailto:micaelacomendeiro@gmail.com)

## Situación en España

En el año 2010 (último dato oficial publicado), 113.031 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo (IVE) en el conjunto del territorio español. Esto supone un 11,49 por mil de las mujeres en edad fértil, es decir, entre los 15 y los 44 años de edad. Esta cifra asciende a 20 por mil si se considera el subgrupo de mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 24 años.

El número de IVE que anualmente se realizan en España aumentó un 115% en la década 1998-2008, aunque a partir del año 2009 se observa una ligera estabilización. De hecho, en España, y en promedio, se interrumpen anualmente un 23% del total de embarazos, de ahí que los abortos sean considerados un problema de salud pública que no sólo afecta a las mujeres directamente involucradas, sino a la sociedad en su conjunto. Por otra parte, es importante señalar el disperso y heterogéneo comportamiento que se observa al analizar la situación por Comunidades Autónomas. Mientras que Galicia, Extremadura y Castilla-León presentan tasas de 6,46, 6,47 y 6,62 por mil respectivamente, las Islas Baleares, Murcia, Madrid y Cataluña se sitúan muy por encima de la media con tasas del 13,82, 14,72, 14,77 y 15,20 respectivamente.

En diciembre del 2009 se hicieron públicos los resultados de la primera, y todavía única, Encuesta Nacional de Salud Sexual. Fue llevada a cabo por el Observatorio de Salud de la Mujer, perteneciente a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas. Se realizó en el marco del todavía vigente *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, que contempla entre sus objetivos la realización periódica de una encuesta que genere conocimiento sobre la salud sexual de la población que ayude a identificar las necesidades de información, formación y atención sanitaria existentes. Esta primera encuesta, pionera entre los países de la Región Europea de la OMS (Organización Mundial de la Salud) por la inclusión de la perspectiva de género, proporcionó información a nivel nacional sobre el estado de la salud sexual de la población española. En ella se aportan datos relativos a la exposición al riesgo de embarazo no deseado, tales como:

- El 40% de la población encuestada, tanto hombres como mujeres, refirió no haber hecho uso de ningún método de anticoncepción en sus primeras relaciones sexuales y un 25% no lo consideró necesario. No obstante, se observan diferencias entre cohortes de edad, siendo esta cifra del 15% entre los jóvenes encuestados, de edades comprendidas entre los 16 y los 34 años.



- El 8,1% de la población refiere recurrir a la popularmente conocida como “marcha atrás” como método de prevención de embarazos no deseados.
- El 1,7% de los jóvenes de entre 16 y 34 años declaró haber recurrido a la anticoncepción de urgencia en su primera relación sexual.
- A la pregunta sobre la utilización de métodos anticonceptivos en relaciones sexuales mantenidas con la pareja habitual en los últimos 12 meses, sólo un 50,4% de los hombres y un 55,5% de las mujeres refiere usarlos siempre o casi siempre. Un 25,2% y un 23,5% de hombres y mujeres respectivamente, declara nunca haber hecho uso de método anticonceptivo alguno. Estos porcentajes disminuyen a medida que disminuye la franja de edad. No obstante, el 6,9% de las chicas jóvenes con pareja estable nunca ha utilizado métodos anticonceptivos.
- Únicamente el 1,1% de la población declaró haber recurrido a la anticoncepción de urgencia con su pareja estable en el último año. La utilización de este fármaco se concentra principalmente en la población joven, de 16 a 34 años, para la que el porcentaje de utilización declarada asciende al 1,9%.

Otras encuestas realizadas a este mismo efecto son:

- El Estudio Daphne que, en octubre de 2011, presenta la *VII edición de la Encuesta de Anticoncepción en España*, elaborada por Daphne y Bayer Healthcare, y que estima en cerca de dos millones las mujeres que al año se exponen en España al riesgo de un embarazo no deseado. Esto representaría el 20,3% de la población fértil femenina.
- La 3ª Encuesta Bayer Schering Pharma: *Sexualidad y anticoncepción en la juventud española*, realizada en el año 2009 a jóvenes de edades entre los 15 y los 24 años de edad en la que se concluye que el 36% de los encuestados reconoce haber estado expuesto al riesgo de un embarazo no deseado (un 15,3% del total de mujeres de este grupo de edad) a pesar de que se observó un incremento de la utilización de métodos anticonceptivos con respecto a encuestas anteriores, principalmente en los subgrupos de edad más jóvenes (de 15 a 19 años).

A la luz de este conjunto de resultados, queda claro que las nuevas generaciones parecen mejorar en la adopción de conductas de prevención saludables con respecto a sus antecesores. No obstante, en España se mantiene una utilización inconsistente del preservativo junto con falsas creencias o mitos que impiden el uso normalizado de éste y otros métodos como los anticonceptivos orales. A pesar de los últimos avances científicos, el desarrollo de nuevas tecnologías favorecedoras de la difusión de esta información y conocimiento y la mayor facilidad de acceso a los diversos métodos de anticoncepción, no se detecta un impacto proporcional en la disminución a la exposición al riesgo, tanto a embarazos no deseados como a enfermedades de transmisión sexual.

A diferencia de otros países europeos, la despenalización de la utilización de los métodos anticonceptivos no llega a España hasta 1978. En el caso de las IVE, no fue hasta 1985 cuando la Ley orgánica 9/1985 introduce un artículo 417bis al código penal mediante el cual se despenaliza el aborto en ciertos supuestos: evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación (siempre que el embarazo se interrumpiera dentro de las doce primeras semanas de gestación) o que se presuma que el feto nacería con graves malformaciones físicas o psíquicas (dentro de las veintidós primeras semanas de gestación).

Actualmente, la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, lo que implica la libre elección de las mujeres sobre su embarazo y que esta decisión, consciente y responsable, sea respetada dejando un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la IVE, sin interferencias de terceros. La IVE por causas médicas (riesgo para la vida o salud de la embarazada o de graves anomalías para el feto) podrá realizarse dentro de la vigesimosegunda semana de gestación y a partir de ésta, la ley configura dos supuestos excepcionales de IVE, detección de anomalías fetales incompatibles con la vida o la detección en el feto de una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y que así lo confirme un comité clínico. Los aspectos más discutidos de esta ley, denominada popularmente como “Ley del aborto”, han sido los referentes al cambio de una ley de supuestos a una ley de plazos en la IVE. Ley, que el Gobierno actual está revisando y sobre la que ya ha anticipado que en breve presentará modificaciones.

Junto con la modificación de la IVE, en los objetivos de la Ley 2/2010 se incluía la disminución del número de embarazos no deseados. Para ello se contemplan una serie de medidas, no sólo de facilitación en el acceso a métodos anticonceptivos

no deseados. Para ello se contemplan una serie de medidas, no solo de facilitación en el acceso a métodos anticonceptivos sino también de carácter educativo y formativo que hoy por hoy no se han materializado, como es el caso de la incorporación generalizada de la formación sobre salud sexual en el sistema educativo. De hecho, para garantizar el cumplimiento de los objetivos de esta ley, se estableció que el Gobierno, junto con las Comunidades Autónomas, sociedades científicas y profesionales, elaborasen y aprobasen la *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del SNS*. Dicha estrategia, finalmente aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en octubre del 2010, al igual que muchas otras Estrategias en materia de salud, cuyo impulso e implantación queda al arbitrio de cada Comunidad Autónoma, han quedado relegadas en el actual marco de la “crisis económica” a meros documentos expuestos en estanterías, sin planteamiento ni análisis previo de su potencial como vía para garantizar la aplicación coste-efectiva y homogénea de criterios, tanto clínicos como de provisión de servicios.

Con respecto a la cobertura y acceso, tanto a los métodos anticonceptivos como a las IVE como prestación dentro del SNS, con anterioridad a la Ley Orgánica 2/2010, dependía de lo que dispusiese la Cartera de Servicios complementaria de la Comunidad Autónoma en la que residiera la mujer, poniéndose de manifiesto una clara heterogeneidad y con ello inequidad. Así lo reflejó *El Libro Blanco de la Anticoncepción en España*, publicado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2005. Según este estudio, la financiación pública de las IVE realizadas en clínicas privadas/concertadas variaba entre el 0% y el 50%. La prescripción generalizada y la financiación de los métodos anticonceptivos también variaban enormemente entre las Comunidades Autónomas e igualmente al respecto de la facilitación a la anticoncepción de urgencia.

Debido a esta heterogeneidad, otro de los principales objetivos de Ley 2/2010 era garantizar la equidad en el acceso de estos servicios. Para ello la Ley garantiza la IVE como prestación incluida en la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y, además, reconoce la inclusión de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por evidencia científica, dentro de la cartera de prestaciones. Hoy por hoy invita a la reflexión el hecho de que, aun no estando de forma explícita incluidos en la Cartera de Servicios comunes del SNS, los procedimientos de contracepción permanente, como las ligaduras de trompas y las vasectomías, están siendo financiados por los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas, al igual que las IVE, mientras que los métodos anticonceptivos no permanentes mantienen su estatus de fármaco y/o producto sanitario excluido o, algunos desde julio 2011, sujeto a copago como es el caso de algunos anticonceptivos orales e intradérmicos de larga duración.

### **Evaluación de impacto**

Varios son los aspectos que se han visto afectados por los cambios recientes ocurridos en España en cuanto a la legislación y la cobertura de los métodos de prevención e interrupción de embarazos no deseados. Las consecuencias, éxitos y fracasos de estas políticas solo pueden discutirse y/o cuestionarse a partir de una evaluación del impacto que las mismas hayan podido ejercer sobre el número de embarazos no deseados y el número de IVE realizadas, así como en la equidad en el acceso y los costes, tanto incurridos como ahorrados, por los servicios públicos de salud.

Dicha evaluación del impacto de las medidas incorporadas requiere del uso de métodos apropiados ya que muchos pueden ser los factores que incidan en los indicadores de interés. Un ejemplo es la posible relación entre las medidas de facilitación al acceso de la anticoncepción de urgencia promovida por algunas Comunidades Autónomas (iniciativas que en su conjunto no son coincidentes en el tiempo pero que afectan al dato agregado nacional) junto con la liberalización en 2009 del fármaco en España y la reducción en ese año (del 3,7%) del número de IVE realizadas. Sin embargo, el cambio en los flujos migratorios al inicio de la crisis económica podría ser también en parte causante de esta reducción. El mayor descenso en el número de abortos (un 9,28%) se produjo en la población inmigrante, frente a un pequeño aumento en la población autóctona (2,72%). Se recomiendan, por tanto, evaluaciones apropiadas del impacto de las políticas introducidas.

El objetivo de equidad en el acceso a los métodos de anticoncepción e interrupción de embarazos no deseados puede no cumplirse simplemente con la introducción de estos servicios en la Cartera de Servicios común del SNS. El actual desconocimiento de gran parte de la población, incluyendo el propio personal asistencial que debiera ofrecer el servicio, de la introducción de algunas de estas medidas (como la financiación pública de la anticoncepción) hace evidente este hecho. Por tanto, se hace aún más necesario el análisis de la implementación de las medidas aprobadas, así como el estudio de las dificultades que aún limitan el acceso a estos servicios.

Los embarazos no deseados imponen un fuerte coste económico. El coste total en España se desconoce, entre otras cuestiones porque al no haber un registro sistemático a tal efecto, se desconoce cuántos de estos embarazos se abortan de forma espontánea, acaban en IVE, o continúan y llevan a término. Si consideramos las cifras en países con un sistema y cobertura parecida al español, encontramos que en Inglaterra, los costes directos incurridos por el *National Health Service* (NHS) asociado a embarazos no deseados ascendieron a 193 millones de libras (240 millones de euros) en 2010. Esta cifra es

resultado de la estimación de 225.600 embarazos no deseados, de los cuales 218.100 fueron financiados por el NHS. De éstos, 155.500 terminaron en abortos voluntarios, 53.900 en nacimientos, 7.500 en abortos espontáneos y 1.200 en embarazos ectópicos. Este tipo de evaluaciones fomentan el debate y facilitan la evaluación del impacto de las políticas destinadas a la reducción del número de embarazos no deseados.

El coste económico de la incorporación de los métodos anticonceptivos en la Cartera de Servicios del SNS podría estar frenando su implementación. Sin embargo, continuando con la comparación con Inglaterra (donde la toma de decisiones acerca de la introducción de servicios en la cartera de la seguridad social se basa explícitamente en criterios de coste-efectividad) los anticonceptivos se financian completamente (sin copago) por el NHS. Un estudio realizado por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) en 2005 concluía que los anticonceptivos de larga duración, como el implante intradérmico y el dispositivo intrauterino (DIU), eran más costo-efectivos que los anticonceptivos orales y el uso del preservativo, y recomendaban el aumento de su uso para reducir el número de embarazos no deseados. Estudios de estas características no se han realizado en España, país en el que han aumentado exponencialmente el número de IVE realizadas en la última década. Según los últimos datos de 2012 recogidos por la Sociedad Española de Contracepción, el preservativo es el método más usado por los españoles (56%), seguido de la píldora (22%), la vasectomía (12%) y el anillo vaginal (6%). El uso de los anticonceptivos de larga duración es muy limitado. Las evaluaciones sobre el impacto en los costes sanitarios y en beneficios en términos de embarazos no deseados deberían informar sobre la selección de prestaciones anticonceptivas a incluir en la Cartera de Servicios del SNS y los métodos que deban fomentarse.

La financiación de la IVE dentro del SNS se introdujo con el objetivo de alcanzar la igualdad en el acceso a una prestación que garantiza el cumplimiento del derecho a la maternidad libremente decidida. El impacto económico de la cobertura de las IVE así como de las modificaciones en la legislación en su práctica debe considerarse con el objetivo de garantizar su sostenibilidad. La evaluación de estos cambios introducidos por las nuevas políticas abriría la vía de debate informado acerca de las consecuencias económicas de una posible vuelta a la ley de supuestos. Por ejemplo, la aprobación del aborto a petición única de la mujer dentro de las primeras 14 semanas hace innecesario el dictamen médico requerido bajo la anterior legislación, ahorrando la visita al médico especialista, especialmente de psiquiatría que se requerían como trámite para la práctica de la IVE (con anterioridad a la Ley 2/2010, cerca del 97% de los casos alegaban razones de salud mental materna para la interrupción). Asimismo, la nueva ley enfocada en los plazos podría aumentar el número de intervenciones realizadas en las primeras semanas de gestación, donde el procedimiento a utilizar (IVE farmacológica) no sólo resulta menos agresivo para la mujer sino además significativamente menos costoso. Se recomienda, por tanto, la consideración del impacto en la utilización de recursos sanitarios necesarios y su optimización para garantizar la sostenibilidad de la prestación de la IVE.

En definitiva, el impacto de los cambios introducidos se desconoce y su evaluación debería ser la base del diseño de futuras políticas y de las decisiones acerca de su continuación o modificación. Los análisis deberían centrarse en el impacto de estas políticas en los objetivos marcados, como son la reducción del número de embarazos no deseados, reducción del número de IVE y la igualdad en el acceso a los métodos anticonceptivos y a la propia IVE. El contexto económico actual hace además inevitable la consideración del impacto económico de los embarazos no deseados en España, la identificación de los métodos anticonceptivos más costo-efectivos y las prácticas de la IVE que optimicen el uso de recursos sanitarios.

Con acuse de recibo

## Lecciones de las XXXII Jornadas AES

Manuel García Goñi\*

Departamento de Economía Aplicada II

Universidad Complutense de Madrid

[mgoni@ccee.ucm.es](mailto:mgoni@ccee.ucm.es)

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 Jornadas, 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, 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 “multi-morbilidad”. 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 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 aquellos pacientes con mayor utilización esperada dado su perfil de co-morbilidades. Por tanto, el ajuste de riesgos es una de las herramientas con mayor potencial para una gestión más eficiente en la asignación de recursos en nuestro sistema sanitario.
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 los *Serveis de Salut Integrats Baix Empordà* 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 que los pacientes más complejos han sido identificados, el siguiente paso es una multi-intervención sobre la población diana 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 forma de gestionar los recursos eficientemente 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 haciendo de la forma más adecuada. 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 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 el reembolso en base a dichos rendimientos. 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 que el éxito 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, 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 forma 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 en los niveles de calidad de atención sanitaria entre proveedores de naturaleza pública o 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 patrones 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 ninguno 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 se encuentran una relación significativa entre las prohibiciones y el nivel de consumo de cigarrillos o entre la

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.

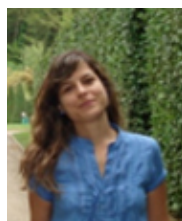
10. En definitiva, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) está inmerso en tiempos convulsos. La crisis económica obliga a tomar medidas de eficiencia que resulten en una mejor adecuación entre la necesidad de atención (demanda) y la oferta de provisión sanitaria. En este sentido, nuestro SNS debe transformarse 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 toda 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.

## La importancia de la educación y la salud en el crecimiento económico: una perspectiva de género.





Patricia Gómez Costilla  
Universidad de Valladolid

*Tesis doctoral defendida el 18 de mayo de 2012 en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico e Historia e Instituciones Económicas de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Valladolid, dirigida por D. Julio López Díaz, que obtuvo la calificación de Apto Cum Laude. Tribunal: Dr. Zenón Jiménez-Ridruejo Ayuso, Dr. Pedro José Gutiérrez Diez, Dr. Marcos Sanso Frago, Dr. Oscar Bajo Rubio y Dr. Baltasar Manzano González.*

E-mail: [patrygc@fae.uva.es](mailto:patrygc@fae.uva.es)

En la actualidad, existe una gran preocupación por las cuestiones de género, como así lo manifiestan las distintas reglamentaciones aprobadas que incorporan esta perspectiva a las políticas públicas. Este tipo de medidas se justifican normalmente por el aumento del bienestar social, dejando de lado las cuestiones económicas. La economía de género se ha centrado en estudiar cuáles son las causas de las diferencias de género en los salarios, la segregación ocupacional por género, etc. pero en raras ocasiones se ha preocupado de analizar las repercusiones económicas de algunas soluciones consideradas, como por ejemplo la discriminación positiva.

Con este fin, se genera esta tesis doctoral compuesta fundamentalmente por tres modelos que estudian de forma teórica los vínculos entre la educación, la salud y el crecimiento económico, considerando distintos escenarios de desigualdades de género, y que permiten analizar los efectos que pueden generar las distintas políticas públicas. Además de la parte teórica, cada uno de estos tres capítulos incluye un apartado de carácter empírico, donde se realiza, con datos reales de la economía española, una calibración y simulación del comportamiento de las variables más relevantes en los distintos escenarios considerados.

En el modelo inicial, la sociedad está compuesta por distintas generaciones de individuos homogéneos que se solapan en un mismo instante de tiempo. En este sencillo marco, se obtiene que las variables determinantes de la longitud del periodo de escolarización superior que deciden los sujetos y de la tasa de crecimiento de la economía son, entre otras, la esperanza de vida, la natalidad, la edad de escolarización obligatoria o la edad de jubilación. Las simulaciones estimadas para la economía española concluyen, por ejemplo, que cuanto mayor sea la esperanza de vida mayor será el periodo educativo, porque los individuos van a disponer de más tiempo para recibir el rendimiento de su inversión educativa, lo que aumentará el ritmo de acumulación del capital humano agregado y, por tanto, la tasa de crecimiento económico.

En el segundo modelo se considera adicionalmente que dentro de cada cohorte, los individuos se diferencian en función de su grado de exclusión social y de su género, es decir, se considera la existencia de grupos sociales dentro de una misma generación. Por este motivo, la extensión del periodo de formación de los agentes va a ser diferente en función de las características individuales. Así, por ejemplo, los sujetos que padecen exclusión social se incorporarán a una edad más temprana al mercado laboral pero con un menor capital humano frente a los que no están “excluidos”.

La influencia de las variables socioeconómicas sobre la tasa de crecimiento del capital humano agregado de la economía queda teóricamente indeterminada al depender de la estructura social de la misma, es decir, de los pesos concretos de los distintos grupos sociales. Sin embargo, para el caso específico de la economía española, se pueden extraer ciertas conclusiones en lo que se refiere a las distintas políticas. En lo que a la conciliación de la vida familiar y laboral respecta, se concluye que la política educativa orientada a enseñar a los individuos una distribución equitativa de las labores domésticas y del cuidado de los hijos (una reducción del tiempo que dedican las mujeres al cuidado y crianza de los hijos compensado con un incremento por parte de los varones), consigue incrementar el nivel de capital humano agregado, y su crecimiento a largo plazo.

Además, cualquier aumento del gasto en educación básica o superior afecta a la mejora del capital humano de los grupos sociales y, por tanto, al ritmo de crecimiento de toda la economía, dependiendo su efecto cuantitativo del tipo de ejecución de la política de formación (mejora de la productividad en la educación básica o en la educación superior, reducción del fracaso académico, etc.). Además, en el caso español se observa que el gasto en educación superior genera efectos más positivos sobre la tasa de crecimiento del capital humano agregado cuando se destina a las mujeres que cuando se dirige hacia los varones, debido a la mayor actitud o preferencia hacia la educación superior de los sujetos del sexo femenino.

En el tercer modelo se introducen las desigualdades de género en salud, mediante la consideración de diferentes esperanzas de vida y diferentes grados de morbilidad para hombres y mujeres. Esto implica definir distintas probabilidades de muerte e indicadores de vida útil para unos y otras, y trabajar en el modelo teórico con dos sub-poblaciones, es decir, con estructuras demográficas diferenciadas para los varones y las mujeres. También se introduce en el modelo el gasto público sanitario que podrá dedicarse a la reducción de la mortalidad o morbilidad.

Se demuestra que un mayor gasto sanitario, bien orientado hacia la mayor esperanza de vida o bien orientado a la mejora de la calidad de vida, incrementa el periodo de formación superior de los individuos, retrasando su incorporación al mercado laboral. A pesar de ello, la tasa de crecimiento de la economía se incrementa también en el estado estacionario, debido a que aunque se incorporan más tarde, lo hacen con una mayor cualificación y, por lo tanto, mayor productividad.

De este último modelo, se extraen dos conclusiones del análisis de las distintas políticas sanitarias simuladas para la economía española. La primera es que el gasto en salud focalizado en las mujeres genera un efecto mayor sobre el crecimiento de la economía, como consecuencia de la mayor predisposición de las mujeres para adquirir formación superior. Y la segunda conclusión obtenida en la simulación es que el gasto sanitario que se centra en mejorar la calidad de vida en vez de “alargarla”, genera mayores incrementos en la tasa de crecimiento del capital humano agregado. Esto es debido a que la reducción de la incidencia de las enfermedades a lo largo de la vida, afecta directamente en el sector productivo, mientras que el aumento de la esperanza de vida, no tiene porqué si no se corresponde con un incremento de la edad de jubilación.

## Hospitalizaciones evitables por zonas básicas de salud en el área hospitalaria de la Línea de la Concepción. Factores condiciones e impacto económico.



Andrés Posada Carlos

*Tesis doctoral defendida el 1 de Junio de 2012 en el Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz, dirigida por los Dres. Dña. Irene Abad Pérez y D. Manuel Casanova Román, que obtuvo la calificación de APTO CUM LAUDE. Tribunal: Prof. Dr. D. Juan Rafael Cabrera Afonso, Prof. Dr. D. Rafael Peris Bonet, Prof. Dr. D. Fernando Girón Irueste, Prof. Dr. D. Juan Bosco López Sáez, Dr. D. Carlos Márquez Espinos.*

*E-Mail: [andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es)*

### Introducción

El concepto de hospitalización por patologías sensibles a cuidados ambulatorios fue desarrollado por Billings en 1988 como indicador indirecto de problemas de accesibilidad a la atención sanitaria. Se definen los ACSC o “*Ambulatory Care Sensitive Conditions*” como “los diagnósticos en los que la recepción efectiva y en el momento adecuado de cuidados ambulatorios puede ayudar a reducir los riesgos de hospitalización”. El objeto de la creación de este indicador en EEUU era analizar la accesibilidad a la atención médica de la población indigente y la presencia o ausencia de seguros de salud. Los estudios que han utilizado los ACSC han evidenciado tasas mayores de hospitalización en zonas de menor nivel socioeconómico, sobre todo de enfermedades crónicas y en grupos poblacionales con menor cobertura de seguro sanitario. Así, los ingresos disminuirían por la realización de actividades propias de la atención primaria: prevención (vacunación contra el tétanos, etc.), diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de problemas agudos (por ejemplo, neumonía), y de control y seguimiento de problemas crónicos, incluyendo una adecuada coordinación para la atención a domicilio; todo lo cual permite su uso como indicador indirecto de la capacidad resolutoria de primaria.

También puede usarse como instrumento de gestión que permite la priorización de diversas actuaciones y líneas de trabajo así como en la evaluación de políticas sanitarias, ya que en las zonas donde se ha invertido más en servicios, educación de pacientes, continuidad asistencial hay menos tasas de ingresos por ACSC.

### Objetivo

El objetivo general es evaluar la calidad asistencial en atención primaria de las diferentes zonas básicas de salud del área hospitalaria de la Línea



hospitalaria de La Línea.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Determinar los posibles déficits de atención sanitaria existentes entre las Zonas Básicas de Salud (ZBS) del área hospitalaria según las diferentes tasas de hospitalización por ACSC.
- Determinar los posibles déficits de atención sanitaria existentes entre las ZBS del área hospitalaria en accesibilidad, resultados de salud y satisfacción del usuario.
- Determinar si las diferencias existentes entre los ACSC de las distintas ZBS se reflejan en los indicadores del Servicio Andaluz de Salud de accesibilidad, resultados de salud y satisfacción del usuario.
- Determinar el coste producido y el margen de mejora en la eficiencia asistencial del área hospitalaria de La Línea en las patologías prevenibles por cuidados ambulatorios (ACSC).

### **Material y método**

El periodo de estudio comprende 3 años (2007-2009) para los pacientes con domicilio en el área hospitalaria, excluyendo pacientes de obstetricia. Para ello se emplea el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de hospitalización, con 14.172 pacientes. Se utiliza doble selección de ACSC según el estudio de Caminal de 2001: una primera más amplia obtenida de distintas publicaciones con 22 categorías, y una segunda seleccionada y adaptada a España por un estudio Delphi con 13 categorías ACSC.

Se emplean tablas de distribución de ingresos, en las dos selecciones, por ZBS, por sexo y por grupos etarios. Se estudian diferencias de las medias con test de contraste ANOVA, empleándose el test de Levene para el cálculo de homogeneidad de varianzas y pruebas post hoc de Tukey o Games-Howell según si las varianzas son homogéneas o no, respectivamente. Para las diferencias por sexo en el área y por ZBS se emplea el test *t* de *Student* para muestras independientes. Para la relación de categoría ACSC por zonas básicas de salud se elaboran tablas de contingencia entre ZBS y sexo y ZBS y grupos etarios, empleándose Chi-cuadrado y distribución de residuos estandarizados. Se presentan los indicadores de accesibilidad, salud según datos de DIABACO (indicadores provenientes del Sistema de Información de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud) y los indicadores de satisfacción del área hospitalaria por ZBS según IESA-CSIC (Instituto de Estudios Sociales Avanzados - Centro Superior de Investigaciones Científicas), comparándose con los resultados obtenidos de los test anteriores. Por último, se calcula el coste económico de los ACSC, agrupando los ACSC en GDR (Grupo de Diagnósticos Relacionados), calculando el coste medio del punto GDR según el sistema de contabilidad analítica (COAN).

### **Resultados, discusión y conclusiones**

En los ingresos por ACSC, las mujeres son de mayor edad y presentan mayor comorbilidad que los hombres. Existen diferencias en la edad media de los ingresos de los niños varones en las diferentes ZBS del área hospitalaria.

El ACSC mayoritario lo constituyen las enfermedades cardiovasculares de origen hipertensivo con una tasa de 33,67 por 10.000 habitantes.

A mayor proximidad del hospital más ingresos se producen por ACSC. Podría estar relacionado con mayor frecuentación de urgencias hospitalarias de estos pacientes y menor uso de atención primaria.

Se aprecia relación entre los ingresos por el ACSC de complicaciones por diabetes y la proporción de hombres y mujeres de pacientes incluidos en proceso diabetes con determinación de hemoglobina glicosilada según DIABACO.

Hay diferencias por sexo en las ZBS en los ingresos ACSC por insuficiencia cardiaca, sin embargo no se aprecia correspondencia en los indicadores de DIABACO.

Existe relación entre la casuística de asma infantil y el indicador de accesibilidad de seguimiento de salud infantil.

Respecto al coste económico, se aprecia un incremento progresivo del coste, tanto de la hospitalización general del hospital como de los ingresados por ACSC, comprobándose diferencias cuando estudiamos las distintas ZBS. El coste de los ACSC adaptados respecto del total de la hospitalización crece del 16,2% al 17,51% a lo largo de este período.

En todo caso, no quiere decir que exista ese ahorro potencial, pues son ingresos que, aunque muchos son prevenibles con mejores cuidados, siempre existirán ingresos por cardiopatías isquémicas, enfermedades cardiohipertensivas, complicaciones por diabetes, asma, etc. Pero es un indicador muy útil en cuanto que permite realizar comparaciones internas horizontales y anuales y comprobar tendencias negativas o positivas. Para apreciar un ahorro potencial, deberían existir patrones comparativos estándares en hospitales de similar nivel que no existen en la actualidad y que podrían proponerse a los diferentes servicios centrales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En definitiva el indicador ACSC quedaría validado a nivel de área hospitalaria, y no sólo como indicador utilizable a nivel

En definitiva, el indicador ACSC quedará ratificado a nivel de área hospitalaria, y no solo como indicador activado a nivel de servicios de salud. Además, su uso se ve fortalecido cuando se comprueba la correspondencia de indicadores de categorías ACSC por ZBS con los indicadores de calidad asistencial publicados por los servicios de salud. Por último, se demuestra que es una herramienta económica muy útil que podría reflejar la eficiencia de la calidad asistencial en atención primaria.

## Referencias

- Billings J, Hasselblad V. A preliminary study: use of small area analysis to assess the performance of the outpatient delivery system in New York City. New York: Health Systems Agency of New York; 1989.
- Caminal J, Mundet X, Ponsá JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos válidos para España. Gac Sanit. 2001; 15: 128-41.

## Libros

# Jaume Puig-Junoy “¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias”. Ediciones Los libros de El Lince. Barcelona 2012.



Por Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

[ricard.meneu@gmail.com](mailto:ricard.meneu@gmail.com)

Ahora que una aparente mayoría cree que ya se ha implantado un copago que siempre hubo, puede ser el momento de dejar de cavar inútiles trincheras frente a enemigos imaginarios y empezar a abordar los copagos - los que había, los que hay y los que habrá - como el resto de cuestiones del Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, atendiendo a su eficacia y resultados, buscando su mejora. No se me ocurre mejor manera que leyendo el inverosímilmente ameno libro de Jaume Puig-Junoy titulado “¿Quién teme al copago? El papel de los precios en nuestras decisiones sanitarias” (Ediciones Los libros de El Lince. Barcelona 2012: <http://www.loslibrosdellince.com/libros.php?q=96>)

Para disipar razonables prejuicios frente a este tipo de lecturas, conviene empezar señalando que el libro no pretende ahondar en la estéril discusión sobre si “el copago sanitario es bueno o malo, sino aportar pruebas y conocimiento científico sobre sus efectos, de manera que podamos utilizar la información para tomar decisiones más acertadas y más saludables”. Lo que no debería sorprender a los receptores de esta publicación es que la revisión que el libro realiza de dicha literatura sea una pesquisa reflexiva, en la que se interpretan con esmero e inteligencia sus resultados buscando responder a las preguntas realmente relevantes, frente a tantas certezas simplistas y generalmente erradas o falsamente avaladas con las que nos encontramos casi a diario. Tal explotación concienzuda era previsible conociendo las aportaciones previas del autor, tanto en investigaciones empíricas propias como en revisiones sistemáticas de diferentes cuestiones.

Pero lo que resulta menos esperable y más gratificante es como esa concienzuda exploración del conocimiento disponible - siempre insuficiente, pero mejor que cualquier pancarta de conveniencia - ahonda en la racionalidad de los comportamientos y el modus operandi de los distintos copagos estudiados, y lo hace con el empeño de una buena novela policiaca. Así, el libro excede el estrecho margen de los copagos y apunta al comportamiento ante distintos menús de aseguramiento, ampliando la comprensión sobre algo que, aunque desazonador para muchos, no deja de parecer cada vez más necesario.

Escrito con un envidiable conocimiento de la peripecia de los llamados copagos en las tres últimas décadas, el libro aterriza sus enseñanzas sobre las nuevas modalidades de copago recién implantadas. O al menos sobre sus luces y sombras ya visibles, en espera de poder disponer de los datos que permitan juzgar este “experimento natural” o “experimentar sin experimento” que supone no sólo el cambio de situación, si no la coincidencia en el tiempo de diferentes modalidades autonómicas, incluyendo el “tripago” catalán. No debe pasarse por alto que en este año hemos pasado precipitadamente, sin apenas reflexión fundada, desde “la gratuidad para más de siete de cada diez recetas a tener tripago: copago, tasa catalana y desfinanciación, que no es más que un copago del cien por cien”<sup>1</sup>.

Su lectura, recomendable para casi cualquier seguidor de “*Economía y Salud*”, sólo tiene un efecto indeseado. El recordarnos a lo largo de sus páginas nuestras insuficiencias ciudadanas que permiten que nuestros gobernantes puedan introducir modificaciones sin consultar la mínima evidencia disponible, la que se exige, por ejemplo, a cualquier medicamento para ser aprobado.

<sup>1</sup>Jaume Puig-Junoy (2012) en:

<http://pilleconomics.blogspot.com.es/2012/07/tripago-por-receta.html>

## La innovación en la atención sanitaria vista y documentada por la industria



Lawton Robert Burns. The business of healthcare innovation. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2012. (574 pp.)

Por Carlos Campillo Artero, Servei de Salut de les Illes Balears, [carlos.campillo@ibsalut.es](mailto:carlos.campillo@ibsalut.es)

Desde la primera edición en 2005 de esta obra frontera entre libro convencional y extenso tratado, no pocas cosas han cambiado. Se imponían su actualización y ampliación. Lo han hecho trece coautores: profesores unos de *Healthcare Management* del MBA de la *Warton School*, socios y directivos otros de diversas firmas de la industria privada del sector sanitario de Estados Unidos.

El editor subraya su propósito: este libro no se ha compilado para defender a ninguno de los cinco sectores analizados (medicamentos, biotecnología, genómica y proteómica, aparatos, y tecnologías de la información (TI)); la intención es ofrecer una *visión equilibrada* de lo que está ocurriendo en ellos. Reconoce, además, que varios capítulos proceden de la pluma de ejecutivos y analistas de firmas prominentes de dichos sectores, ¿advertencia exculpatoria?, sin reconocer explícitamente innegables conflictos de interés, que a la postre siempre emergen en las líneas, no sólo entre ellas.

Abre el libro un capítulo en que se exponen los elementos estructurales que guían en su decurso el análisis de los cinco sectores. Se pasa revista, primero, a la cadena de valor de la atención sanitaria en Estados Unidos (el flujo de dinero parte del financiador, el de la innovación, de los productores, y ambos avanzan en sentidos contrapuestos para confluir en los proveedores, eslabón central de la cadena). Se abordan la inflación en sanidad (nuevas tecnologías, precios, cambios en la forma de pago a terceros, aumento de salarios, costes de administración y envejecimiento), los ejes clave de la organización industrial (número, tamaño, distribución, cuota de mercado, grado de concentración y estrategias para ampliar fronteras de las firmas), las *cinco fuerzas* de Porter que moldean la competitividad y la capacidad de las empresas para maximizar beneficios, y las perspectivas adoptadas (organización industrial, recursos, cadena de valor, innovación organizativa). Falta una.

Se escrutan los cambios observados en las relaciones entre representantes de firmas y proveedores (no así los conflictos de

interés, que sólo reciben, inexplicablemente, fugaz mención, a juzgar por sus notorios calibre, frecuencia y gravedad), la amalgama de alianzas estratégicas entre productores y proveedores, la convergencia tecnológica entre sectores (medicamentos con dispositivos, injertos mecánicos con productos biotecnológicos, estos últimos con pruebas diagnósticas), las diferencias entre las culturas y los modelos de negocio de los cinco sectores con los denominadores comunes de sus procesos de innovación (riesgos, capital, tiempo, espacio, escala y alcance).

La innovación en el sector farmacéutico está ampliamente documentada. Si bien abundan las explicaciones publicadas sobre el desarrollo (D) de medicamentos (fases I a IV), no es tan frecuente encontrar una descripción razonablemente documentada —como la que ofrece este libro—, de las etapas de su investigación (I): identificación y validación de dianas, generación de moléculas candidatas (nuevas entidades químicas y moleculares potenciales), su optimización, selección de candidatas y solicitud de patentes. Tampoco son pródigas las publicaciones habituales en dar cuenta de las fases de fabricación de los medicamentos aprobados: manufacturación del principio activo, del medicamento, su suministro y las buenas prácticas de manufacturación (incluidas las medidas de mejora continua de la calidad), junto con los mecanismos habilitados para reforzar su cumplimiento. Destaca, asimismo, el análisis de su modelo de negocio, respecto al cual se hace hincapié en sus amenazas de futuro (vencimiento de numerosas patentes (su *patent cliff*), reducción notable de la cifra de nuevas entidades moleculares, aumento de la razón coste-nueva entidad molecular aprobada, e intensificación paulatina de las exigencias procedentes del regulador, del financiador y del consumidor sobre eficacias, seguridades y precios), así como en las claves de su estrategia a medio plazo, espoleada por el descenso de la productividad de su I+D (externalización o internalización de procesos, fusiones y adquisiciones entre compañías, diversificación de líneas de negocio y capacidades, captura de sinergias o expansión hacia mercados de países en desarrollo).

Anticuerpos monoclonales, genómica (entre 25.000 y 30.000 genes), proteómica (entre 1 y 20 millones de proteínas) y otras plataformas (diseño racional de medicamentos, química combinatoria, terapia génica, biología de sistemas, epigenética,...) conforman el sustrato tecnológico del sector de la biotecnología. Un sector con su combinatoria de modelos de negocio, desde los totalmente integrados, a los que sólo incluyen D y no I, con empresas pequeñas, mayormente de escala nacional, con pocos productos, estructuras de gestión limitadas y menos recursos en comparación con el de los medicamentos, y mucho más influido por los inversores. Su detallada descripción, junto con la de las iniciativas de los gobiernos destinadas a contribuir al crecimiento de sus empresas y la de las medidas encaminadas a armonizar su regulación —su idoneidad y suficiencia corren a cargo del lector— integran los dos capítulos dedicados a este sector, menos conocido por unos y otros que el de los medicamentos, quizás por la mayor complejidad de moléculas y procesos biológicos afectados y de su producción, así como la de las alianzas estratégicas que se barajan y ensayan en laberintos de siglas.

El sector de los dispositivos y aparatos médicos no queda relegado aquí a un segundo plano. Si bien la tasa de aparición de nuevos aparatos ha descendido y se aprecia una incipiente media vuelta de tuerca del escrutinio de su eficacia y seguridad por parte de las agencias reguladoras y presión sobre los precios, los márgenes de beneficio de este sector se mantienen, merced, en buena medida, al ascenso de necesidades clínicas tributarias del envejecimiento de la población (en el campo de las prótesis para traumatología, cardiología y la cirugía cardíaca, sobre todo), su progresiva penetración en el mercado, sus precios y la ampliación de las lindes geográficas de su mercado. Un sector caracterizado por miles de pequeñas empresas (unas 20.000, aunque las diez más importantes acopian el 60% de los ingresos del sector), dotado de amplia capacidad tecnológica y creciente experiencia clínica (granjeada asociando íntimamente venta directa al proveedor de servicios con su formación), y al cual la convergencia de medicamentos con aparatos abre nuevas fuentes de ingreso.

La pretendida *visión equilibrada* del editor se pone nueva y claramente en entredicho en este capítulo sobre el sector de aparatos médicos, toda vez que no se hace mención ni de soslayo de las graves deficiencias denunciadas *urbi et orbi* en su regulación, máxime en Estados Unidos y en la Unión Europea (laxas exigencias de pruebas de eficacia y seguridad, poco fiable estratificación de los aparatos en función de su riesgo para la salud, eficientes mecanismos para sortear requisitos de estas pruebas, conformación de la regulación europea que levanta sospechas de captura del regulador, vigilancia postcomercialización exigua...).

El sector de las TI, por ser más conocido, ocupa el capítulo que quizá revista menor interés, aunque es pródigo en información sobre la fragmentación y evolución de su mercado, los principales actores y sus ciclos. Se agradece la cautelosa conclusión relativa a la insuficiencia de las pruebas disponibles para poder contrastar la hipótesis de que las TI contribuyen a reducir los costes en el sector sanitario.

La obra arroja datos recientes, principalmente sobre Estados Unidos, pero también de Europa y las economías emergentes, y una extensa bibliografía. Pero su *visión* no es *equilibrada*; la ocupa por entero la perspectiva de las firmas. Es útil porque aporta mucha información. Una lectura crítica se beneficiará de ello, consciente, sin embargo, del imperativo de rellenar la otra mitad desde la perspectiva social (nadie está obligado a hacerlo), el conocimiento de omitidos conflictos de interés, estrategias como la invención de enfermedades (*mongering*), graves deficiencias de la regulación de aparatos, la nada escasa morbilidad asociada —que además es evitable—, sedazos gruesos para métodos más caros y ensayos de no

escasa morbilidad asociada —que a veces es evitable—, cecezos gruesos para medicamentos más caros y ensayos de no inferioridad con deltas milimetradas, silencios sobre denuncias, litigios, sentencias. Abundancia de *monólogos preventivos*.

Una lectura perspicaz y atenta sabrá complementar las alusiones filiformes a las presiones que se ejercen sobre los reguladores demandando someter a escrutinios más estrictos las pruebas de eficacia y seguridad, a seguir vigilando de forma sistemática tras su entrada en el mercado, a reformar y hacer cumplir la ley (la que algún día se reforme), a financiar selectivamente fármacos y aparatos en función de eficacias y seguridades relativas e incrementales, a fijar precios sobre la misma premisa, a formar e informar con veracidad, al largo etcétera.

## Noticias

# Congresos y Jornadas

### II Taller EvaluAES

22 Febrero 2013, Barcelona

Fechas importantes:

10 diciembre - Fecha límite para la presentación de comunicaciones

20 enero - Fecha límite para la solicitud de bolsa de viaje

Más información en: [http://aes.es/grupos\\_trabajos\\_1\\_actividades.php](http://aes.es/grupos_trabajos_1_actividades.php)

### V Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico

11-13 Abril 2013, Barcelona

Más información en: <http://v.congresocronicos.org/>

### XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. Crisis y Horizontes de Reforma de los Sistemas de Salud

18-21 Junio 2013, Santander

Fechas importantes:

30 enero - Fecha límite para la presentación de comunicaciones

15 abril - Fecha límite para la solicitud de bolsa de viaje

Más información en: <http://aes.es/jornadas/>

### 9th World Congress on Health Economics: Celebrating Health Economics

6-10 Julio 2013, Sydney

Fechas importantes:

30 noviembre - Fecha límite para la presentación de sesiones organizadas

15 enero - Fecha límite para la presentación de comunicaciones

Más información en: <https://www.healthconomics.org/congress/2013/>

# Formación

### An introduction to INLA and spatial model

4 Febrero 2013, Girona

Organiza: Research Group on Statistics, Econometrics and Health (GRECS), University of Girona, Girona

Más información en:

<http://www.r-inla.org/events/inlacoursefebruary42013universityofgironagironaspain>

### Modelling Methods for Health Economic Evaluation: Foundations Course

18-19 y 20-22 Marzo 2013, York

16-17 y 20-22 marzo 2013, York

Organiza: Centre for Health Economics, Universidad de York

Más información:

<http://www.york.ac.uk/che/courses/short/decision-analytic-modelling/>

**VIII Seminario MUESOL: Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias.**

**Modalidad semipresencial**

19-23 Marzo 2013, Barcelona

Director: Jaume Puig-Junoy

Más información en:

<http://www.barcelonaschoolofmanagement.upf.edu/seminario-en-economia-de-la-salud-y-farmacoeconomia/presentacion>

**Máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado**

Organiza: Universidad Carlos III de Madrid

Más información:

[http://www.uc3m.es/portal/page/portal/postgrado\\_mast\\_doct/masters/Master\\_en\\_Evaluacion\\_Sanitaria\\_Acceso\\_Mercado](http://www.uc3m.es/portal/page/portal/postgrado_mast_doct/masters/Master_en_Evaluacion_Sanitaria_Acceso_Mercado)

**Regression Methods for Health Economic Evaluation**

16-18 Abril 2013, York

Organiza: Centre for Health Economics, Universidad de York

Más información:

<http://www.york.ac.uk/che/courses/short/regression-methods>

**Curso sobre Evaluación de Programas Sociales**

21-25 Mayo 2013, Madrid

Organiza: Instituto de Estudios Fiscales y UNED

Más información:

<http://www.fundacion.uned.es/web/actividad/idactividad/3370>

## Premios y Condecoraciones

2 Octubre, 2012. Otorgada la Placa Josep Trueta al mérito sanitario al *Centre de Recerca en Economia i Salut* (CRES) por el gobierno de la Generalitat de Catalunya. Desde AES, queremos expresar nuestra felicitación por este nuevo y merecido reconocimiento al CRES.

Foto en:

[http://www.upf.edu/cres/actualitat/noticies/121002\\_LP\\_trueta.html](http://www.upf.edu/cres/actualitat/noticies/121002_LP_trueta.html)

Uno de nuestros socios, Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, presidente de la Asociación Mundial de Economía de la Salud (IHEA), ha sido investido Doctor Honoris Causa por la Universidad ISalud de Buenos Aires. Desde AES, muchas felicidades, Guillem.

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<sup>a</sup> Abellán Perpiñán, Carlos Campillo, Pilar García Gómez, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Angel Negrín, Vicente Ortún.

Han colaborado en este número:

