

INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS para la acción política

INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

para la acción política

Autores:

Elisa Díaz Martínez

Juan Ernesto del Llano Señarís

Jordi Gol Montserrat

Revisión:

Gema Pi Corrales

Edición: Fundación Gaspar Casal

Coordinación: Gema Pi Corrales

© Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-617-5891-3

Depósito Legal: M-37943-2016

Maquetación, impresión y encuadernación:

Helios Producción Gráfica

ÍNDICE

Agradecimientos	7
Presentación , por Ana Polanco	9
Prefacio , por Juan Ernesto del Llano Señarís	17
Prólogo , por Ricard Meneu	25
Resumen Ejecutivo	31
Introducción	47
Primera parte:	
El Sistema Sanitario Español: Resultados, Desafíos y Reformas	51
1. Evaluación comparada del sistema sanitario español	53
1.1. Salud de la población	54
1.2. Resultados de los servicios sanitarios	59
1.3. Capacidad de respuesta	65
1.4. Protección para el pago de servicios	69
1.5. Eficiencia	71
1.6. Síntesis de la sección	74
2. Principales tendencias que afectan los resultados	
futuros del sistema sanitario español	77
2.1. El efecto del cambio demográfico	77
2.2. Obesidad en España	83
2.2.1. La obesidad y la edad de población	86
2.2.2. La obesidad y la situación socioeconómica	88
2.3. Cáncer en España	89
2.3.1. Medicina de precisión	92
2.3.2. Inmuno-oncología	93

2.4. Los efectos de la crisis económica	
en la demanda de los sistemas sanitarios	95
2.4.1. Enfermedades mentales	98
2.4.2. Obesidad	100
2.5. Resumen de los generadores de cambio en demanda	
del sistema sanitario en el medio y largo plazo	100
2.6. La sostenibilidad fiscal del sistema	
sanitario en el largo y medio plazo.....	101
2.7. Síntesis de la Sección	103
3. Adaptando el sistema sanitario	105
3.1 Áreas de acción para mejorar la evaluación de	
decisiones y asegurar una correcta implementación	106
3.1.1. Utilización de un marco común para la evaluación	
a priori de iniciativas relacionadas con nuevas	
políticas, medidas de mejora e investigación.....	107
3.1.2. Transferencia efectiva de conocimiento desde el proceso	
de investigación hasta el tratamiento a los pacientes	109
3.1.3. Definición de un marco unificado para evaluar a	
posteriori la implementación de cambios, así	
como el funcionamiento del sistema	110
3.1.4. Creación de un Auditor Público	114
3.2 Experiencia internacional relevante en la aplicación de medidas	
para gestionar la demanda y la oferta del sistema sanitario	115
3.2.1 Mejorando la coordinación de la oferta del sistema	115
3.2.2. El enfoque poblacional – la gestión en largo	
plazo de la demanda del sistema sanitario	118
3.2.3. Reforzando la Atención Primaria para	
mejorar la eficiencia del sistema sanitario	121
3.3 Síntesis de la sección	122
4. Conclusiones	126
4.1. Análisis DAFO-CAME del sistema sanitario español.....	126
4.2. Definiendo prioridades para mejorar el	
desempeño del sistema sanitario	127

Segunda parte:

Análisis de los Grupos de Discusión	131
1. Justificación y objetivo	133
2. Método	135
3. Análisis del discurso del grupo de discusión I (macro-gestión)	139
4. Análisis del discurso del grupo de discusión II (meso-gestión)	176
5. Discusión	217

Tercera parte:

Conclusiones y recomendaciones	223
---	-----

Epílogo: ¿Más evidencia basada en las políticas

que políticas basadas en la evidencia?, por Carlos Campillo Artero	231
---	-----

Apéndices	239
------------------------	-----

Apéndice A: Comparación internacional salud percibida.....	241
--	-----

Apéndice B: Supuestos empleados en el modelo de proyección simplificado para el gasto sanitario de las Comunidades Autónomas	243
--	-----

Apéndice C: Medidas adoptadas recientemente en el sistema sanitario.....	244
---	-----

Apéndice D: Otras medidas para mejorar el desempeño del sistema sanitario	247
--	-----

Apéndice E: Clasificación Países ISO 3166	251
---	-----

Apéndice F: Logic Model for Alberta's Primary Health System.....	252
--	-----

Referencias	253
--------------------------	-----

Autores	259
----------------------	-----

AGRADECIMIENTOS

A Carlos Campillo, por su lúcido epílogo.

A Joan Rovira, Lluís Bohigas y Jordi Colomer, por su participación en la Tormenta de Ideas que propiciaron las preguntas que se formularon a los dos grupos de discusión.

A todos los expertos, panelistas invitados a los Grupos de Discusión por su colaboración y por sus enriquecedoras aseveraciones.

A Jordi Gol-Freixa por su lectura crítica del Análisis del Discurso.

PRESENTACIÓN

Ana Polanco

PRESENTACIÓN

El consenso en torno a la idea de que la Investigación será la base sobre la que se construirá la medicina del siglo en el que nos encontramos es general entre los gestores públicos, la comunidad científica y los propios ciudadanos. La apuesta por orientar esfuerzos no solo presupuestarios, sino humanos, imaginativos e incluso productivos, es la tónica imperante en la mayor parte de los países desarrollados.

El Gobierno de España, adelantándose a esta corriente, estableció al inicio de la pasada legislatura, como una de sus prioridades científicas, la Investigación de servicios sanitarios y su transferencia al Sistema Nacional de Salud.

El programa de investigación ha abordado el tratamiento de multitud de patologías, el impulso de estrategias avaladas por expertos españoles capaces de liderar la investigación tanto básica como clínica, el desarrollo de propuestas con suficiente base experimental y la apuesta por ensayos clínicos sometidos al estricto filtro ético y normativo de la legislación española.

Se ha impulsado la creación de plataformas para optimizar los centros españoles de referencia consolidándolos como centros punteros en investigación clínico-traslacional y se han estimulado distintos planes o estrategias de transmisión acelerada de los avances científicos marcando alguna de las tendencias que se deben seguir a lo largo de los próximos años.

También se ha fomentado la formalización de acuerdos de colaboración con la industria privada biotecnológica y farmacéutica y se ha estimulado la posible aportación para promover una mejor atención a los pacientes y mejorar la competitividad científica nacional.

La acción de investigación impulsada por las administraciones públicas ha sido un elemento dinamizador en la lucha contra distintas enfermedades permitiendo agilizar la transmisión de los avances de la investigación básica a la mejora de los pacientes.

Aunque muchas de estas iniciativas surgen en ocasiones desde el Gobierno, no debemos olvidar que son las Comunidades Autónomas las que de forma coordinada y en red han desarrollado y están desarrollando e impulsando actualmente el trabajo de los investigadores así como cofinanciando distintos programas junto con otras instituciones.

Pero si tuviésemos que señalar el núcleo hacia donde debemos dirigir todos los esfuerzos los distintos agentes sanitarios no cabe la menor duda que nuestro país adolece a día de hoy de una estrategia clara en materia de Investigación de Servicios Sanitarios.

Dar respuesta a esta necesidad ha sido el empeño de Merck y de la Fundación Gaspar Casal, y el esfuerzo de los autores de este magnífico libro que aborda, entre otros elementos, ideas tan dispares como las necesarias acreditaciones de los futuros gestores públicos sanitarios, la importancia de replantearnos las estructuras presupuestarias que se alejan del tan temido presupuesto base cero, la lucha por la obsolescencia tecnológica y la manera de abordar la renovación, la planificación por programas, los programas de crónicos como instrumentos para atenuar la demanda de recursos sanitarios, el acceso a la innovación terapéutica y a las nuevas tecnologías, las unidades de gestión clínica como modelos para mejorar los resultados de calidad y eficacia, los nuevos modelos de compra pública, la influencia de los informes de las agencias y unidades de evaluación de tecnologías sanitarias, las relaciones clínicos-pacientes, la buena comunicación o la mejora en la información como elementos determinantes de nuestros servicios sanitarios, entre otros.

En las páginas interiores encontrarán un soporte estructural para la acción política que promueva y facilite la gestión de los distintos avances científicos, para impulsar el intercambio del conocimiento y para aglutinar las distintas experiencias así como para crear una plataforma o incubadora de ideas en relación con la promoción de la investigación de servicios sanitarios. La idea no es otra que esta acción permita trasladar los avances más relevantes y en el menor tiempo posible al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Esta traslación pasa, y todos los gestores políticos son conscientes de su relevancia, por potenciar las sinergias territoriales para avanzar más rápido y para poder llegar más lejos. Nuestra estructura administrativa exige de una coordinación que permita compartir el conocimiento generado por los distintos agentes sanitarios, entre todas las unidades de las distintas CCAA y el resto de instituciones públicas y privadas.

España debe mantener su papel de referencia mundial fomentando que las compañías internacionales farmacéuticas y sanitarias instalen e impulsen la investigación mediante el apoyo técnico y administrativo necesario. De ahí que a través de este libro Merck pretenda entregar a la sociedad un potente instrumento para el trabajo colaborativo y en red de los distintos agentes. Maximizando la automatización de las tareas, potenciando el uso estandarizado de herramientas evaluadas y consensuando las iniciativas con los propios clínicos y pacientes.

Entendemos que nuestro objetivo no es otro que el de promover la investigación de servicios sanitarios para pasar de la reflexión a la acción, de tal modo que se permita coordinar y compartir el conocimiento generado, servir de soporte de difusión del conocimiento nacional e internacional y promocionar la cultura de investigación de servicios sanitarios entre sus profesionales.

La países más desarrollados de la Unión Europea, entre los que se encuentra España, ya no son competitivos a la hora de producir bienes y servicios, existen otros países que producen más cantidad y a mejor precio. Por ello, España tiene que competir en la parte del proceso productivo que genera valor añadido a los productos, y con esta filosofía surgió el concepto de innovación. Estamos ante la necesidad de apoyar las estructuras que sirven de interfaz entre las universidades, la sociedad y el mercado, y debemos además impulsar estrategias que permitan poner el conocimiento científico en la calle. Es el turno de nuestros políticos. Ahí se encuentra el reto.

Nuestro modelo industrial cuenta con dos iniciativas públicas muy importantes. Por un lado el tan mencionado Plan Profarma. Su objetivo es favorecer la modernización del sector farmacéutico y potenciar las actividades que aportan un mayor valor aña-

dido, de manera que se invierta en nuevas plantas industriales en nuestro país, y desde ellas en nuevas tecnologías. Y por otro, la necesaria correlación entre innovación y contribución al PIB como elemento diferenciador a la hora de determinar condiciones de precio y financiación para que las nuevas estrategias farmacológicas permitan la convivencia industria-sistema de salud.

Con herramientas como éstas, las empresas y grupos de investigación situados en España deben encontrar un aliciente para el impulso de una nueva filosofía, la investigación de servicios sanitarios. La nueva estrategia permitirá establecer sinergias con el entorno industrial, programar áreas de trabajo en materia sanitaria y dar respuesta a las necesidades de nuestros ciudadanos.

Consciente de la importancia que la investigación de servicios sanitarios tiene para la sociedad y de sus múltiples aplicaciones en el ámbito clínico-investigador, distintas Comunidades han puesto en marcha varias iniciativas encaminadas a promocionar la investigación de excelencia y la transferencia de conocimiento en este ámbito. A lo largo de este trabajo se citan determinadas experiencias, generalizar su implantación es parte del objetivo que pretendemos impulsar. Garantizar que los criterios para la consideración de utilidad terapéutica no sean arbitrarios o variables es el medio que debemos perseguir todos a través de estas investigaciones. Alcanzar los objetivos sanitarios que demandan los ciudadanos es nuestro reto.

La sanidad es una de las principales preocupaciones de la sociedad como lo demuestra periódicamente el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). La sanidad, junto con el sector farmacéutico son verdaderos motores de desarrollo económico y social de un país, tanto en empleo cualificado como de futuro.

De forma paradójica, las políticas de austeridad y el ajuste fiscal en la UE que hemos vivido estos años, han presionado para su reducción, limitado su crecimiento mediante, fundamentalmente tres ejes: contención de los gastos de personal, mayor participación del usuario en el coste de los medicamentos y reducción de los precios de los fármacos, además de la general paralización de las inversiones.

Como compañía farmacéutica, nuestro fin último es garantizar un acceso equitativo a todos los pacientes españoles de los mejores tratamientos e innovaciones, presupuestariamente sostenible y compatible con un desarrollo de la actividad empresarial. El acceso a la innovación es un objetivo irrenunciable, hablamos de novedades terapéuticas que añaden valor, en muchos casos para enfermedades en las que no hay tratamientos alternativos y cubriendo necesidades médicas no cubiertas en la actualidad.

Para ello, desde la industria farmacéutica se reclama un marco económico y regulatorio estable y predecible a medio y largo plazo, el trato adecuado de las innovaciones y un mercado vertebrado y sin fragmentación regulatoria. Al igual que sucede con los criterios de eficacia y seguridad en la autorización de un nuevo medicamento, la garantía de utilidad no se puede conseguir preestableciendo unos parámetros rígidos de evaluación sino a través de la transparencia de todos los agentes.

Conjugar acciones coordinadas entre las distintas administraciones; asegurar un escenario favorable para la cooperación entre los distintos agentes sanitarios; potenciar la calidad de la prescripción con información; profundizar en la financiación basada en la aportación terapéutica y propuesta de valor del medicamento; y desarrollar políticas que incrementen la disponibilidad de los medicamentos de mayor eficiencia y equidad, teniendo en cuenta que los recursos empleados y los servicios prestados deben garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, son algunos de los argumentos que no deberían escapar a las futuras modificaciones normativa.

Sirva este libro que tiene en sus manos para difundir ideas de cara a la implementación del cambio necesario que permita consolidar una cohesión territorial y establecer la homogeneidad de la prestación farmacéutica, al tiempo que se garantice el acceso de la innovación terapéutica a nuestros ciudadanos. Establecer una dotación presupuestaria que de forma previa enmarque las posibles líneas de actuación y garantice la capacidad financiera del Sistema Sanitario Público en su conjunto. Definir la necesaria sostenibilidad para nuestro sistema sanitario a través de cuestiones fundamentales como la identificación de las líneas básicas del futuro sistema

de financiación selectiva de las nuevas tecnologías son tareas que nos afectan. Y por ello es necesario ahora más que nunca un diálogo constante con todos los actores: sector farmacéutico, financiadores públicos, profesionales sanitarios, para la búsqueda activa de soluciones que nos permitan seguir invirtiendo en I+D+i, generando empleo de calidad y garantizando el acceso de la innovación terapéutica que tiene que ser un objetivo irrenunciable.

Ana Polanco
Directora de Corporate Affairs de Merck

PREFACIO

Juan Ernesto del Llano Señarís

PREFACIO

La política sanitaria decide sobre las prioridades que en materia de salud se ponen a disposición de los ciudadanos. La investigación de servicios sanitarios ayuda a que este proceso sea racional, explícito y transparente. Es un buen ejemplo, vivimos en un mundo de recursos escasos y, por tanto, estamos obligados a establecer prioridades. No es posible ofrecer a todos, todas las intervenciones de las que se podrían beneficiar. ¿Cómo asignar los recursos escasos en este ámbito tan importante para las personas? ¿Qué servicios deberían ser financiados públicamente? ¿Cómo ordenar el acceso de los pacientes a las intervenciones sanitarias que han pasado el filtro de la eficiencia? Esta es una tarea compleja, que conlleva implicaciones éticas, sanitarias, jurídicas, sociales y económicas. Establecer prioridades consiste en aplicar algún mecanismo que, en última instancia, selecciona quién recibirá y quién no servicios que proporcionan algún beneficio a quien los recibe. Pero esto se ha hecho siempre, aunque implícitamente, en todos los sistemas sanitarios. Su relevancia se encuentra en la necesidad reconocida de hacerlo explícitamente, así como en la expectativa de su contribución a la reducción de la brecha existente entre la demanda y la oferta sanitarias, mejorando la eficiencia en la asignación de recursos.

El campo para el establecimiento de prioridades en los servicios sanitarios es muy amplio. Quizá el más evidente se encuentre en la introducción y uso de las tecnologías sanitarias: nuevos programas de salud pública, nuevos medicamentos y nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que compiten por los recursos adicionales. El campo de nuevas actuaciones para la inversión en salud se ensancha cada día: la prevención, la medicina predictiva, la individualización de los tratamientos, las nuevas formas de organización impuestas por los cambios en las enfermedades, la e-salud y los sistemas de gestión de la información sanitaria cada vez más potentes y masivos. Pero también es preciso priorizar entre pacientes que compiten por tratamientos muy costosos, seleccionar los pacientes que pueden lograr más salud con los recursos disponibles y disuadir el consumo sanitario ineficientemente elevado en presencia de azar moral.

Los mecanismos de racionamiento, además del uso del precio en dinero (copagos) y en tiempo (listas de espera), tienen un potencial en la delimitación de prestaciones, mediante la elaboración de la cartera de servicios y la utilización de variables diversas para ordenar las listas de espera distintas al mero orden de llegada. Además, la reducción de los presupuestos sanitarios públicos en muchos países, impuesta por la crisis económica, ha puesto la desinversión en la agenda de las prioridades, en algunos casos como la única fuente financiera adicional a corto y medio plazo. Políticamente, sin embargo, el estatus quo tiene preeminencia sobre los cambios y la innovación, que tienen costes añadidos de decisión. La sanidad no es una excepción, y muchos de sus problemas no son abordados en tiempo y forma adecuados por el peso de la inercia y por la resistencia al cambio de los agentes.

La determinación de prioridades precisa de criterios explícitos. El análisis internacional comparado destaca como criterios para priorizar entre las intervenciones consideradas necesarias: la efectividad, la relación coste-efectividad y la relevancia de la intervención o tecnología o programa para el sistema sanitario público. Algunos países han cuestionado la utilización del coste como criterio, y han acotado su utilización a procedimientos que comparan tratamientos para el mismo problema de salud. Junto a la elección de los criterios, es importante determinar quién debe participar en el proceso de priorizar. El contenido ético de la cuestión reclama la transparencia del proceso. En el estudio del racionamiento sanitario se pueden distinguir hasta doce grupos potenciales de interesados: la población general, pacientes, familiares, representantes sociales (asociaciones de consumidores, por ejemplo), profesionales sanitarios, gestores, gobierno, expertos, medios de comunicación, industria, grupos de autoridad moral (clero, ONG's, por ejemplo) y los jueces. Históricamente, el papel más relevante en las decisiones individuales corresponde a los profesionales sanitarios y al gobierno en las decisiones colectivas. Las nuevas estructuras organizativas otorgan un papel creciente a los gestores como responsables de la función de compra de servicios y a los ciudadanos. Esto provoca situaciones de conflicto, y es visto como una amenaza a la libertad clínica por parte de algunos profesionales.

El objetivo de la política sanitaria debería, en consecuencia, ser no tanto extender la vida sino mejorar la calidad de vida. Los criterios de determinación de prioridades

deben ser los cinco siguientes: ¿Es esencial desde el punto de vista de la comunidad? ¿Admite una actuación de probada efectividad? ¿Es posible la rehabilitación? En la elección del procedimiento, ¿se ha probado que la utilización de recursos es apropiada y eficiente? ¿Puede dejarse a la responsabilidad individual?

España no ha desarrollado un mecanismo explícito de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en las decisiones sanitarias. En 1995 se desarrolló un catálogo de prestaciones sanitarias para el Sistema Nacional de Salud, que fue revisado en 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En la propuesta actual de diseño de la cartera de servicios para España, prevista en el Real Decreto Ley 16/2012, se establece que se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de los grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo. Las agencias de evaluación de tecnologías serán las encargadas de interpretar estos criterios y definir finalmente la composición de la cartera de servicios. Como las Comunidades Autónomas tienen amplias competencias transferidas que llegan al autogobierno, algunas han comenzado a definir las. El riesgo de inequidad es claro si no se acuerdan a nivel nacional. La exigencia de transparencia pasa a ser una prioridad. Sirvan estas líneas para contextualizar los rasgos más macro de país, seguiremos con un análisis enfocado a resultados, desafíos y reformas, para finalizar con un epílogo donde se señala la falta de comprobación de muchas de las pautas que sugerimos para la mejora de nuestro SNS.

Y ahora vamos al contexto, imprescindible tenerle en cuenta para cualquier análisis. Nos está costando mucho tiempo salir de una crisis muy profunda que ha golpeado con dureza a los más desfavorecidos pero también a las clases medias. Para evitar una intervención de la troika se firmó en diciembre de 2012 el Memorandum del Reino de España con la Unión Europea, en donde todas las partidas de gasto público, especialmente sanidad y educación, fueron aminoradas. En la incipiente salida de la recesión, que no todos alcanzamos a ver, nos han ayudado, por este orden: el Banco Europeo con las declaraciones de Draghi en el verano de 2012, la reflotación del sistema de cajas de ahorro por las ayudas recibidas de la UE y recientemente, la bajada del precio del petróleo, junto a unos muy bajos tipos de interés. Como verán todo

viene de fuera. Y, entonces, ¿qué se ha hecho de puertas a dentro? La reforma laboral y poco más. Han sido las fuerzas del mercado, que para ser más competitivos, han ajustado los salarios por productividad que eran artificiosamente altos como consecuencia de la burbuja inmobiliaria. Hemos vuelto a los niveles de 2003.

Sin embargo, seguimos teniendo pendiente, como país, algo muy importante: remover la incapacidad que tenemos de crear instituciones públicas eficaces al servicio de los ciudadanos. Impera el conformismo y la inmovilidad del estatus quo que resiste a la implantación de cualquier cambio e incluso ajuste. Se perciben riesgos ciertos adicionales del tipo de, caer en la complacencia del “ya hemos hecho todo” o, el olvidarnos que las restricciones presupuestarias existen. Hay casi 6 puntos de PIB de diferencia entre ingresos y gastos públicos, con una deuda exterior y unos intereses de pago de esta deuda, apabullantes, con doce ceros. Y, todo esto, es decisivo para el sector sanitario, de financiación pública en sus dos terceras partes.

¿Cómo equilibramos esta balanza fiscal? Las previsiones de mejora de ingresos con el tenue crecimiento y el alto desempleo, quedan lejos del equilibrio. No parece que el adelgazamiento de los organismos públicos, la abolición de entidades duplicadas, la lucha contra el fraude fiscal, las medidas de mejora regulatoria de sectores clave que operan como monopolios, sean suficientes para el cierre de esta brecha entre ingresos y gastos. Los ciudadanos lo saben y tienen que escuchar de sus elegidos en los distintos gobiernos y parlamentos que, o bien aumentamos la presión fiscal o bien, reducimos las prestaciones sociales. Hay propuestas encima de la mesa de profesionales y expertos tributarios que ayudarían. También hay que exigir que las Comunidades Autónomas sean más disciplinadas en el gasto y que este vaya a cubrir las muchas necesidades sociales y educativas y no a proyectos absurdos y antieconómicos, de los que hemos tenido significativos ejemplos en toda la geografía nacional. No se puede volver a crear empleo público sin sentido. Hay que hacer frente al fraude fiscal con eficacia, fortaleciendo con recursos la tarea inspectora y con medidas de reflotamiento de la economía sumergida. Pero, sobre todo, el esfuerzo hay que hacerlo de la mano de una profunda modernización de las empresas pequeñas y medianas, que son mayoría en nuestro país. Precisan ganar tamaño, innovación y talento.

Sorprendentemente, constatamos que el crecimiento económico al que asistimos desde el principio del año 2015, viene de nuevo de la construcción, del turismo y de la creación de empleo público (37.200 en el último año). Sin embargo, en I+D estamos muy lejos de la media de la UE-28, 1.24% del PIB frente al 2,02. Alemania destina el 2,94 y Dinamarca el 3,05 según Eurostat. ¿Cómo es posible? Tenemos pocas empresas globales, carecemos de materias primas, sólo podemos competir en servicios. Requerimos priorizar en educación y talento, y no lo hacemos. Por contra, a los mejor cualificados y que hablan idiomas, les abocamos a salir, a regalar todo lo invertido públicamente en ellos a otros países que sí les quieren y les valoran. ¿En qué estamos pensando? ¿Por qué no actuamos?

Conviene repetir, para que no nos olvidemos, que la economía funciona por ciclos y por tanto, volverán los malos tiempos. Un contexto global volátil y la fragmentación política tras las elecciones del 20D y el 26J, con la reciente formación de un gobierno con visos de inestabilidad, dificultan una salida robusta a la crisis. Por tanto, aprovechemos el ahora. Es el momento de abordar las reformas estructurales pendientes, entre ellas, la principal: mejorar la productividad total que año tras año cae, desde mediados de los ochenta del siglo pasado. Nuestro PIB per cápita a finales de 2013 estaba a los niveles de 2003. Hemos perdido una década. Mantenemos un desempleo estructural intolerable con regiones como Andalucía que son el número 1 de todas las regiones de la Unión Europea. Nuestro sistema educativo hace aguas con un 35% de jóvenes que sólo completan la educación secundaria frente al 2% de Corea del Sur. España se ha vuelto a situar en 2013 a la cabeza de Europa en abandono escolar temprano, el que hace referencia a los jóvenes de 18 a 24 años que dejaron sus estudios tras completar la educación obligatoria o antes de graduarse. Un 23,5% de los jóvenes españoles había abandonado la enseñanza prematuramente el año pasado, el doble de la media comunitaria, situada en el 11,9%, según los datos publicados por la oficina de estadística comunitaria, Eurostat. La paradoja es que el de 2013 es nuestro mejor dato histórico: España mejora en un punto y medio respecto al año anterior, y en ocho puntos si se compara con los datos de la última década.

Nadie pone en duda que una sociedad dotada de altos niveles de capital humano es un factor clave para encarar la recuperación de la crisis económica así como

para garantizar el crecimiento económico de un país de manera sostenida. Un bajo nivel de capital humano nos aboca a competir en sectores de escaso valor añadido y, por tanto, de sueldos bajos. Un primer dato a destacar es que la población española adulta alcanza una puntuación, tanto en comprensión lectora como en matemáticas, muy por debajo del resto de los países participantes del *“Programme for the International Assessment of Adult Competencies”* (PIAAC) y del promedio de la OCDE y la UE. España tiene una de las tasas de rendimiento más bajas en enseñanza secundaria superior entre los 25 y 34 años (con un 64,1% frente al 81,5% de promedio de la OCDE, ocupa el lugar 31 de 35). No nos olvidemos de una obviedad: la gente responde a incentivos. Todo esto se puede revertir si la política tuviera altura de miras. No ayuda contar con siete leyes de educación distintas en treinta años.

Sobre nuestro sector, un pequeño apunte. En 1984 estábamos gastando por rentas del trabajo el 57% y en 2014, el 43.5%. Sin embargo, hemos pasado del 16% (1984) de gasto en medicamentos y otras tecnologías, al 28% en 2014. ¿Alguien ha estudiado en profundidad las consecuencias de este hallazgo no menor? ¿Están siendo los pacientes mejor tratados? ¿Están los médicos más motivados? ¿Funciona mejor el sistema sanitario?...

Juan Ernesto del Llano Señarís
Director, Fundación Gaspar Casal

PRÓLOGO

Ricard Meneu

PRÓLOGO

Mejorar la investigación esperando la acción en política sanitaria.

Por más que se pretenda disimular y eludir la tarea fundamental de la política sanitaria, como de cualquier política, es la determinación de prioridades. Y las prioridades que definen diferentes políticas alternativas no son meramente los habituales dos o tres aspectos programáticos que resultan aptos para slogans gracias a la aquiescencia que propicia su deliberada generalidad. Esos generalmente no ocupan más que una mínima fracción de las múltiples decisiones necesarias sobre qué implementar, de qué manera, con cuántos recursos, hacia qué colectivos, sobre qué agentes, etc. Así, de todas las decisiones de política sanitaria, como de casi cualquier política, la más habitual es la inercia incrementalista. Constatar tal obviedad no implica un deseo de poner todo –todo lo posible– patas arriba, de cambiar sin ton ni son orientaciones, planes, acciones,... Pero sí que supone un lamento sobre la contumacia con la que se enfrentan problemas sobradamente diagnosticados, de resolución deseable, factible y procedimentalmente estudiada, recurriendo a la preservación de lo demostradamente ineficaz, con algo de cosmética y una pizca de “un poco más”.

El trabajo que se nos presenta con el contundente título de “Investigación de servicios sanitarios para la acción política” cumple la mayoría de los requisitos para contribuir a facilitar una reorientación de prioridades tendente a acelerar la incorporación del conocimiento asequible a la generalidad de las actuaciones sanitarias, incrementando así la salud y bienestar de la ciudadanía. Aunque, seguramente debe tenerse presente, como se nos recuerda en el prefacio, que nuestro sistema de salud no ha desarrollado un mecanismo explícito de ordenación de criterios para la determinación de prioridades en las decisiones sanitarias. A pesar de precedentes tan descorazonadores el ambicioso objetivo declarado de este documento es anticiparse a los escenarios de cambio dirigidos al asentamiento en el ámbito de la evaluación de los análisis de evaluación económica y de la investigación en efectividad

comparada, como pilares de la investigación de servicios sanitarios. Para ello aporta una evaluación general del desempeño del sistema sanitario español ajustada y acorde con el discurso generalmente compartido, sin especial sesgo hacia el objetivo marcado, aunque sufra algo su dimensión evaluativa. A partir de ahí se procede a analizar una serie de tendencias cuya omisión añadiría más incertidumbre sobre la sostenibilidad del sistema y a plantear posibles áreas de acción para abordar los problemas del SNS, muchas de ellas extraídas de la perspectiva comparada con otros dispositivos similares. Con esos mimbres se está en disposición de presentar, a modo de conclusión, un análisis DAFO / CAME que debe permitir enlazar las principales amenazas y debilidades identificadas en nuestro sistema sanitario con medidas que las mitiguen.

En una aportación especialmente valiosa se incorporan los análisis del discurso de sendos grupos de discusión, uno centrado en la macro-gestión y otro en la meso-gestión. La lectura de sus sesiones permite apreciar ocasionales cruces de responsabilidades, imputaciones y preocupaciones, dando idea del grado de alineamiento de las preocupaciones entre los distintos agentes.

Tras todo el ejercicio de reflexión que el libro aporta queda en el aire una cuestión desasosegante, la que se interroga por qué la elaboración de políticas –sanitarias en este caso– no transita por las razonables vías cuya deseabilidad y adecuación procedimental se han ido desgranando a lo largo del texto.

Con demasiada frecuencia se focaliza la atención en la orografía de las insuficiencias técnicas vigentes –fuentes de sesgos, meandros instrumentales, lagunas en la evidencia...–, y mucho más raramente se apunta a los incentivos presentes en la toma de decisiones sanitarias. Explicación, interpretación y justificación se intercambian fácilmente, lo que puede conducir a tautologías y fatalismos resignados: *“actúan así porque está en su interés”, “las cosas son así porque están hechas así”,...*

Seguramente los avances posibles y deseables en esta cuestión no dependen tanto de la abnegada y necesaria insistencia en ampliar y robustecer las evidencias disponibles, ni las herramientas para su traslación de la excelencia clínica a una mejor

política sanitaria. Quizás tampoco de una mejora de las estrategias y efectos de la difusión de estos conocimientos a quienes deben basarse en ellos para redefinir prioridades. Tal vez la clave esté en los incentivos estúpidos, y espero que ningún corrector ponga una coma antes del adjetivo. Entendiendo por estúpidos aquellos incentivos que terca y obstinadamente perviven en nuestro diseño institucional a pesar de ser algunos eliminables y casi todos mitigables.

De ser esa la clave no resulta verosímil esperar progresos reales sin alterar el marco institucionalizado que permite, en el propio interés de cada agente a despecho del logro final, dilapidar tanto esfuerzo y despilfarrar oportunidades –estas sí, bastante evidentes– de mejorar el bienestar social. En entornos donde las decisiones que no se toman no están sometidas a regímenes de rendición de cuentas homologables, al tiempo que la adopción explícita de cualquier decisión acrecienta el riesgo de la impugnación y remoción de sus protagonistas, no cabe avance.

Para avanzar en el asentamiento de los análisis de evaluación económica y de la investigación en efectividad comparada como pilares de la investigación de servicios sanitarios las prescripciones básicas son conocidas, están ampliamente publicadas y reiteradas hasta la saciedad. Por recordar solo un par esenciales, el fomento de la participación, no como contubernio, si no como implicación pública, o la configuración de carreras directivas –meso y macro– ligadas a resultados relevantes verificables y no a afiliaciones, autobombo y concursos de sicofantas, parecen inaplazables.

Pero en definitiva, quizás convenga redirigir los esfuerzos para determinar inequívocamente que incentivos faltan o están mal orientados y, sobre todo, que palancas y motores están aún disponibles en nuestro dispositivo asistencial para contribuir a que, tras la enésima formulación de cómo hacer bien buenas políticas –por socialmente deseables–, sus responsables prefieran adoptar esos cursos de acción frente a los habitualmente empleados. En el texto se emplea el buen ejemplo el de Canadá como ejercicio ilustrativo, aun a riesgo de provocar la melancolía de los empeños estériles, pues sin un cambio cultural y una integración de valores y preferencias resulta un escenario inverosímil.

En cualquier caso, bienvenida sea esta nueva aportación a los esfuerzos por acelerar la incorporación del conocimiento disponible a las actuaciones sanitarias. Bienvenida porque demuestra que aún hay fuerzas para sembrar en tierra notoriamente baldía por parte de profesionales que, incluso en condiciones pertinazmente adversas, porfían por cambios que sin duda beneficiarán más al conjunto de la sociedad que a sus particulares intereses.

Ricard Meneu
Editor, Gestión Clínica y Sanitaria

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo, "Investigación de servicios sanitarios para la acción política", cuyo objetivo principal es el anticiparse a los escenarios de cambio dirigidos al asentamiento en el ámbito de la evaluación, de los análisis de evaluación económica y de la investigación en efectividad comparada, como pilares de la investigación de servicios sanitarios, fue planteado en tres partes:

Una fase inicial en la que se describe el estado del arte. Para ello se elaboró un Informe Marco: "El Sistema Sanitario Español: resultados, desafíos y reformas".

Una segunda fase en la que se analizan los discursos de dos Grupos de Discusión, guiados mediante un cuestionario nacido de una tormenta de ideas a partir del Informe previo. En esta tormenta participaron los expertos Lluís Bohigas, Joan Rovira y Jordi Colomer, actuando de secretario Juan Ernesto del Llano.

Finalmente, se plantean una serie de conclusiones y recomendaciones, a modo de hoja de ruta que oriente a los decisores sanitarios.

Primera parte. Informe El Sistema Sanitario Español: resultados, desafíos y reformas"

El objetivo del informe es contribuir al debate sobre cómo seguir avanzando en el desarrollo del sistema sanitario español para adaptarlo a los retos significativos a los que se enfrenta como resultado de los cambios en el entorno demográfico, económico y epidemiológico. Estos desafíos en el medio y en el largo plazo requieren de una transformación del sistema en el que la evaluación y la investigación juegan un papel fundamental.

En la primera sección se hace una evaluación general del desempeño del sistema sanitario español con un enfoque multidimensional y haciendo uso de una comparación con los sistemas sanitarios de otros países de nuestro entorno socioeconómico.

- En términos de **salud de la población**, el sistema sanitario español, entre otros determinantes, ha conseguido que sus ciudadanos hayan alcanzado una esperanza de vida entre las más altas de los países de nuestro entorno. No obstante, al estratificar el nivel de salud de la población por grupos socioeconómicos se aprecia un grado de desigualdad muy significativo. También se observa que en términos de expectativas de años de vida saludables de los grupos de edad avanzada España está en unos niveles próximos o por debajo de la media.
- En lo relativo a cómo **los servicios sanitarios** están contribuyendo a los resultados de nuestro sistema, con excepciones, la valoración presenta resultados relativamente positivos. El nivel comparablemente bajo de admisiones hospitalarias por enfermedades crónicas como asma o diabetes está asociado a una atención primaria de calidad. Igualmente los niveles de decesos por enfermedades coronarias tras 30 días de la hospitalización demuestra que los servicios de urgencias y atención hospitalaria actúan de manera efectiva. También es destacable el alto porcentaje de población sometido a sistemas de detección adelantada de ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, cervical y de mama), así como los bajos niveles de mortalidad asociados a estas dolencias.
- Con respecto a la **capacidad de respuesta** del sistema (esto es, entre otras variables, la valoración que los ciudadanos hacen sobre si el sistema cumple con sus expectativas y la accesibilidad al sistema en un tiempo razonable), la escasez de datos y la subjetividad intrínseca de esta variable, dificulta obtener conclusiones. Sin embargo la tendencia positiva de los índices de valoración de los ciudadanos durante los últimos 10 años es un resultado destacable. También es importante que desde un punto de igualdad socioeconómica, el nivel de renta no constituye una barrera para que los ciudadanos accedan a un sistema que satisfaga sus expectativas. Exceptuando lo relativo a las listas de espera, los ciudadanos prefieren en general el sistema público frente al sistema privado. Respecto a la accesibilidad al sistema en un tiempo razonable, el desempeño no es positivo con tiempos de espera significativamente por encima de la media.
- Evaluando la **protección para el pago de servicios**, el sistema sanitario español está entre los mejores de su entorno con un nivel de gasto en servicios

fuera de la cobertura pública por debajo de la media. Excepto en lo que se refiere a la atención dental, el nivel de renta no constituye un impedimento para que los ciudadanos puedan satisfacer su demanda de servicios sanitarios, aunque en las personas con rentas bajas suele operar la ley del cuidado de inverso de LeGrand, a más necesidades, menos utilización.

- La medición de la **eficiencia** del sistema sanitario (esto es, hasta qué punto los recursos están siendo empleados de manera adecuada para conseguir los objetivos del sistema) constituye un ejercicio complejo que depende del enfoque que se esté tomando. Desde una perspectiva agregada (por ejemplo, comparando la esperanza de vida media de los ciudadanos con respecto al gasto sanitario per cápita) nuestro sistema sanitario parece encontrarse en una buena situación. Obtener conclusiones en un ámbito microeconómico debe basarse en múltiples consideraciones (por ejemplo para evaluar la productividad de los médicos de atención primaria se debe tener en cuenta no sólo la duración de las consultas sino la calidad de la atención, su efectividad y posibles mejoras basadas en la complementariedad con personal cualificado).

En la segunda sección se tratan una serie de tendencias que tienen el potencial de modificar el perfil epidemiológico en España incrementando de manera notable la presión sobre los recursos del sistema sanitario. Estas tendencias incluyen:

- **El envejecimiento de la población** - De manera consistente con lo observado en el ámbito internacional, la media de edad de la población española va a crecer de manera progresiva. De hecho, la proporción de población de más de 65 años y de más de 80 años va a crecer en España a un ritmo significativamente por encima de la media los países del entorno socioeconómico. Como resultado, la prevalencia de enfermedades crónicas (esto es, las más frecuentes en personas mayores) va a aumentar para el total de la población. Este hecho va a ser acrecentado debido a que si bien la población española de edad avanzada tiene una esperanza de vida por encima de la media internacional, sus expectativas de años de vida saludable son relativamente inferiores – dicho de otro modo, las personas de edad avanzada en España viven más años pero con un nivel de salud peor que la media internacional.

- **La obesidad y el sobrepeso** – en línea con lo observado en países del entorno socioeconómico, la prevalencia de sobrepeso y obesidad están creciendo en la población adulta de España. También es preocupante la obesidad y el sobrepeso observados en la población infantil puesto que podría estar consolidando una tendencia a largo plazo. Esta posible evolución puede contribuir a un incremento en la frecuencia de las enfermedades asociadas a este factor de riesgo para el conjunto de la población en el medio y largo plazo. Es importante destacar que los datos muestran de manera clara como la prevalencia de sobrepeso y obesidad tiene un marcado gradiente social (esto es, mayor prevalencia asociada a grupos socioeconómicos de menor renta) y es mucho más elevada en los grupos de población de mayor edad.
- **El cáncer** – la incidencia y prevalencia junto con el coste de tratamiento convierten a la patología en un problema primario de talla mundial, especialmente en los países más desarrollados. Innovaciones como la proveniente del campo de la inmunología, presentan tasas relevantes de largos supervivientes en tumores hasta ahora letales. Hay implicaciones económicas relativas al coste de la incorporación de estas innovaciones al sistema sanitario pero también un previsible impacto positivo en los resultados en salud de estas poblaciones.
- **La Crisis Económica** – la reciente crisis económica podría estar contribuyendo a consolidar un incremento de la morbilidad en la población española a través de dos efectos,
 - El incremento sin precedentes del desempleo de larga duración que está asociado a una situación de estrés y reducción del bienestar para las personas que lo padecen y el hogar en el que viven.
 - Una menor movilidad social que limita el mecanismo natural de mejorar la salud de la población como resultado de la ascensión de personas a grupos socioeconómicos superiores.

El resultado de estos dos efectos se materializa en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (en particular enfermedades mentales) y una mayor frecuencia de factores de riesgo como la obesidad en el conjunto de la población.

Si no se introducen medidas para cambiar estas tendencias, la demanda del sistema sanitario puede verse incrementada de manera muy significativa en el medio y largo

plazo. Este efecto reforzaría la tendencia sistémica del gasto sanitario añadiendo más incertidumbre sobre si será posible mantener la sostenibilidad fiscal en el medio y largo plazo.

En la tercera sección se plantean posibles áreas de acción para abordar los problemas del sistema sanitario. Estas áreas de acción se agrupan en dos conjuntos que deben ser considerados de manera combinada.

- A. Por una parte es necesario crear un marco unificado, transparente y aceptado por todos los agentes implicados para (a) evaluar *a priori* iniciativas de investigación, nuevas medidas y políticas, y (b) garantizar y evaluar la eficiencia en la implementación de dichas iniciativas y en el funcionamiento del sistema en general.
- B. Por otra parte se deben concebir medidas orientadas a reestructurar la demanda y la oferta del sistema sanitario con el objeto de reorientar las tendencias observadas y de ese modo mejorar los resultados del sistema y asegurar la sostenibilidad fiscal en el medio y largo plazo.

Con respecto al primer conjunto de áreas de acción (esto es, A) es útil identificar *mejores prácticas* en la experiencia internacional. Canadá con modelo sanitario público y arquitectura territorial semejante a España es el país donde más miramos. También por su empeño evaluativo. Estas incluyen:

- **El empleo de marcos de evaluación holísticos y de aceptación generalizada para identificar las mejores medidas, políticas e iniciativas de investigación** como por ejemplo el *Modelo Rate of Investment in Health Research de la Canadian Academy of Health Science*. Este modelo es el resultado del trabajo de un panel de expertos internacional que ha trabajado exhaustivamente con los agentes implicados del sistema. El uso del modelo es cada vez más extendido y se orienta a una evaluación multidimensional de los resultados de los proyectos – el modelo por ejemplo no sólo tiene en cuenta los beneficios directos en términos del nivel de salud de la población o el impacto económico sino también las posibles mejoras generadas en la capacidad del sistema para abordar nuevos proyectos de investigación y articular decisiones.

- **La aplicación de medidas para asegurar que los resultados de la investigación se aplican de manera efectiva en la práctica habitual del tratamiento de los pacientes.** En este sentido es interesante seguir ejemplos como los esfuerzos para coordinar el trabajo de universidades y responsables de la provisión de servicios sanitarios para mejorar el tratamiento de enfermedades mentales en niños y adolescentes que se está llevando a cabo en la provincia de Ontario (Canadá). Estos esfuerzos son parte integral de la estrategia del Gobierno de Ontario para mejorar la salud mental de este grupo poblacional.
- **La puesta en práctica de sistemas para evaluar si la implementación de iniciativas de mejora están resultando adecuadas, y si el sistema funciona de acuerdo a los objetivos marcados.** La estrategia de evaluación del Gobierno de Alberta (Canadá) para los servicios de asistencia primaria constituye un ejemplo interesante y ambicioso en el que los resultados son empleados como parte del seguimiento que el gobierno hace del uso del presupuesto anual de Alberta (*Results-Based Budgeting Strategy*).
- **La implantación de entidades independientes encargadas de auditar el empleo de los recursos públicos – Auditores Públicos.** Estas entidades que son de uso extendido en muchos países (por ejemplo, Reino Unido, Canadá y Australia) constituyen una herramienta útil para asegurar el rendimiento de cuentas y la transparencia. La figura de los Auditores Públicos permite tener un conocimiento estructurado sobre los recursos empleados y los resultados de desempeño de acuerdo a objetivos de las entidades públicas.

En lo relativo al segundo conjunto de áreas de acción (esto es B), la experiencia internacional incluye la puesta en práctica de medidas y políticas orientas a paliar problemas similares a los identificados para el caso español. Ejemplos relevantes son:

- **Reformas de la oferta de servicios sanitarios basadas en una mejor coordinación** siguiendo modelos como el *Triple Aim del Institute for Healthcare Improvement*. Este modelo busca la consecución simultánea de tres objetivos (la mejora del nivel de salud de la población, conseguir que los pacientes tengan una experiencia con respecto al sistema cada vez más satisfactoria, y la reducción del coste del sistema per cápita). El modelo enfatiza cambios en la

oferta orientada a incrementar el grado de integración, hacer que los pacientes sean partícipes de las decisiones que le conciernen, y la evaluación continua de resultados. La aplicación de este modelo de actuación a través de medidas como *Health Links* para pacientes complejos (por ejemplo, con múltiples enfermedades crónicas y de edad avanzada) en la Provincia de Ontario (Canadá) o los Sistemas Locales Integrados en el País Vasco son casos a considerar.

- **Definición de políticas y medidas concentradas en determinados grupos de población para mejorar la eficiencia del sistema – Enfoque Poblacional.** Consiste en la estratificación de la población a partir de determinados atributos que determinan el nivel de salud (por ejemplo, estatus socioeconómico y género). La definición de grupos permite aplicar medidas y políticas de manera más enfocada para abordar los problemas de salud de estos grupos y así mitigar el efecto que puedan tener sobre el conjunto del sistema. Este es el caso de la puesta en práctica de campañas orientadas a reducir la obesidad en la población infantil y la potencial mayor prevalencia de este factor de riesgo en el medio y largo plazo. Este enfoque puede ser especialmente aplicable al caso de España para diseñar políticas de mejoras de la salud de grupos poblacionales con un estatus socioeconómico bajo.
- **Medidas de refuerzo y reestructuración de la asistencia primaria para mejorar la eficiencia del sistema.** En general la asistencia primaria es crítica para mejorar la eficiencia del sistema por ejemplo con la intensificación de técnicas de medicina preventiva. Existen además ejemplos de reestructuración para convertirla en una herramienta más efectiva en el tratamiento de determinadas dolencias que han sido gestionadas tradicionalmente con recursos especializados más costosos. Este es el caso de la capacitación y entrenamientos de enfermeros en la asistencia primaria en el caso de Australia para ofrecer tratamiento a pacientes con enfermedades mentales de gravedad baja o media.

Basado en el análisis de las primeras tres secciones, a modo de conclusión, en la cuarta sección se presenta un Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y un Análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). Esta sección permite enlazar las principales amenazas y debilidades del sistema sanitario con medidas que las mitiguen. Por ejemplo, la falta de sistemas de evaluación unificados puede, en parte, corregirse con el desarrollo de metodologías con el consenso

de los agentes del sistema. Esta sección también conecta las fortalezas y oportunidades del sector con medidas que ayuden a conseguir el potencial del sistema sanitario en términos de su desempeño en un contexto de restricciones fiscales. Por ejemplo, se debe aprovechar el acuerdo general que existe en torno a la necesidad de llevar a cabo reformas del sistema con la oportunidad de introducir nuevas instituciones y procedimientos de evaluación, con más inversión en I+D que evalúe el impacto en el sistema sanitario o con la puesta en práctica de estrategias que faciliten la transferencia de conocimiento desde la investigación a la atención al paciente.

Segunda parte. Análisis de los grupos de discusión

El objetivo de la siguiente sección es analizar cuál es la valoración que hacen los diferentes agentes sanitarios de la situación de la innovación y la evaluación en el marco de la toma de decisiones, además de otros factores que afectan a dicha toma directamente, a través de dos sesiones. En la primera, centrada en la macrogestión, participaron reguladores y autoridades sanitarias de las administraciones central y autonómica. En la segunda, centrada en la mesogestión, participaron evaluadores e investigadores de servicios sanitarios.

Los expertos que participaron en ambas reuniones recibieron previamente el informe presentado en la primera parte de este trabajo *“El Sistema Sanitario Español: Resultados, Desafíos y Reformas”*, así como las preguntas que se tratarían en cada sesión. Dichas preguntas nacieron en la sede de la Barcelona School of Management (BSM) de la Universidad Pompeu Fabra, a partir de una tormenta de ideas programada, tomando como base el mencionado informe. En esta tormenta participaron 3 expertos: Lluís Bohígas, Joan Rovira y Jordi Colomer, y un secretario: Juan del Llano.

Las ideas fuerza extraídas del Análisis del discurso del primer Grupo de Discusión fueron las siguientes:

- Optimismo: la distancia entre la investigación y la toma de decisiones ha ido disminuyendo notablemente en las últimas décadas.

- No obstante se debe mejorar en un aspecto clave: la planificación; ver qué tipo de informes se necesitan, y con qué fin. Otros aspectos a mejorar para que la investigación sea de más calidad y también más tenida en cuenta por los decisores:
 - Fomentar la investigación desde el punto de vista del interés público
 - La humildad de los investigadores
 - La formación de investigadores
 - La comunicación eficiente de los resultados de las investigaciones
- Es preocupante el escaso consenso existente en las reformas, aparte de que éstas no siempre son entendidas como mejoras, sino como oportunidades de negocio.
- España va muy bien de sistemas de información. La calidad de estos no explica su poco uso, sino quizás la dificultad de su explotación, al ser muy complejos. Otro problema es la falta de voluntad o interés de explotar dichos datos.
- Las reformas y los recortes, pese a que el sistema no se ha hundido, han dejado marca. Hay pérdida de confianza de los profesionales sanitarios, dado que el recorte más notable ha sido en salarios. Respecto a medicamentos, es posible que haya un aspecto positivo, el incremento de la eficiencia y la concienciación de los actores (personal sanitario y paciente).
- Para hacer frente al alto precio de los nuevos medicamentos es necesaria más capacidad por parte de los decisores para crear condiciones más convenientes. Acuerdos políticos, globales, donde se decidan topes presupuestales para los medicamentos, y que sean los proveedores los que se adapten. Otra solución puede ser un cambio de modelo, tanto en la financiación como en la investigación, cambio impulsado por la propia industria, ante su necesidad de rápido retorno de inversión, por ejemplo compartiendo gastos.
- La profesionalización y la capacitación del personal político, la alineación de incentivos entre los diferentes agentes del sistema, la obligación de declarar conflicto de interés cuando exista, y la puesta en abierto de toda la investigación y la evaluación con acceso para el ciudadano, será favorable a la consolidación de la evaluación y la propia investigación.
- La distancia entre investigación y decisiones no parece tanto una falta de cultura evaluadora, sino de reorganización de las prioridades. Hay optimismo derivado de la mejora en los últimos 10 años de la calidad de los informes de evaluación, de los sistemas de información, etc.

Las ideas fuerza extraídas del Análisis del discurso del segundo Grupo de Discusión fueron las siguientes:

- La designación por confianza, entendida como libre designación, puede ser un hecho influyente en la falta de conexión entre evaluación y decisiones, debido al posible perjuicio a la profesionalidad, pero quizás no sea el hecho que explique dicha carencia; de todas maneras, no hay indicadores establecidos para medirla. Pueden existir gestores bien elegidos libremente, y malos gestores elegidos bajo reglas.
- Más profesionalización probablemente signifique más atención a la evaluación, siempre y cuando sean claros los perfiles requeridos para la gestión, y siempre en el contexto de la tenue cultura evaluadora de este país.
- Es conveniente una evaluación continua del directivo, en función de cumplimiento de objetivos, y no únicamente unas exigencias de entrada. También es necesaria una separación entre la evaluación del cometido directivo, si es bueno o malo, y que se incorporen resultados de investigación en las decisiones. La calidad de la gestión es compleja de medir, y no depende de un único factor.
- Complejidad: la existencia de multitud de servicios sanitarios regionales diferentes en España implica influencias de unos a otros en las decisiones. Por otra parte, aunque haya desconexión entre informes de evaluación y toma de decisiones, no se deben olvidar las limitaciones que se producirían al aplicar todas las ETS existentes. Por ejemplo, al aplicar medicamentos sin informe previo también se presenta la ventaja de la investigación paralela.
- Hay varios elementos que condicionan a la autoridad en la designación de las evaluaciones a realizar. Entre estos se encuentra, por ejemplo, la presión generada por los medios de comunicación, o por los grupos de pacientes, o incluso la propia presión interna.
- La elaboración de presupuestos debe estar basada en los resultados de ejercicios anteriores. Se deben tener en cuenta resultados positivos, pero también negativos. En resumen, financiación en base a incentivos y castigos. Respecto a estos presupuestos, las posibilidades de alterar los porcentajes de presupuesto preestablecido de 35% a atención primaria y 65% a hospitales, no parece que sea algo fácil.

- Muchos de los programas de crónicos pivotan en la enfermería como elemento crucial para atenuar demanda. Los médicos se ven así beneficiados por la menor carga de trabajo. No obstante, el statu quo, sobre todo en enfermería, debe revisarse, por aspectos legales, jurídicos y de responsabilidad profesional.

Las palancas fundamentales en las que basar el cambio organizativo son:

- Profesionalización
- Evaluación
- Transparencia
- Modificación del régimen de personal
- Participación
- Definición clara de objetivos

En términos de confianza, la cadena gestor-clínico-paciente puede ser reforzada incidiendo en cuatro factores clave:

- Honestidad
- Transparencia
- Información
- Comunicación

Tercera parte. Conclusiones y recomendaciones

Para finalizar, en esta sección se busca resumir las principales conclusiones extraídas del texto, así como proponer diferentes líneas de avance.

Principales conclusiones:

El diagnóstico de situación acaba con un Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y un Análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y

Explotar). De aquí se pueden enlazar las principales amenazas y debilidades del sistema sanitario con medidas que las mitiguen. Por ejemplo, la falta de sistemas de evaluación unificados puede, en parte, corregirse con el desarrollo de metodologías con el consenso de los agentes del sistema.

La investigación y la evaluación se ha ido integrando de manera progresiva en la toma de decisiones, con lo que se ha de ser optimista, aunque todavía hay que “cambiar el chip”, hay que activar la cultura evaluadora a todos los niveles de gestión. Y esto se conseguirá una vez se perciban los rendimientos de la inversión en investigación y su retorno.

También es necesario hacer hincapié en la profesionalización política. Hay que procurar una formación en el sector a los responsables políticos. No se puede dejar el proceso de toma de decisiones en las manos incorrectas.

Por último, se exige más confianza entre los diferentes agentes. Relaciones más honestas y más transparentes, si lo que se pretende es conseguir el mejor funcionamiento organizativo posible.

Principales recomendaciones:

1. Claridad política: el nuevo gobierno debe decir con claridad a la ciudadanía si sube la presión fiscal o restringe las prestaciones públicas gratuitas en el momento de uso e introduce algún copago.
2. Sería conveniente establecer un marco de evaluación consensuado por los agentes del sistema sanitario que permita evaluar investigación, medidas y programas, garantizando la implantación de dichas iniciativas con eficiencia y fomentando la rendición de cuentas.
3. El SNSE requiere cambios profundos. Estos cambios son posibles si se tiene voluntad, existe consenso y hay firmeza en su implantación.
4. España puede aprender de Canadá en la integración de la investigación en los procesos de decisiones de política sanitaria. Su arquitectura también federal ayuda.

5. Se puede superar la falta de cultura evaluativa buscando más profesionalización, más transparencia y más participación con planificación adecuada a los nuevos objetivos a consensuar entre todos los agentes del sector.
6. A partir de este estudio, sugerimos pilotar un proyecto para acercar en la práctica real la brecha entre investigación de servicios sanitarios y decisiones de política sanitaria, eligiendo una CCAA. Sugerimos Valencia. Se estudiarían los circuitos de decisión actuales en sesiones de trabajo con sus principales actores y se propondrían mejoras. El estudio piloto tiene vocación de traslación a otras CCAA's.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios conteniendo las presiones sobre el gasto es un objetivo esencial para la mayoría de los países desarrollados.

El sistema sanitario español, al igual que los de su entorno, se enfrenta a retos significativos en los próximos años que hacen necesaria una evaluación detallada de su funcionamiento para que se introduzcan cambios y nuevas iniciativas que permitan que España siga disfrutando de una atención sanitaria con unos buenos resultados en términos de su funcionamiento y sus resultados en salud (i). La reciente crisis económica, con la consecuente reducción del gasto público, ha reforzado la necesidad de evaluar los resultados de los sistemas sanitarios y de establecer programas y medidas basados en la evidencia. Mejorar los resultados de los sistemas sanitarios y proveer de una atención sanitaria ajustada a las necesidades individuales en un entorno fiscal restrictivo es un reto que puede asumirse si se adoptan las medidas necesarias para hacer frente a los factores que van a determinar nuevas necesidades del sistema sanitario.

Las medidas que se han tomado en los últimos años en el ámbito sanitario han afectado fundamentalmente al gasto farmacéutico y a la contención de los salarios de los profesionales sanitarios. Si el objetivo es que el sistema sanitario sea capaz de dar una asistencia sanitaria que responda a las necesidades presentes y futuras de la población a la vez que sea sostenible, son necesarias medidas que basadas en la evaluación y en la evidencia, fomenten mejoras en el desempeño del sistema sanitario y respondan a las necesidades de la población.

Con algunas sombras importantes relacionadas con las desigualdades en salud de diferentes grupos poblacionales, los resultados del sistema sanitario español son razonablemente positivos, sin embargo hay que adoptar medidas transformadoras que permitan que el sistema esté preparado para los cambios resultantes de la evolución demográfica y de la crisis económica. Con el objetivo de contribuir al debate sobre la necesidad de adaptación del sistema sanitario al escenario cambiante y a

los retos significativos a los que se va a enfrentar, el trabajo sugiere una serie de medidas, destacando la evaluación y la conexión entre investigación y gestión y práctica sanitaria, que fomentarán un sistema sanitario más eficiente donde la atención integrada y coordinada, la planificación de los recursos ligada a los objetivos en salud, la rendición de cuentas y la transparencia sean nuevas señales de identidad.

PRIMERA PARTE

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: RESULTADOS, DESAFÍOS Y REFORMAS

1. EVALUACIÓN COMPARADA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

¿Cómo podemos saber si el desempeño del sistema sanitario español está siendo adecuado y, si no es el caso, identificar lo que hay que hacer para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud con los recursos disponibles?

Para responder a esta pregunta, partiendo de una definición holística del sistema sanitario (ii), primero se estudia de manera indicativa el desempeño del sistema sanitario español a partir de una comparación internacional basada en una serie de indicadores agrupados en 5 áreas de evaluación (iii).

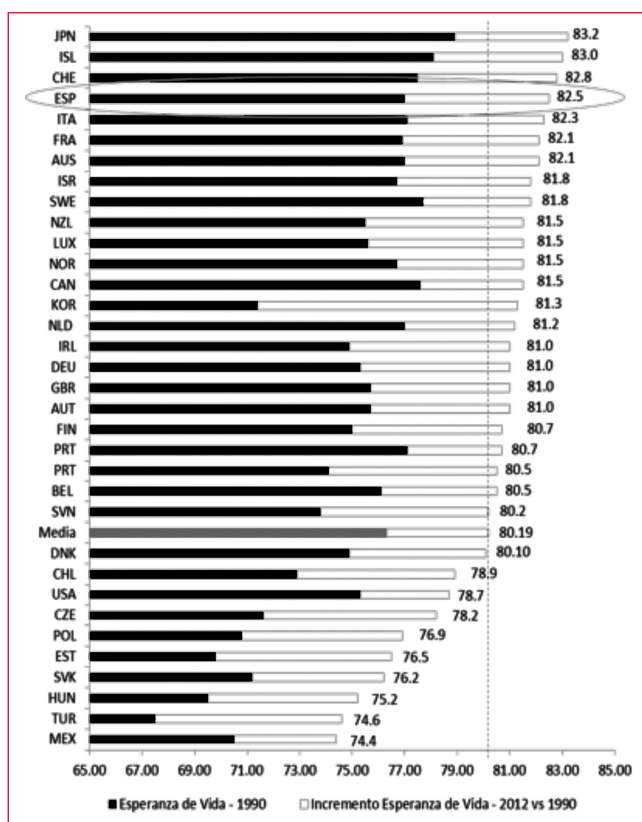
Figura 1. Áreas para Evaluar el Desempeño del Sistema Sanitario



1.1. Salud de la población

En término medio, el sistema sanitario ha ayudado a que la población española haya alcanzado un nivel elevado en su potencial de salud. El **Gráfico 1** muestra como en España la esperanza de vida está muy por encima del nivel medio de los países de la muestra. El **Gráfico 2** captura como durante los últimos 25 años esta variable ha crecido a un ritmo significativamente superior al de la media de los países de la muestra.

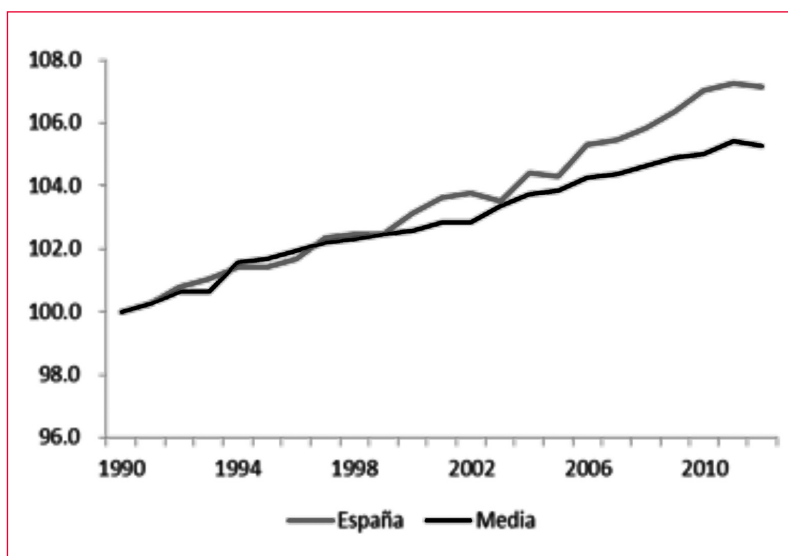
Gráfico 1. Esperanza de Vida, 1990 vs 2012 (1,2)



(1) Fuente: OECD *Health Statistics*, 1990 y 2012 (o fecha más próxima).

(2) El nombre de los países es codificado de acuerdo a la clasificación ISO 3166 según se refleja en el Apéndice D.

Gráfico 2. Evolución Esperanza de Vida, 1990 - 2012 (3)



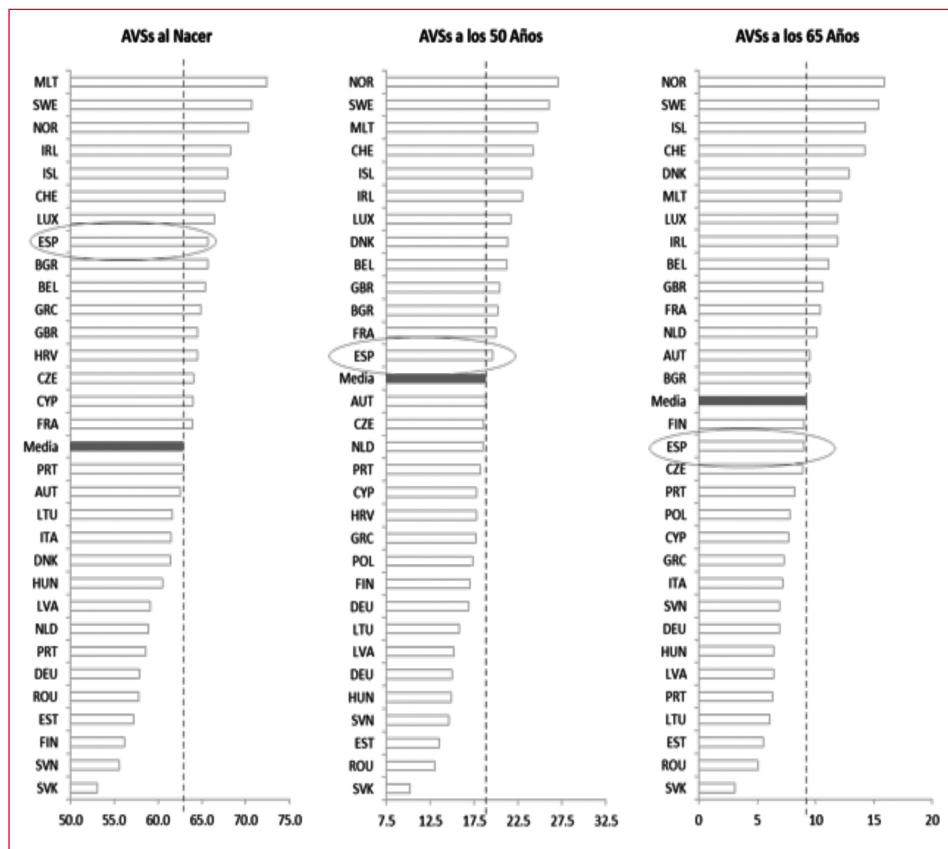
En términos de expectativas medias de años de vida saludable, el **Gráfico 3** y **Gráfico 4** muestran cómo España ocupa un lugar significativamente por encima de la media para las personas que nacen en la actualidad. Sin embargo para las personas de 50 y 65 años este indicador está cercano a la media de la muestra o incluso por debajo. Esta observación es relevante pues denota un peor desempeño del sistema sanitario, en comparación con los países del entorno socioeconómico, con respecto a los grupos de edad a partir de 55 años.

Con respecto a los resultados en salud teniendo en cuenta el estatus socioeconómico de los individuos, la información contenida en el **Gráfico 5** es muy relevante. En este Gráfico se muestra la relación entre prevalencia de enfermedades crónicas y nivel educativo de los individuos de más de 65 años (esto es, los más afectados por este tipo de dolencia). En todos los casos observados el patrón de la relación es inversa – esto es, a mayor nivel educativo, menor prevalencia de la enfermedad

(3) Elaboración propia con datos de OECD *Health Statistics*.

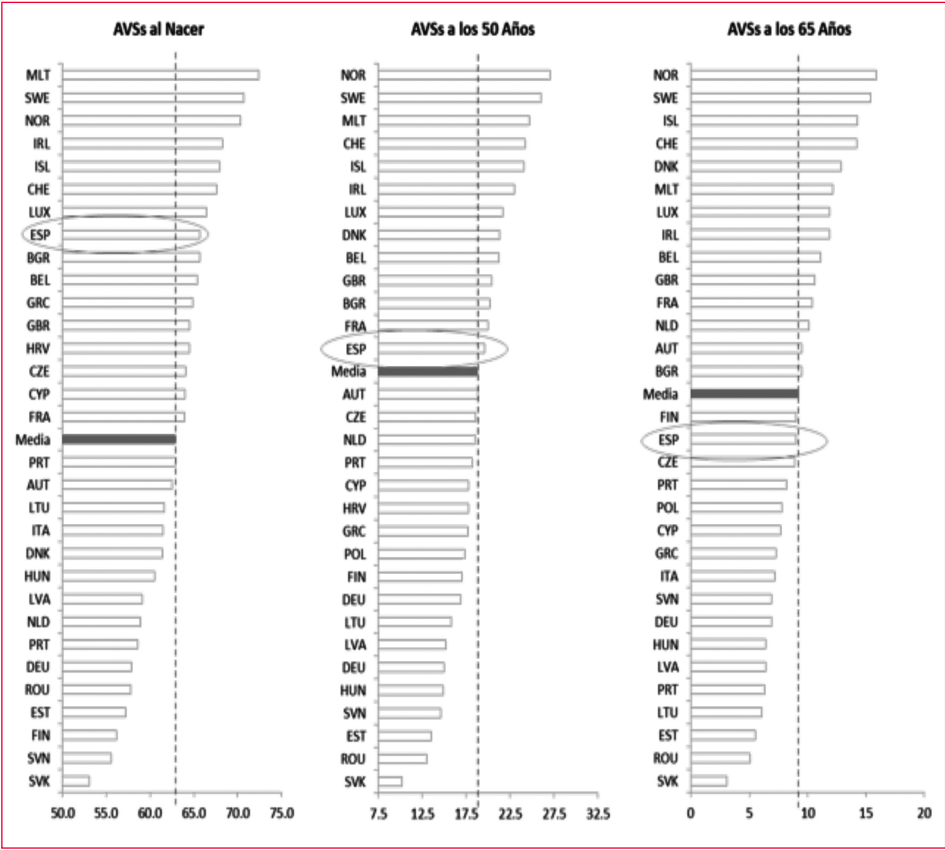
crónica – lo que sugiere que hay un gradiente socioeconómico pronunciado. Este gradiente constituye un resultado negativo en el desempeño del sistema sanitario ya que parece indicar perfiles epidemiológicos marcadamente distintos dependiendo del estatus socioeconómico de los individuos.

Gráfico 3. Años de Vida Saludables (AVs) de Mujeres, 2012 (4)



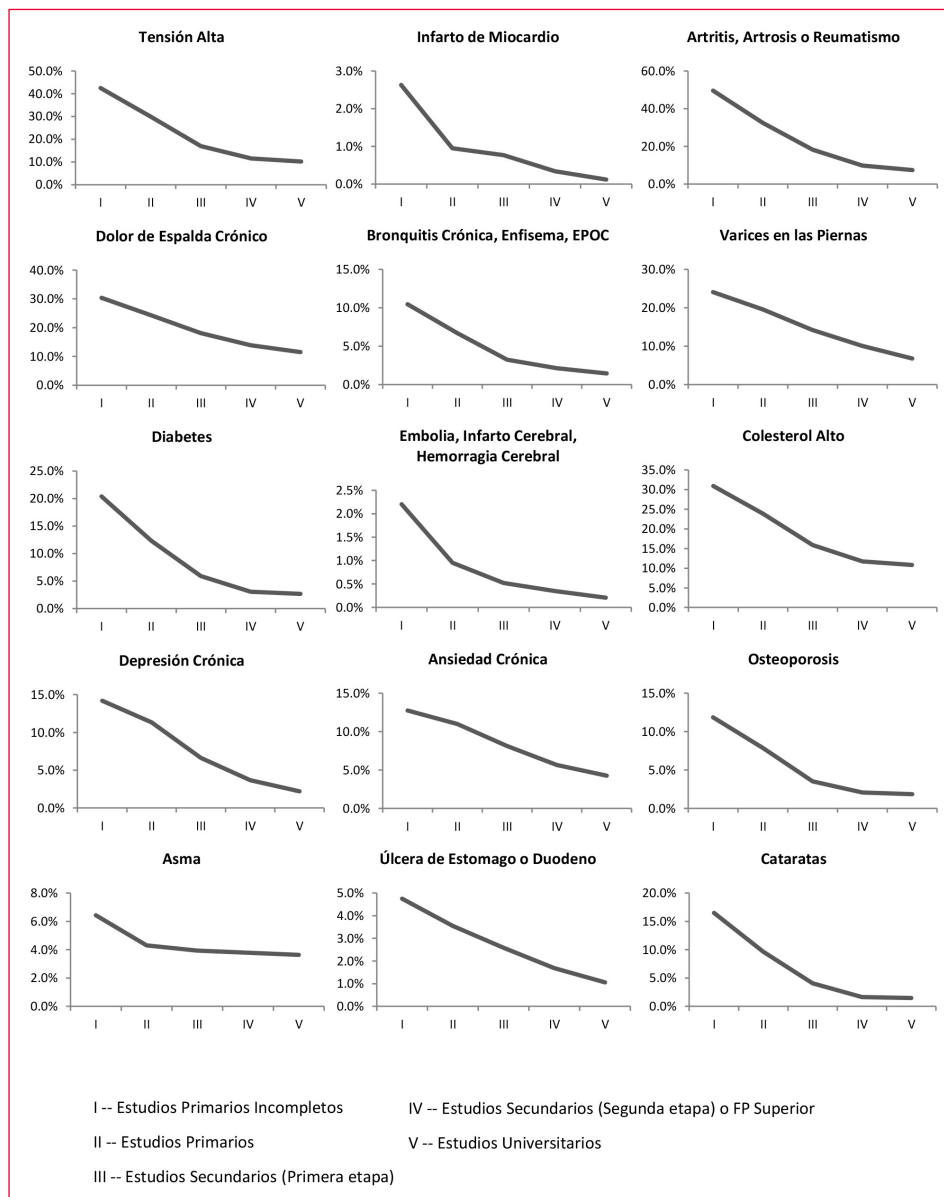
(4) Fuente: OECD *Health Statistics*, 2012 (o fecha más próxima).

Gráfico 4 - Años de Vida Saludables (AVs) de Hombres, 2012 ⁽⁵⁾



(5) Fuente: OECD *Health Statistics*, 2012 (o fecha más próxima).

Gráfico 5. Prevalencia de Enfermedades Crónicas
en Personas de más de 65 años según Nivel de Estudios (6)



(6) Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2012, Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

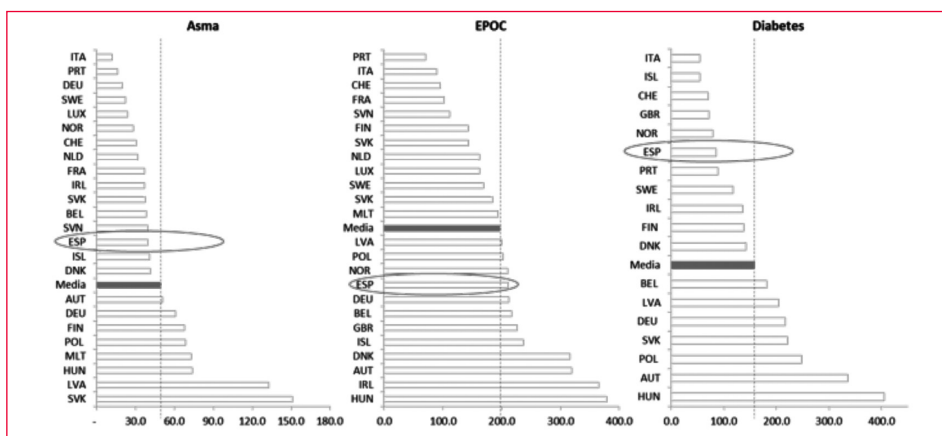
En la evaluación del nivel de salud de la población, la salud percibida de los individuos es también un indicador útil. Este informe incluye una comparación internacional de este indicador en el Apéndice A.

1.2. Resultados de los servicios sanitarios

En esta subsección se presentan indicadores que dan la información necesaria para aislar cómo los servicios sanitarios están, de hecho, contribuyendo a los resultados del sistema sanitario. Se han elegido unas enfermedades que ciertamente son prevalentes, pero no representativas.

El **Gráfico 6** presenta un indicador relacionado con la efectividad de la asistencia primaria. La atención primaria trata enfermedades que no suponen un riesgo para la vida, da atención a condiciones crónicas y encauza las derivaciones a especialistas cuando un paciente así lo requiere. La cantidad de admisiones hospitalarias relacionadas con enfermedades crónicas puede reducirse con una atención primaria adecuada. El **Gráfico 6** muestra que España tiene buenos resultados (menos admisiones) excepto en el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

**Gráfico 6. Admisiones Hospitalarias por Enfermedades Crónicas
por 100.000 habitantes, 2011 (7)**

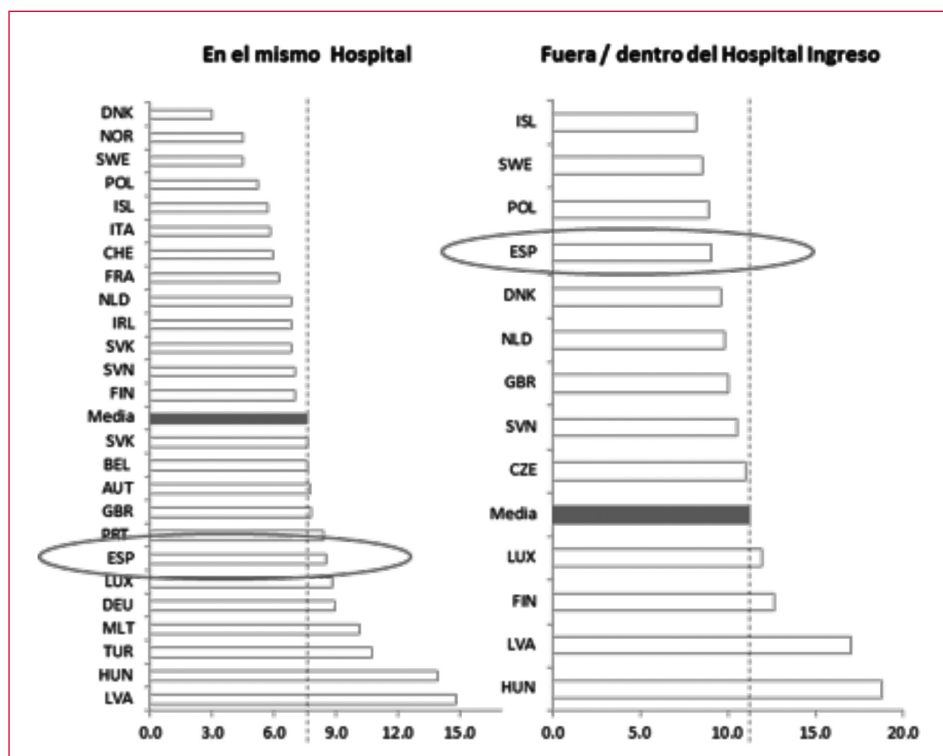


(7) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

Un indicador de la calidad de la atención hospitalaria es la cantidad de decesos por infartos e ictus tras 30 días después de la admisión hospitalaria – ver **Gráfico 7** y **Gráfico 8**. Este indicador no sólo mide la efectividad de los cuidados en el hospital sino también la eficiencia de los servicios de emergencia, como por ejemplo, el transporte al hospital.

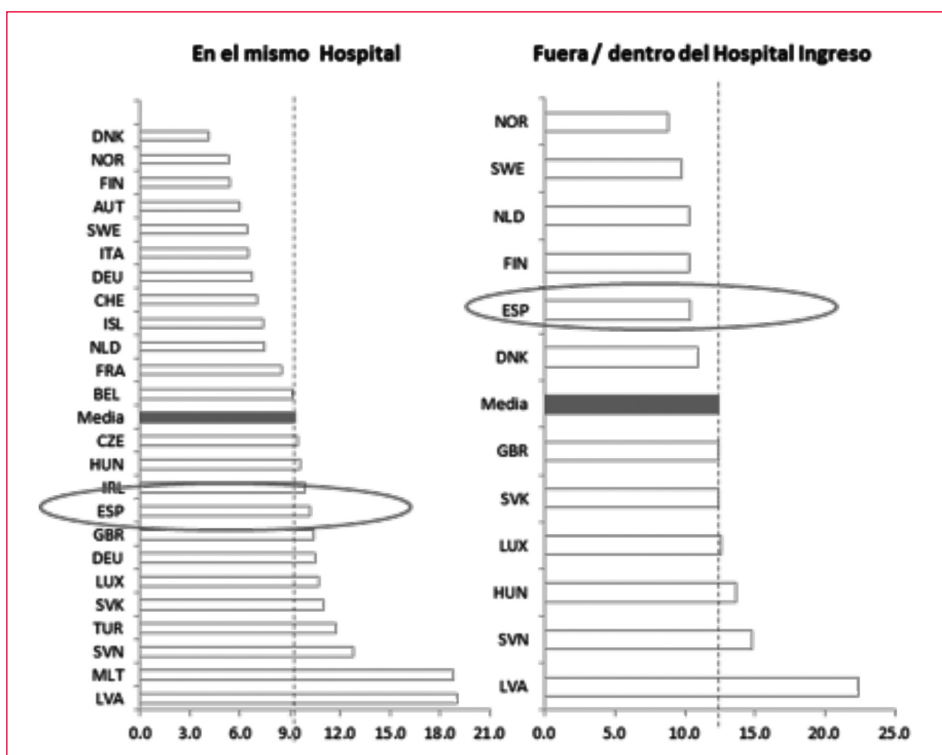
España tiene un valor por encima de la media en ambos casos para los decesos en el propio hospital, aunque cuando no se distingue por el lugar de la muerte, esto es, dentro o fuera del hospital de ingreso, la posición de España mejora. En cualquier caso, el número de países para los que este indicador está disponible disminuye considerablemente.

Gráfico 7. Decesos por Infarto a los 30 Días de Admisión / Adultos > 45 Años, 2011 (8)



(8) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

Gráfico 8. Decesos por Ictus a los 30 Días de Admisión / Adultos > 45 Años, 2011 (9)

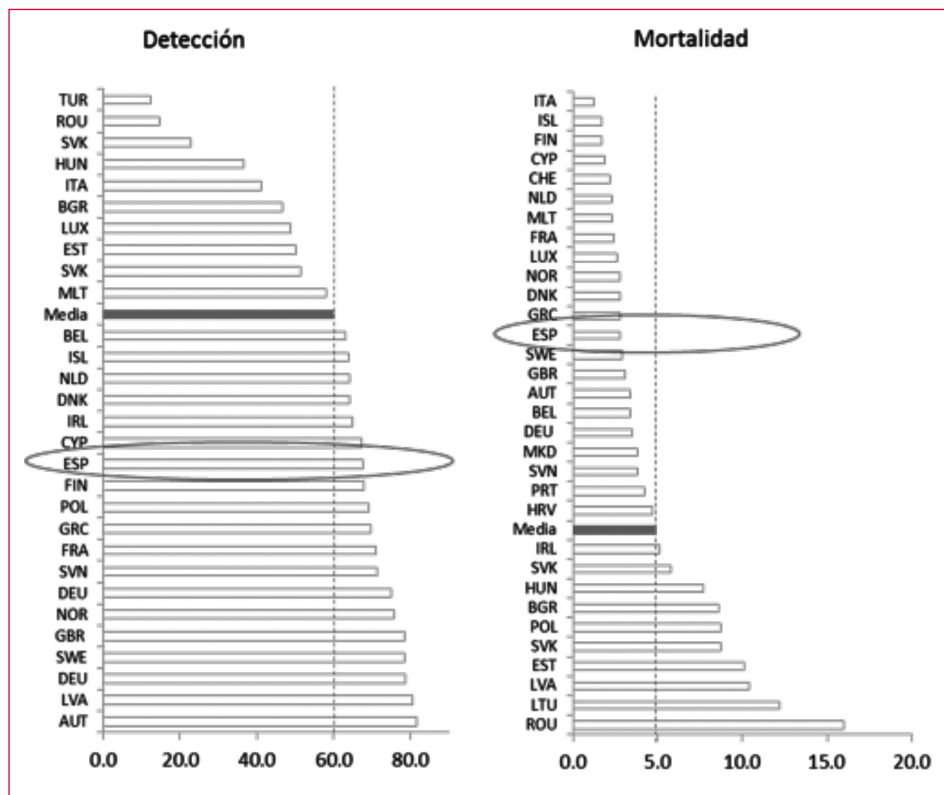


Los indicadores relacionados con tipos de cáncer que pueden ser detectados mediante test rutinarios constituyen una medida útil del grado de desarrollo y efectividad de los sistemas sanitarios.

El cáncer cervical es altamente curable si se detecta precozmente. La tasa de supervivencia de este tipo de cáncer es una buena forma de medir la efectividad de los sistemas de prevención de cáncer capturando tanto la detección precoz como el tratamiento. El **Gráfico 9** muestra que la situación de España es buena tanto respecto a las medidas de prevención de este tipo de cáncer como respecto a la tasa de mortalidad por cáncer cervical.

(9) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

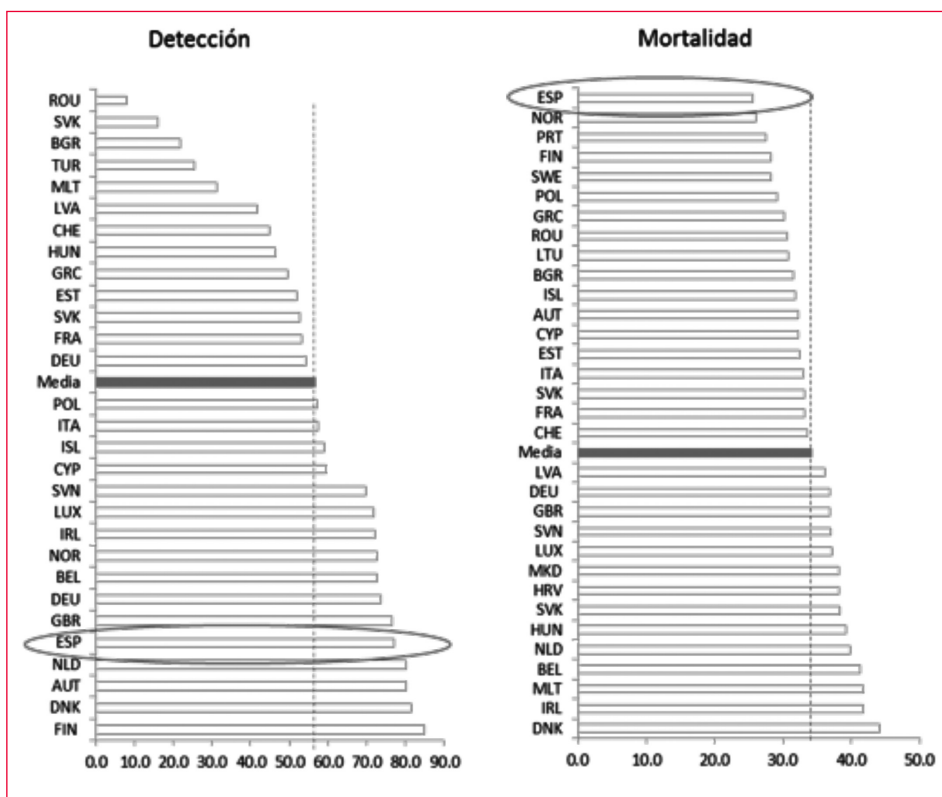
Gráfico 9. Test de Detección de Cáncer Cervical (% de mujeres) (10)
y Mortalidad por Cáncer Cervical (11)



(10) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Porcentaje de mujeres entre 20 y 69 años sometidas a test de detección. Datos de 2012 (o fecha más próxima).

(11) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Tasa de decesos por 100,000 mujeres. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

**Gráfico 10. Test de Detección de Cáncer de Mama (% de mujeres) (12)
y Mortalidad por Cáncer de Mama (13)**



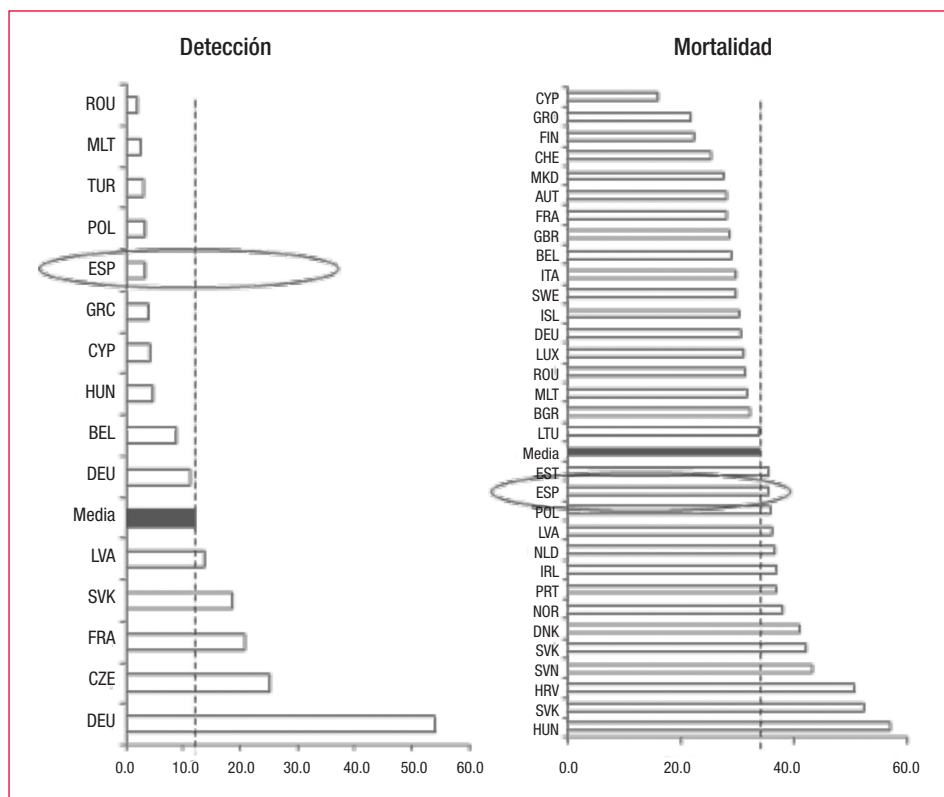
El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres. Las tasas de supervivencia reflejan tanto avances en el tratamiento como intervenciones de salud pública para detectar la enfermedad a través de programas de detección precoz. Al igual que para el cáncer cervical, España está por encima de la media europea en prevención y tiene la menor tasa de mortalidad de los países de la muestra.

(12) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Porcentaje de mujeres entre 20 y 69 años sometidas a test de detección. Datos de 2012 (o fecha más próxima).

(13) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Tasa de decesos por 100,000 mujeres. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

El cáncer de colon es el tercer tipo de cáncer más diagnosticado en el mundo. En el **Gráfico 11** vemos que España todavía tiene margen para mejorar la prevención de este tipo de cáncer con programas de detección precoz y que tiene una mortalidad por encima de la media de la muestra. La tasa de mortalidad refleja los resultados de los tratamientos contra el cáncer y test de detección y diagnóstico precoz.

**Gráfico 11. Test de Detección de Cáncer de Colon (% de individuos) (14)
y Mortalidad por Cáncer de Colon (15)**



(14) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Porcentaje de individuos entre 50 y 74 años sometidas a test de detección. Datos de 2008 (o fecha más próxima).

(15) Fuente: *Eurostat Statistics Database*, 2014, Tasa de decesos por 100,000 personas. Datos de 2011 (o fecha más próxima).

1.3. Capacidad de respuesta

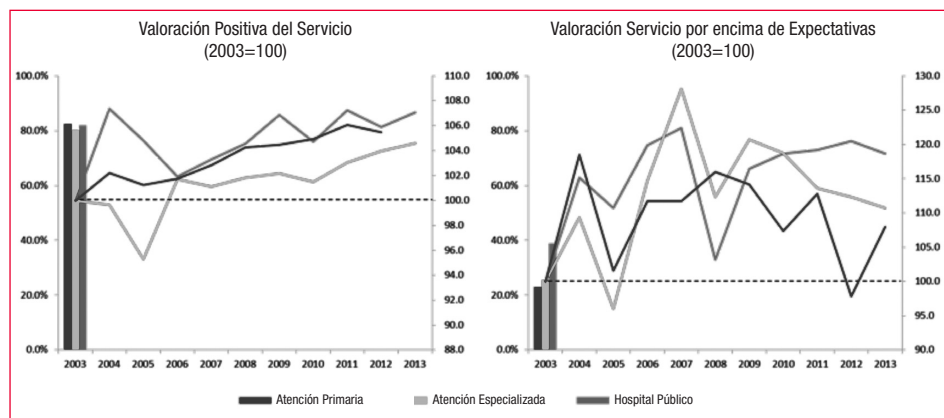
La Capacidad de respuesta del sistema sanitario es una medida de cómo el sistema funciona en relación con aspectos no relacionados con la salud directamente. En concreto, captura si las expectativas de la población sobre el trato que esperan recibir del sistema sanitario se cumplen. Esta medida de evaluación implica que un objetivo de los sistemas sanitarios es que estos deben servir a sus usuarios yendo más allá de los resultados en términos de salud. La capacidad de respuesta puede medirse con una serie de indicadores relacionados con (a) **el trato a las personas** (esto es, en términos de respecto, dignidad, confidencialidad, autonomía y capacidad de participar en decisiones sobre la propia salud) y (b) **la calidad objetiva del servicio** (por ejemplo, atención o respuesta en un margen de tiempo razonable, calidad y limpieza de las instalaciones, espacio disponible por paciente, cómo de nutritiva es la comida ofrecida, acceso a redes de apoyo social para las personas recibiendo atención sanitaria y posibilidad de elegir proveedor de asistencia sanitaria) (iv).

Es importante observar que hay escasez de datos para cuantificar esta dimensión del funcionamiento de los sistemas sanitarios y que es el área de evaluación sobre la que menos consenso hay en la literatura comparada en lo relativo a los indicadores que deben ser utilizados.

Evaluando el trato a las personas. Para hacer una evaluación general de la opinión de los usuarios del sistema sanitario español sobre el funcionamiento del mismo, se utiliza información del Barómetro Sanitario 2013. El **Gráfico 12** muestra el porcentaje de personas que consideraba la atención primaria, especializada y en los hospitales como buena o muy buena en el año 2003; y cómo esta variable ha evolucionado a lo largo de 10 años. Los resultados muestran una progresión positiva durante el periodo de observación. Igualmente el **Gráfico 12** muestra la proporción de pacientes que consideraban que los servicios recibidos en atención primaria, especializada y en hospitales habían excedido sus expectativas siendo mejor o mucho mejor de lo esperado en el año 2003 y durante los siguientes 10 años. En este caso, pese a que el patrón de la evolución de la variable a lo largo

del periodo es algo más errático, es relevante destacar que en todos los casos, el nivel al final del periodo se sitúa por encima del registrado al inicio.

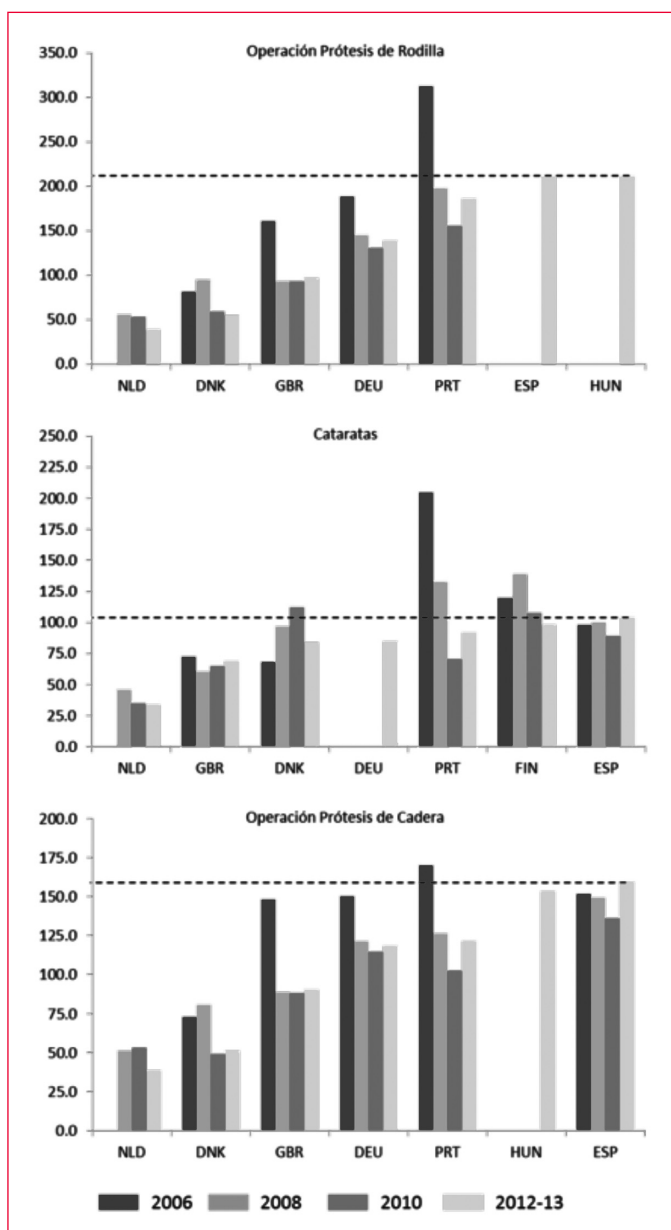
Gráfico 12. Valoración Subjetiva de los Servicios Sanitarios, 2003-2013 (16)



Evaluando la calidad objetiva del servicio. Para evaluar la calidad objetiva del servicio se observa la posición de España con respecto a pares de su entorno socioeconómico en tiempos de espera para cirugías no urgentes. La disponibilidad de los diferentes especialistas necesarios para la operación quirúrgica (ej. anestelistas, cirujanos) y del equipo necesario para llevar a cabo la intervención, así como la eficiencia en el uso de los recursos, determinan la tasa de actividad quirúrgica. En el **Gráfico 13** se observa que España ocupa el último puesto en el número de días medio de espera para los tres tipos de operaciones y que este indicador ha empeorado durante el periodo de estudio. En 2012-13, España junto con Hungría tenían el tiempo de espera mayor para la operación de prótesis de rodillas (unos 211 días). Para el mismo año, el tiempo de espera medio para operación de cataratas era de 40 días en Holanda y de unos 100 días en España. Respecto a la prótesis de cadera, el tiempo medio de espera era alrededor de 40 días en Holanda y unos 160 días en España.

(16) Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013, Barómetro Sanitario 2013, http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

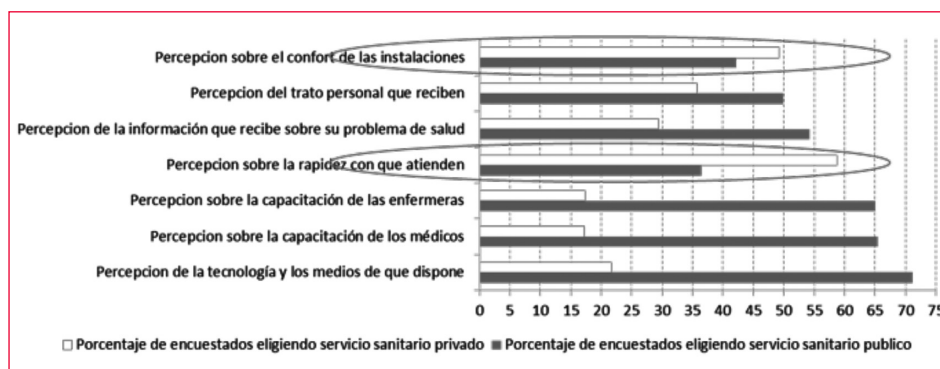
Gráfico 13. Número Medio de Días en Espera para Operación Quirúrgica (17)



(17) Fuente: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

Respecto a posibles diferencias en la capacidad de respuesta del sistema sanitario dependiendo del estatus socioeconómico de los ciudadanos, no hay mucha información disponible, aunque cabe resaltar ciertos resultados del Barómetro Sanitario de 2013. El **Gráfico 14** (18) muestra las respuestas de los encuestados sobre sus preferencias entre servicios públicos o privados dependiendo de determinadas dimensiones relacionadas con la calidad del servicio. Teniendo en cuenta el pago para acceder a los servicios privados, y la consiguiente restricción para los grupos socioeconómicos de renta baja, las respuestas constituyen un indicador sobre si la capacidad de respuesta del sistema sanitario es distinta teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de los ciudadanos. El Gráfico muestra que los ciudadanos elegirían el sistema de atención público frente al privado para la mayoría de las dimensiones de la asistencia sanitaria excepto para el confort de las instalaciones (36.4% frente al 58.74%) y la rapidez con que atienden al paciente (42.2% frente al 49.1%). Esto último es consistente con los relativamente elevados tiempos de espera identificados en el **Gráfico 14**.

Gráfico 14. Preferencias entre servicio privado y público dependiendo de dimensiones de calidad del servicio (19)



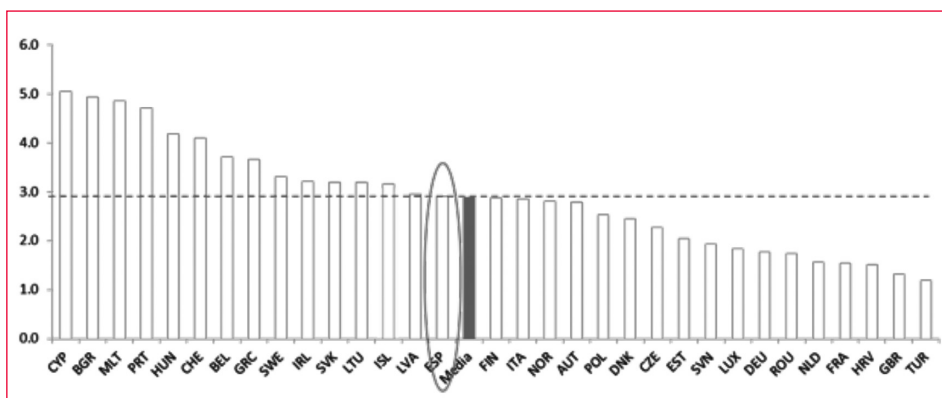
(18) Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013, Barómetro Sanitario 2013 (disponible en http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)

(19) Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013, Barómetro Sanitario 2013, http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm

1.4. Protección para el pago de servicios

La protección para el pago de servicios recoge la capacidad del sistema para proteger a las personas frente a las consecuencias monetarias de la enfermedad. Los sistemas de protección pública hacen frente a las consecuencias monetarias asociadas al coste de los servicios sanitarios. El sistema sanitario español es gratuito en el punto de acceso exceptuando el co-pago para los medicamentos y los productos y servicios sanitarios que no tienen cobertura pública. Una forma de medir cuál es el desempeño del sistema sanitario español con respecto a la protección para el pago que da a los ciudadanos en el caso de enfermedad o para promover su salud, es analizar lo que los hogares gastan en sanidad como porcentaje de su gasto total, suponiendo que obtienen lo que necesitan. Este indicador captura los desembolsos que los ciudadanos hacen directamente ante la falta de cobertura. El **Gráfico 15** muestra que los españoles están en la media de la muestra gastando un 2,9% en servicios y productos relacionados con la salud.

**Gráfico 15. Gasto Sanitario fuera de Cobertura de Seguros
como % del Consumo de los Hogares, 2011 (20)**

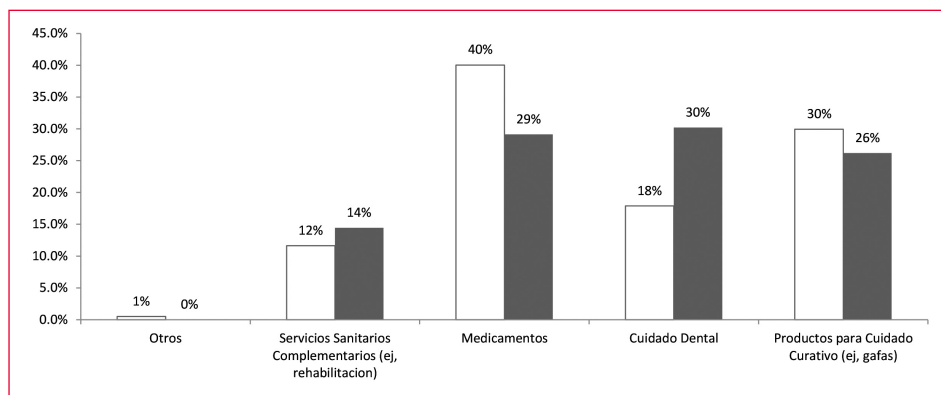


El **Gráfico 16** muestra las proporciones del gasto de los hogares en productos y servicios sanitarios no incluidas en cobertura del seguro público y lo compara con

(20) Fuente: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>

la media de países para los que la información esta disponible. El Gráfico muestra que en cobertura pública para cuidados dentales España está significativamente por debajo de la media.

Gráfico 16. Gasto Sanitario como Porcentaje del Consumo de los Hogares por tipo de Bienes y Servicios, 2011 (21)



También es necesario evaluar si la Protección para el Pago de Servicios varía con el estatus socioeconómico de los individuos. Para ello, el **Gráfico 17** presenta una comparación internacional sobre el número medio de necesidades sanitarias no atendidas para el quintil de renta más alto y más bajo en cada uno de los países. Este indicador está basado en la respuestas de encuestados sobre si en los 12 meses previos no han podido acceder a algún tipo de servicio sanitario debido a alguna razón incluyendo precio, distancia geográfica o imposibilidad para ausentarse del trabajo. En el caso de España este indicador es similar para ambos quintiles, lo cual es un dato positivo. El **Gráfico 18** presenta la misma información circunscribiéndola a servicios sanitarios dentales. En este caso sí parecen existir diferencias significativas. Los españoles de rentas más bajas están teniendo más dificultades para acceder a la atención dental (en concreto 3 veces más que los españoles con rentas más altas).

(21) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. La muestra de países incluye CYP, LUX, BEL, AUT, HUN, FRA, LVA, SWE, FIN, SVN, DNK, DEU, ESP, SVK, CZE, NLD, POL, LTU, EST, ROU, HRV, CHE, NOR, e ISL.

Gráfico 17. Necesidades médicas no atendidas, 2012 (22)

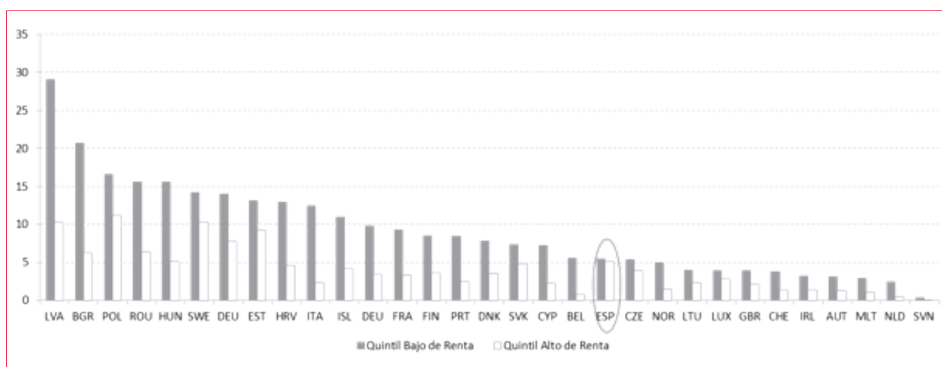
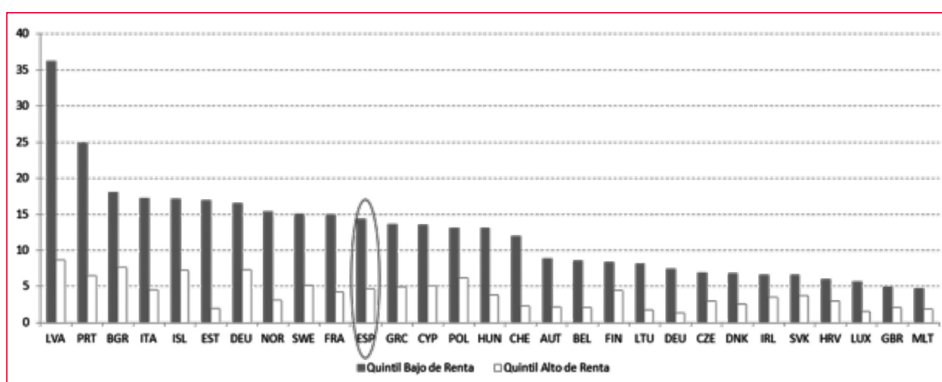


Gráfico 18. Necesidades dentales no atendidas, 2012 (23)



1.5. Eficiencia

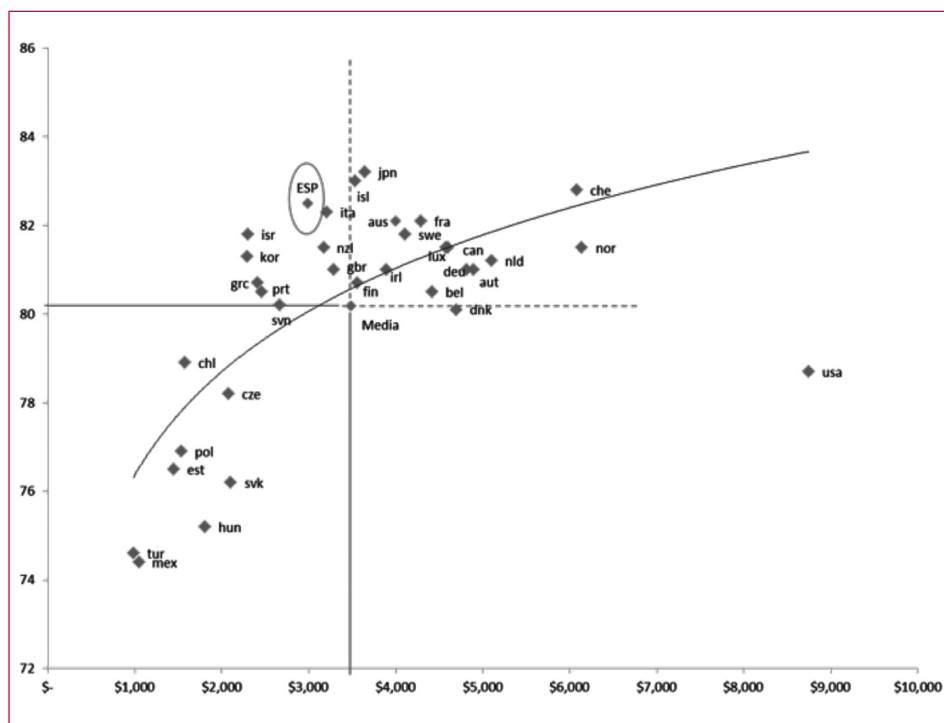
El área de evaluación Eficiencia (esto es, hasta qué punto los recursos disponibles están siendo utilizados de una manera adecuada para alcanzar el máximo potencial en términos de los objetivos del sistema sanitario) es compleja de cuantificar. La eficiencia del sistema se debe estudiar caso por caso para ver hasta qué punto se alcanzan determinados objetivos.

(22) Fuente: *Eurostat Statistics Database*.

(23) Fuente: *Eurostat Statistics Database*.

Para estudiar la relación entre recursos y resultados en la salud, el **Gráfico 19** presenta la relación entre el gasto agregado per cápita en salud y esperanza de vida para una selección amplia de países que incluye a España. Este análisis descriptivo parece indicar que el sistema sanitario español ocupa un puesto destacado en términos de eficiencia puesto que ha alcanzado un nivel de esperanza de vida elevado pese a tener un gasto per cápita por debajo de la media. Este análisis es obviamente limitado aunque no deja de ofrecer conclusiones positivas. La combinación de los recursos empleados en los servicios sanitarios junto con el resto de elementos que conforman el sistema sanitario español ha alcanzado buenos resultados en comparación con otros países de nuestro entorno.

Gráfico 19. Esperanza de Vida al Nacer vs. Gasto en Sanidad per Cápita (\$ PPP), 2012 (24)



(24) Fuente: OECD Health Statistics 2014. Datos 2012 (o fecha más cercana).

Una perspectiva microeconómica orientada a evaluar la productividad de los recursos específicos de los servicios sanitarios en comparación con lo observado en otros países de nuestro entorno es también muy relevante. En relación a los profesionales sanitarios, lo que a continuación se plantea no es más que un ejemplo que debe ser investigado con más profundidad –esto es, a la luz de la práctica internacional en términos de ratios de médicos. España supera a la media europea en número de doctores (3,8 doctores por cada 1,000 habitantes frente a los 3,4 doctores por cada 1,000 habitantes de la EU28) (25) y respecto al número de consultas realizadas por cada médico, la media española es algo inferior a la media europea (1.958 frente a 1.910) (26). Este indicador no debería tomarse como una medida de productividad de los médicos puesto que las consultas pueden variar en número de minutos y en efectividad. Sin embargo es interesante enlazar el número de médicos con el número de enfermeros. Como se ve en los **Gráficos 20 y 21**, tanto en el número de enfermeros por cada 1,000 habitantes como en el ratio de enfermeros por cada médico, España está por debajo de la media europea. Los/as enfermeros/as juegan un papel esencial en la provisión de atención sanitaria en hospitales y residencias pero también tienen un papel más protagonista en atención primaria y en atención a domicilio, especialmente para el cuidado de enfermos crónicos. Dada la evolución esperada de la población con un envejecimiento de la misma y un aumento en enfermos crónicos, el número y el rol de los/as enfermeros/as en el sistema sanitario español, influirá crecientemente en la eficiencia del mismo. También hay evidencia de que mayores tasas de enfermeros o enfermeras están asociadas con una atención al paciente de mayor calidad y seguridad (v). Evaluaciones de la labor realizada por este tipo de trabajadores en países como Finlandia o Canadá muestran que pueden mejorar el acceso a la atención y reducir los tiempos de espera (27).

(25) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014, OECD (2014), Número de médicos por cada 1,000 habitantes, 2012 (o año más cercano), en *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD: Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-graph54-en

(26) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014, OECD (2014), Número de consultas por médico, 2012 (o año más cercano), en *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD: Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-graph57-ene

(27) Fuente: OECD *Health at a Glance* 2014.

Gráfico 20. Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes, 2012 (28)

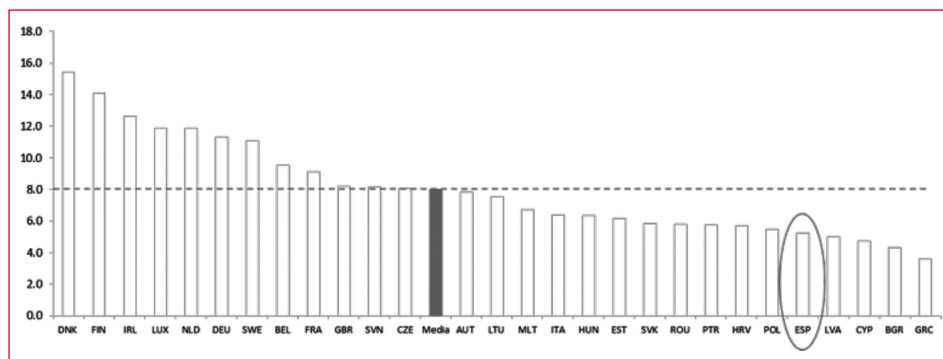
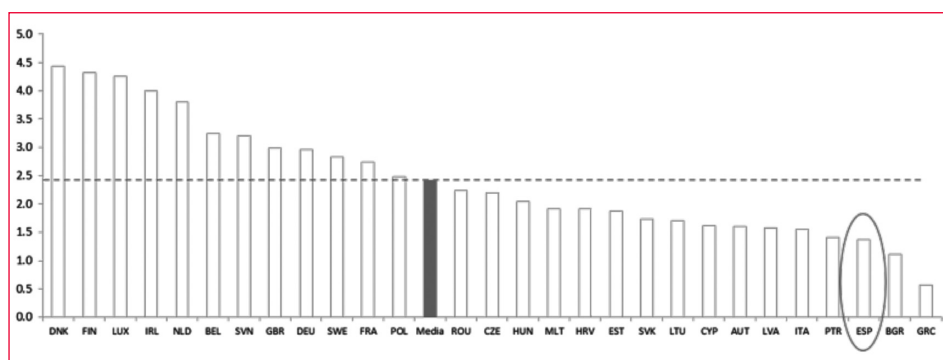


Gráfico 21. Ratio de enfermeras por cada médico, 2012 (29)



1.6. Síntesis de la sección

En esta sección se hace una evaluación general del desempeño del sistema sanitario español con un enfoque multidimensional y haciendo uso de una comparación con los sistemas sanitarios de otros países de nuestro entorno socioeconómico.

(28) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014, OECD (2014), Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes, 2012 (o año más cercano), en *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD: Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-graph58-en

(29) Fuente: OECD *Health Statistics* 2014, OECD (2014), Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes, 2012 (o año más cercano), en *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD: Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-graph58-en

- En términos de **salud de la población**, el sistema sanitario español ha ayudado a que, en media, los ciudadanos hayan alcanzado una esperanza de vida entre las más altas de los países de nuestro entorno. No obstante, al estratificar el nivel de salud de la población por grupos socioeconómicos se aprecia un grado de desigualdad muy significativo. También se observa que en términos de expectativas de años de vida saludables de los grupos de edad avanzada España está en unos niveles próximos o por debajo de la media.
- En lo relativo a cómo **los servicios sanitarios** están contribuyendo a los resultados de nuestro sistema, con excepciones, la valoración presenta resultados relativamente positivos. El nivel comparablemente bajo de admisiones hospitalarias por enfermedades crónicas como asma o diabetes puede estar asociada a una atención primaria de calidad. Igualmente los niveles de decesos por enfermedades coronarias tras 30 días de la hospitalización demuestra que los servicios de urgencias y atención hospitalaria actúan de manera efectiva. También es destacable el alto porcentaje de población sometido a sistemas de detección adelantada de ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, cervical y de mama), así como los bajos niveles de mortalidad asociados a estas dolencias.
- Con respecto a la **capacidad de respuesta** del sistema (esto es, entre otras variables, la valoración que los ciudadanos hacen sobre si el sistema cumple con sus expectativas y la accesibilidad al sistema en un tiempo razonable), la escasez de datos y la subjetividad intrínseca de esta variable, dificulta obtener conclusiones. Sin embargo la tendencia positiva de los índices de valoración de los ciudadanos durante los últimos 10 años es un resultado destacable. También es importante que desde un punto de igualdad socioeconómica, el nivel de renta no constituye una barrera para que los ciudadanos accedan a un sistema que satisfaga sus expectativas. Exceptuando lo relativo a las listas de espera, los ciudadanos prefieren en general el sistema público frente al sistema privado. Respecto a la accesibilidad al sistema en un tiempo razonable, el desempeño no es positivo con tiempos de espera significativamente por encima de la media.
- Evaluando la **protección para el pago de servicios**, el sistema sanitario español está entre los mejores de su entorno con un nivel de gasto en servicios fuera de la cobertura pública por debajo de la media. Excepto en lo que se refiere a la

atención dental, el nivel de renta no constituye un impedimento para que los ciudadanos puedan satisfacer su demanda de servicios sanitarios.

- La medición de **la eficiencia** del sistema sanitario (esto es, hasta qué punto los recursos están siendo empleados de manera adecuada para conseguir los objetivos del sistema) constituye un ejercicio complejo que depende del enfoque que se esté tomando. Desde una perspectiva agregada (por ejemplo, comparando la esperanza de vida media de los ciudadanos con respecto al gasto sanitario per cápita) nuestro sistema sanitario parece encontrarse en una buena situación. Obtener conclusiones en un ámbito microeconómico debe basarse en múltiples consideraciones (por ejemplo para evaluar la productividad de los médicos de atención primaria se debe tener en cuenta no sólo la duración de las consultas sino la calidad de la atención, su efectividad y posibles mejoras basadas en la complementariedad con personal cualificado).

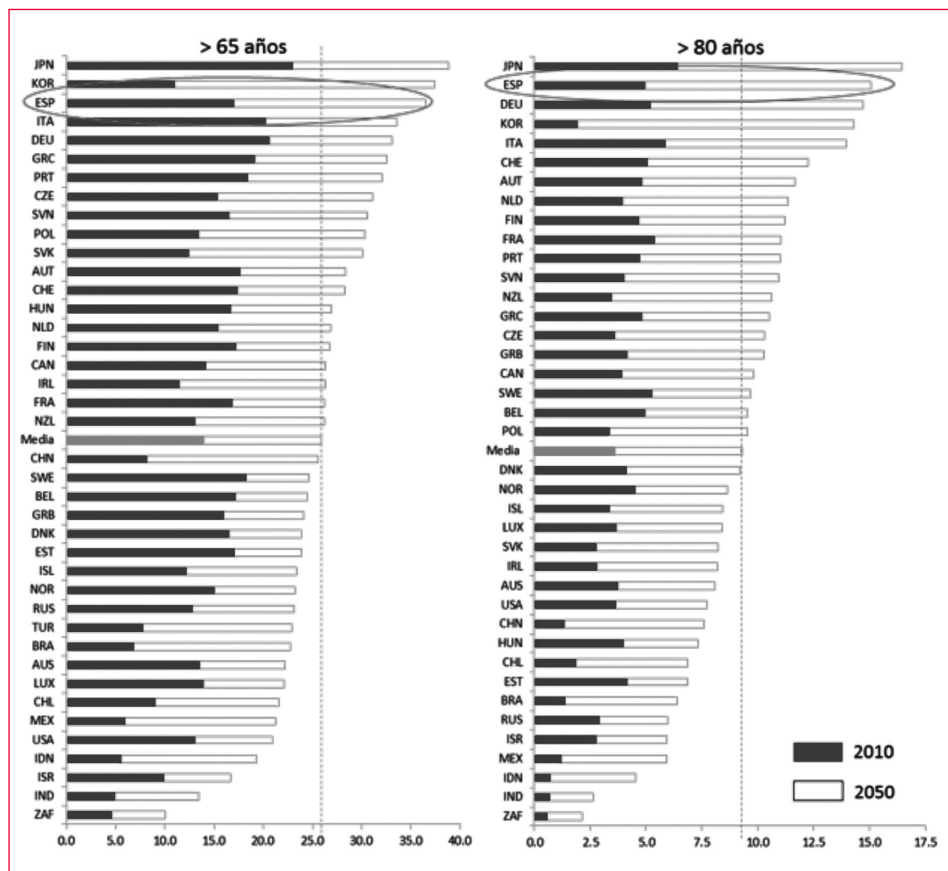
2. PRINCIPALES TENDENCIAS QUE AFECTAN LOS RESULTADOS FUTUROS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En esta sección identificamos los principales desafíos a los que se enfrenta el sistema sanitario español. Para ello analizamos las tendencias que van a determinar la demanda del sistema sanitario en España en el medio y largo plazo – en particular aquellas derivadas del envejecimiento de la población, el aumento de ciertos factores de riesgo como la obesidad, el cáncer y su tratamiento y los efectos de la reciente crisis económica. A la luz de estas tendencias, se trata la evolución futura del gasto en servicios sanitarios y la sostenibilidad fiscal del sistema en el medio y largo plazo.

2.1. El efecto del cambio demográfico

De manera consistente con la tendencia mundial, la población en España está envejeciendo. De hecho lo está haciendo a una tasa que hará que la proporción de población de más de 65 años esté significativamente por encima del nivel medio internacional - ver **Gráfico 22**. Esto es el resultado de una reducción de las tasas de fertilidad y un crecimiento constante de la esperanza de vida en las últimas décadas.

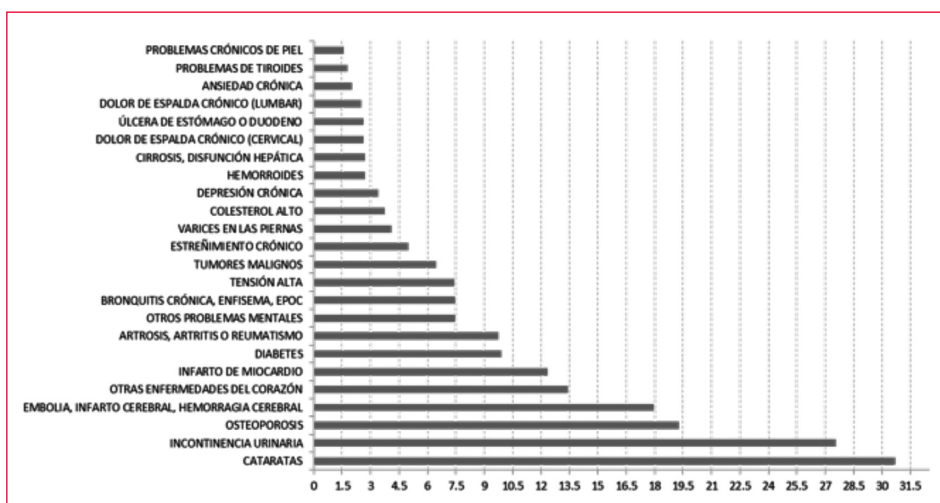
**Gráfico 22. Proporción de la población con más
de 65 años y 80 años – 2010 y 2050 (30)**



(30) Fuente: OECD Historical Population Data and Projections Database, 2013.

Teniendo en cuenta la prevalencia de enfermedades degenerativas y crónicas en la población de más edad – ver **Gráfico 23**, este cambio demográfico está causando un nuevo estadio en la llamada transición epidemiológica (vi,vii). Es decir un incremento gradual de la importancia relativa de las enfermedades crónicas y degenerativas en la morbilidad que afecta al conjunto de la población.

Gráfico 23 - Prevalencia de enfermedades crónicas en población mayor de 65 años como proporción de la Prevalencia de estas enfermedades en población menor de 65 años en España, 2012 (31)



(31) Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2012. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Caja 1. El impacto en el medio y largo plazo de la Demencia

La demencia es una categoría de enfermedades crónicas en las que se engloba entre otras el síndrome de Alzheimer, y que tiene en España una prevalencia por encima de la media observada en países del entorno europeo (ver **Gráfico 24**). Dado el patrón de incidencia por grupo de edad (ver **Gráfico 25**) y el envejecimiento progresivo de la población, el número de personas con este tipo de enfermedad en España seguirá creciendo de manera gradual en los próximos años.

Gráfico 24. Prevalencia (%) de Demencia en Población > 60 Años, 2012 (*)

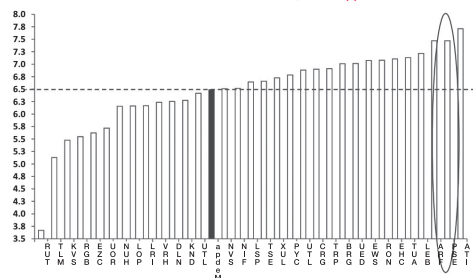
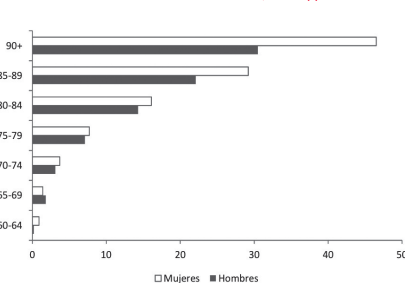


Gráfico 25. Prevalencia (%) de Demencia en Países Miembros UE, 2012(*)



(*) Fuente: OECD, 2014, "Dementia prevalence", in OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2014, Paris: OECD.

Adicionalmente, en España se observa que pese a que las personas mayores tienen una elevada esperanza de vida, su expectativa de años de vida saludables está cercana o por debajo a la media observada en países de nuestro entorno. En otras palabras, en media, los mayores en España viven más años que la media de la OCDE pero con un nivel de salud peor. Para ilustrar este punto, el **Gráfico 26** muestra un análisis descriptivo de la relación entre esperanza de vida y las expectativas de años de vida saludables de personas de 65 años en España y otros países de nuestro entorno. Se puede observar que los españoles de 65 años tienen un nivel de esperanza de vida significativamente alto pero sus expectativas de años de vida saludable están en torno a la media - en el caso de las mujeres por debajo.

Gráfico 26. Esperanza de Vida y Años de Vida Saludables a los 65 Años, Mujeres, 2012 (32)

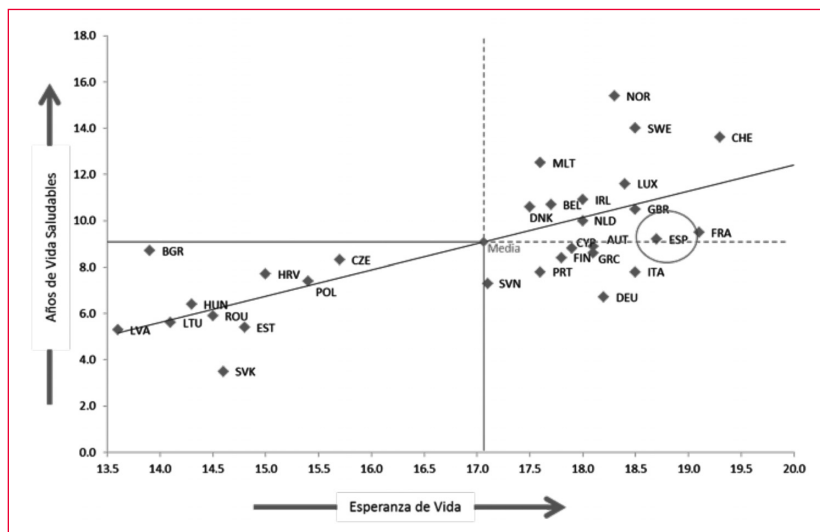
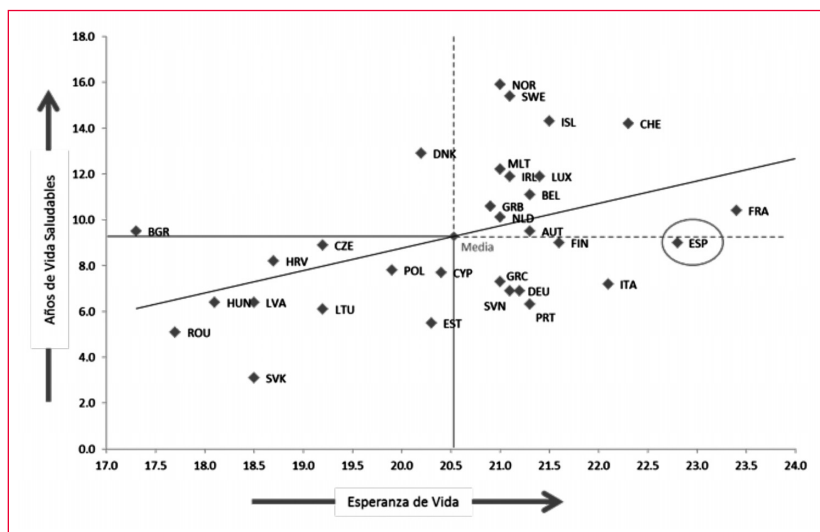


Gráfico 27. Esperanza de Vida y Años de Vida Saludables a los 65 Años, Hombres, 2012 (33)



(32) Elaboración propia, Fuente: OCDE. *Health Data* 2014.

(33) Elaboración propia, Fuente: OCDE. *Health Data* 2014.

El patrón observado para personas de 65 años parece ser común a personas de menor edad en España. Los **Gráficos 3 y 4** de la Sección 1.1 muestran como las expectativas de años de vida saludable de hombres y mujeres de 50 años en España están cercanas a la media de los países observados lo que contrasta con las personas que nacen en la actualidad con un nivel significativamente superior a la media.

Esta modificación del perfil epidemiológico en España hace previsible un incremento muy significativo del coste del sistema sanitario en España (34,35). Esto va a requerir una reorganización integral de la oferta de servicios que permita garantizar la sostenibilidad fiscal en el medio plazo y largo plazo.

Por otra parte, teniendo en cuenta la naturaleza de la nueva demanda (por ejemplo, personas mayores con más de una enfermedad crónica incluyendo demencia), la reestructuración de los servicios deberá tender no sólo a una mayor eficiencia en costes sino también a un enfoque personalizado en el que las necesidades del paciente sean cubiertas de manera adecuada. Este último objetivo deberá ser abordado teniendo en cuenta que la atención de este tipo de pacientes va a recaer cada vez menos en la estructura familiar. Particularmente en el caso de España, dada la reducción continuada de la tasa de natalidad desde al menos los últimos 40 años (36), la tendencia es que haya un descenso en el número de mayores viviendo con familias que se encarguen de su cuidado (37).

(34) En general se acepta que la edad es uno de los generadores de coste por paciente principales. El 2012 *Ageing Report* de la Comisión Europea indica que el gasto en servicios sanitarios se incrementa especialmente a partir de los 55 años para los hombres y de los 60 años para las mujeres. Fuente - *The 2012 Ageing Report, European Commission*, 2012.

(35) En el estudio *Public Spending on Health and Long-Term Care: A New Set of Projections* (OCDE, 2013) se estima que en media el gasto sanitario destinado a la población con una edad por encima de 65 años se encuentra en torno al 40% del total de los gastos sanitarios nacionales.(36) Elaboración propia, Fuente: OCDE. *Health Data* 2014.

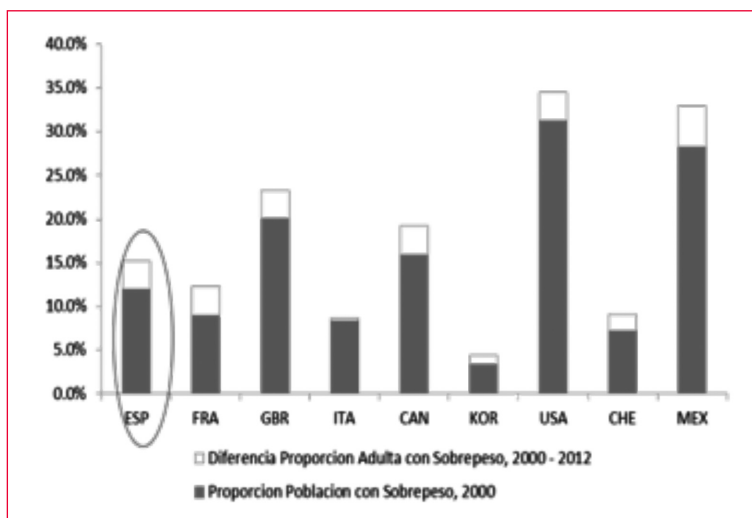
(36) Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Serie de Tasa Bruta de Natalidad 1975 – 2013.

(37) Fuente: *Global Health and Aging*, 2011, World Health Organization.

2.2. Obesidad en España

En línea con la tendencia observada en países de nuestro entorno, en los últimos años tanto la proporción de población adulta con sobrepeso (38) así como con obesidad (39) ha venido creciendo.

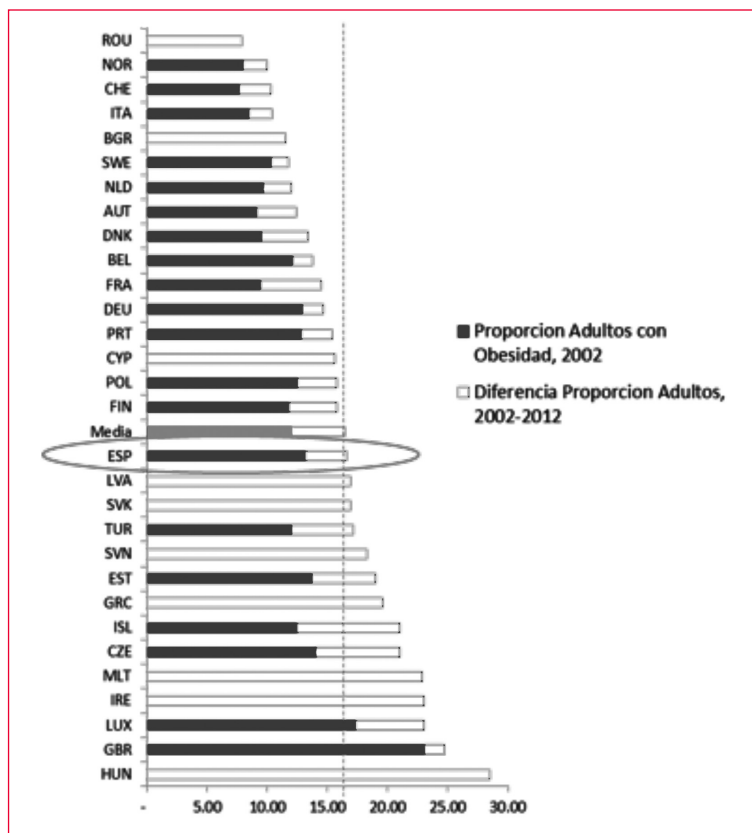
Gráfico 28 – Variación Adultos con Sobrepeso, 2000-2012 (40)



(38) Esto es, con un índice de masa corporal (IMC) entre 25 y 30. El índice de masa corporal es equivalente al ratio entre el peso del individuo en kilogramos y su altura medida en centímetros elevada al cuadrado.

(39) Esto es, con un índice de masa corporal por encima de 30. El índice de masa corporal es equivalente al ratio entre el peso del individuo en kilogramos y su altura medida en centímetros elevada al cuadrado.

(40) Fuente: *Obesity and the economics of prevention: Fit not Fat*, Update 2014. OECD, 2014.

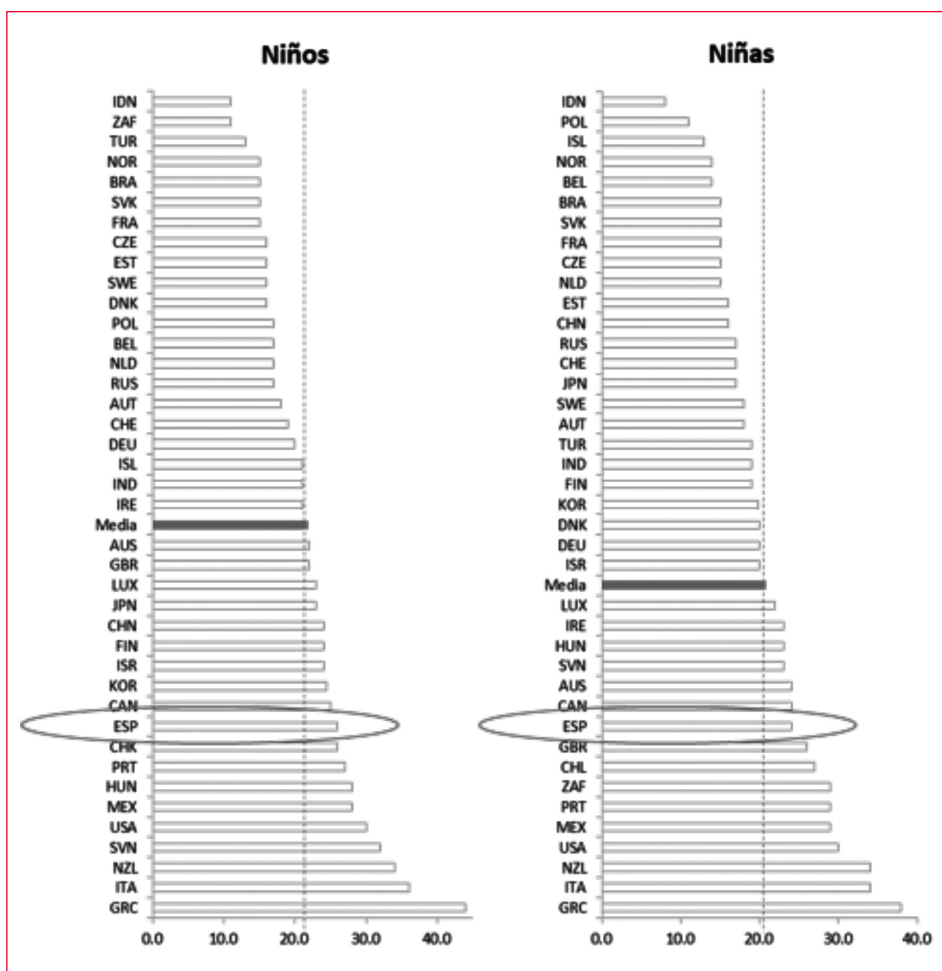
Gráfico 29 – Variación Adultos con Obesidad, 2002-2012 (41)

En particular la obesidad constituye un problema de orden mayor para la salud de los individuos y para los sistemas sanitarios. Está asociada a otros factores de riesgo como hipertensión y niveles de colesterol alto, así como a enfermedades crónicas graves (ej, diabetes, problemas cardiovasculares, y ciertos tipos de cáncer). Además la obesidad puede causar dificultades de tipo psicológico y social (viii). Como resultado, la obesidad reduce de manera significativa la esperanza de vida, limita la probabilidad de que los individuos puedan tener una vida normal activa, y en última instancia incrementa los costes del sistema sanitario (ix).

(41) Fuente: *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD, 2014. Para algunos países no hay dato disponible en 2002.

Por otra parte, con respecto a los países de nuestro entorno, la proporción de población infantil con sobrepeso u obesidad en España se encuentra en niveles significativamente por encima de la media – ver **Gráfico 30**.

Gráfico 30. Población Infantil con Sobrepeso y Obesidad, 2010 (42)



(42) Fuente: OECD, 2014. *Obesity Update*. Paris: OECD.

A parte de la morbilidad adicional que el sobrepeso y obesidad causa en este grupo de edad (por ejemplo, asma, problemas musculoesqueléticos, y potenciales desórdenes de salud mental) (x), hay que tener en cuenta que es altamente probable que los niños y adolescentes con índices de masa corporal elevados terminen siendo adultos obesos (43). Es decir, los altos niveles de obesidad y sobrepeso en la población infantil observados en la actualidad pueden estar consolidando una tendencia futura.

Para abordar el problema de la obesidad en España es útil entender si éste es un problema que afecta de manera uniforme a toda la población o si por el contrario tiene especial prevalencia en determinados grupos. Un análisis de los datos disponibles confirma que la edad y el estatus socioeconómico son factores relevantes en este sentido.

2.2.1. La obesidad y la edad de población

Con datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012 (44), los **Gráficos 31 y 32** muestran la relación entre la proporción de individuos con sobrepeso, obesidad y normopeso (45) y la edad de la población. El gradiente es claro en particular para las mujeres.

(43) El 40% de los niños con sobrepeso continuarán teniendo un mayor peso durante la adolescencia y 75-80% de los adolescentes obesos serán adultos obesos (ver: Lifshitz, F., 2008. "Obesity in Children". *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 1(2): 53-60).

(44) Encuesta Nacional de Salud 2012, Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

(45) Esto es, con un índice de masa corporal por encima de 30. El índice de masa corporal es equivalente al ratio entre el peso del individuo en kilogramos y su altura medida en centímetros elevada al cuadrado.

Gráfico 31. Proporción Población por nivel por IMC y edad, Hombres

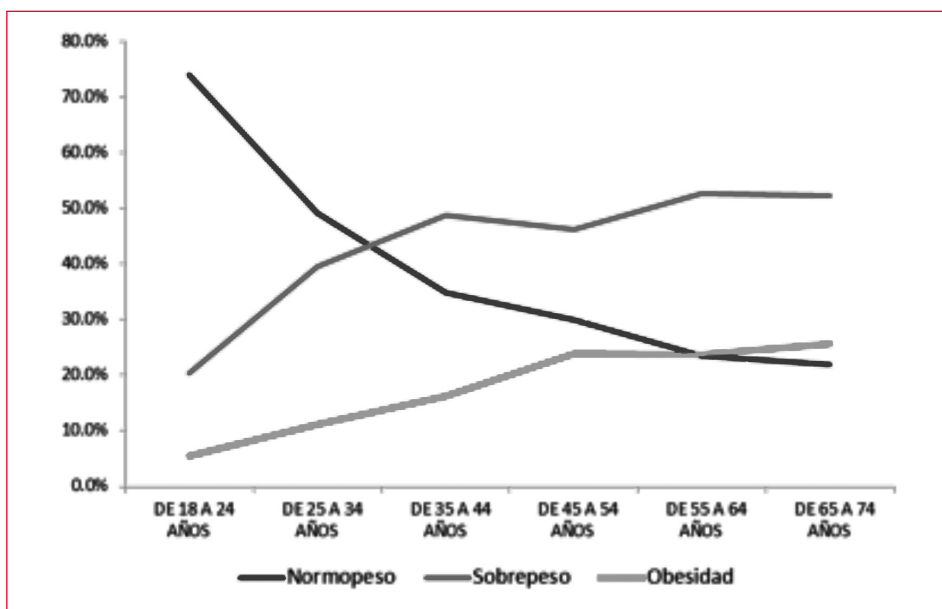
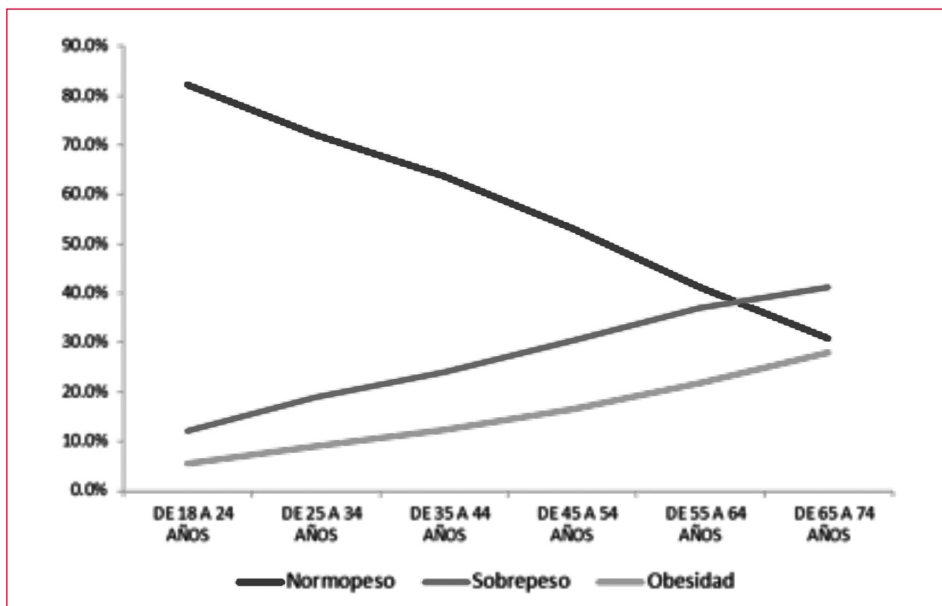


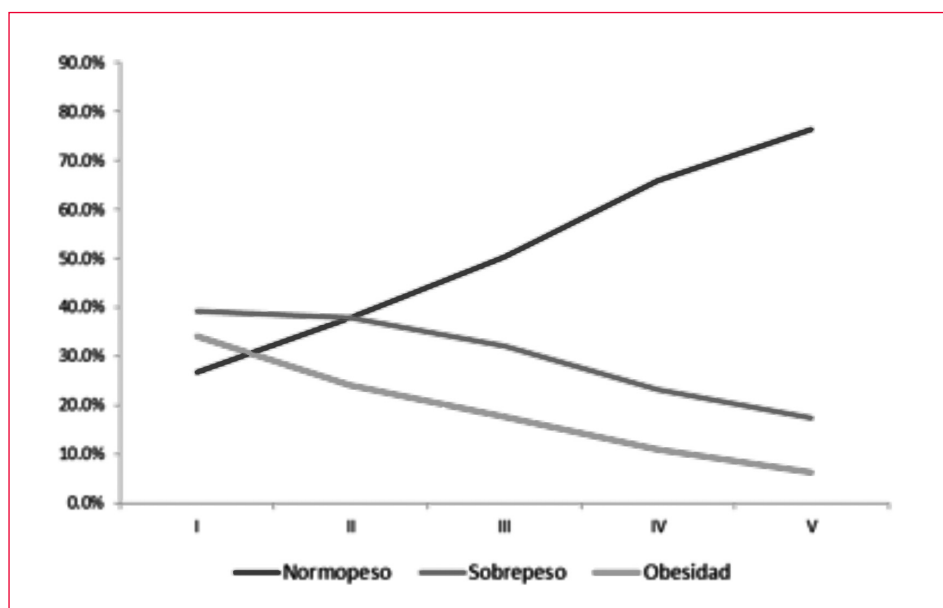
Gráfico 32. Proporción Población por nivel por IMC y edad, Mujeres



2.2.2. La obesidad y la situación socioeconómica

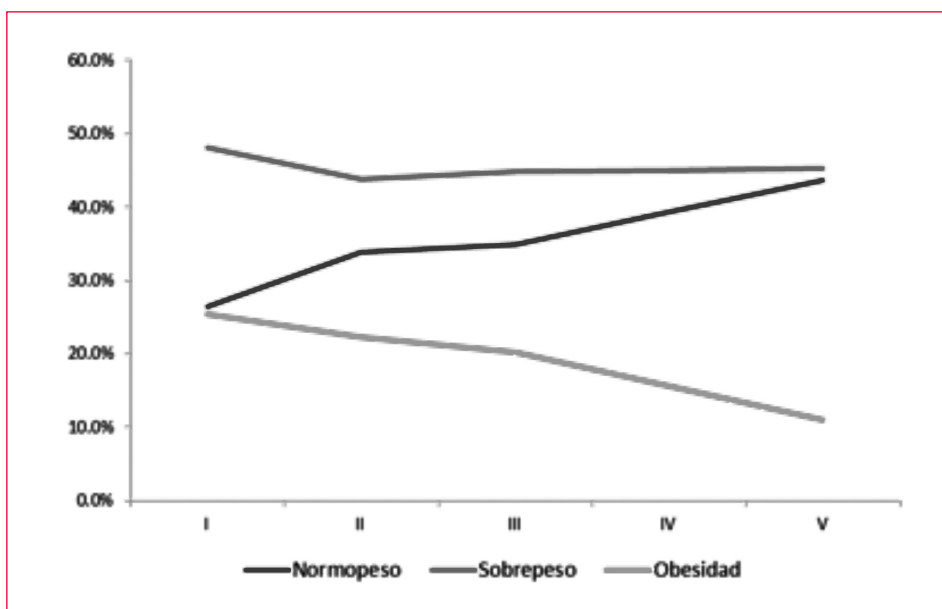
También basados en la Encuesta Nacional de Salud 2012 (46), los **Gráficos 33 y 34** muestran la relación entre los niveles de índice de masa corporal de la población y la educación – esto es, una proxy de la situación socioeconómica. Claramente, esta variable tiene una relación negativa con los niveles de obesidad – menores niveles de educación están asociados a mayor probabilidad de obesidad.

Gráfico 33. Proporción Población por nivel por IMC y nivel de educación, Mujeres



(46) Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2012, Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Gráfico 34. Proporción Población por nivel por IMC y nivel de educación, Hombres

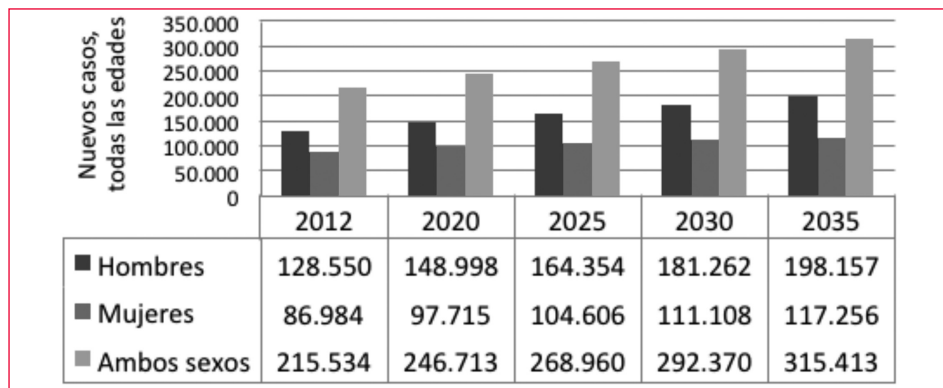


2.3. Cáncer en España

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, dependiente de la Organización Mundial de la Salud, publica periódicamente a través de su proyecto GLOBOCAN (47) datos sobre incidencia, prevalencia y mortalidad sobre los 28 tumores más frecuentes, en 184 países. Los últimos datos disponibles son de 2012.

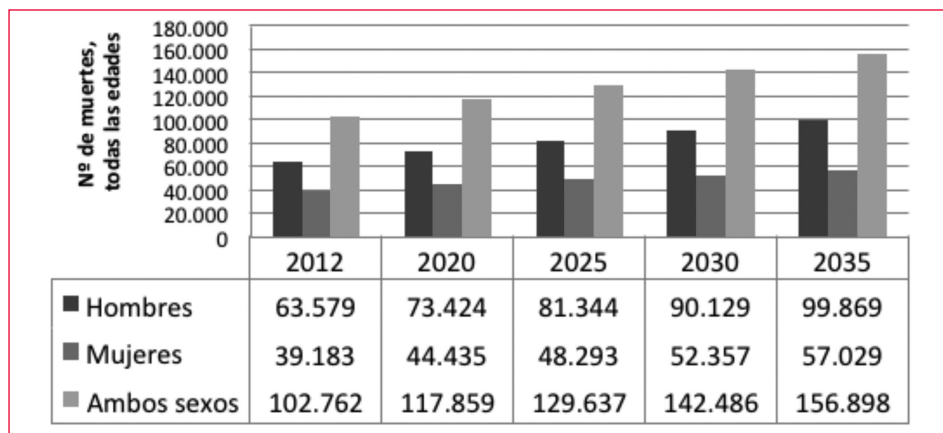
Uno de los aspectos más interesantes del proyecto es su herramienta online interactiva a través de la cual se pueden extraer estimaciones de incidencia y mortalidad. La herramienta para nuestro país estima un crecimiento del 14.5% en la incidencia para el año 2020, tomando como partida el año 2012. Este crecimiento será debido en mayor parte al crecimiento de la población, siendo para 2035 del 46.3%.

(47) Salud, O. M. (s.f.). The Globocan Project. Obtenido de The Globocan Project: <http://globocan.iarc.fr/>

Gráfico 35. Incidencia del cáncer en España, 2012 y previsiones

Elaboración propia a partir de los datos de GLOBOCAN

Como estas proyecciones se basan en el crecimiento de la población, el crecimiento de la mortalidad se estima similar:

Gráfico 36. Prevalencia del cáncer en España, 2012 y previsiones

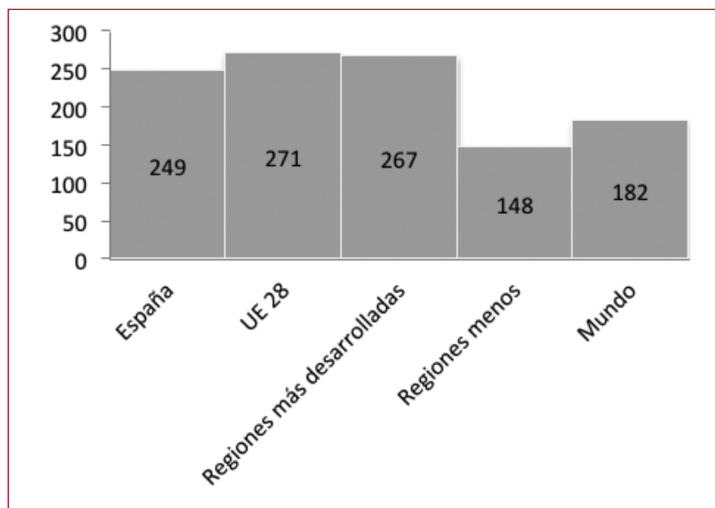
Elaboración propia a partir de los datos de GLOBOCAN

La propia agencia, en su informe 2014, estima que dentro de dos décadas la incidencia global será un 70% superior, debido sobre todo al aumento que sufrirá en los países menos desarrollados (48).

(48) Bernard W. Stewart; Christopher P. Wild. "World Cancer Report 2014.", IARC Publication, 2014. Who Press

A niveles comparados, España presenta unas tasas de incidencia relativa a su población menores pero muy similares a las de sus colegas europeos, y también a la media de las regiones más desarrolladas (todas las regiones de Europa, más Norte América, Australia, Nueva Zelanda y Japón):

Gráfico 37. Tasas de incidencia relativa de cáncer ajustada por edad



Elaboración propia a partir de los datos de GLOBOCAN

Estas elevadas y crecientes tasas de incidencia y mortalidad suponen una preocupación especial debido a los altos costes de tratamiento. Por ello se están desarrollando innovaciones disruptivas con el objetivo de transformar el manejo y pronóstico de la patología. Dentro de esto, las dos más destacables son la medicina de precisión, que basa el tratamiento en las características específicas de cada paciente, y la inmuno-oncología, en la que los tratamientos utilizan el sistema inmunológico propio del organismo para luchar contra el cáncer (49).

(49) http://www.gepac.es/docs/QUE_ES_LA_INMUNOONCOLOG%C3%8DA_GUIA.pdf

2.3.1. Medicina de precisión

El abordaje del tratamiento del cáncer ha cambiado notablemente en los últimos tiempos hacia la medicina de precisión. Si bien hasta hace poco la elección de tratamiento se basaba en localización del tumor, los grandes avances en el campo de la genética sobre el ADN y la expresión de los genes han permitido un nuevo abordaje de los tumores en función de la composición genética de éstos (xi).

Es esta nueva tendencia en el tratamiento de enfermedades lo que se conoce como medicina de precisión. Permite tratar de una forma más específica al paciente en función de sus necesidades individuales. La elección del tratamiento en este caso se realiza en base a unas características genéticas, fenotípicas y psicosociales, y a biomarcadores que distinguen a un paciente de otro con la misma patología (xii).

La pieza clave de la medicina de precisión es la caracterización de los biomarcadores de cada paciente, que son sustancias químicas o el producto de una interacción entre una sustancia química y una molécula o célula del cuerpo humano que puede medirse (xiii) y que indica la respuesta que está teniendo o que va a tener un paciente a un determinado tratamiento.

Como se muestra en la **Tabla 1**, existen numerosas proteínas y otros componentes biológicos utilizados como biomarcadores en muy distintas áreas terapéuticas. El estado o nivel en el que manifiesten los pacientes estos biomarcadores establecerá el protocolo de tratamiento a seguir para tratar la patología que padecen.

Como podemos ver en la tabla, el uso de los biomarcadores no es exclusivo en la oncología, sin embargo, en este campo se han descubierto numerosos biomarcadores que pueden predecir la respuesta de un paciente frente a una determinada terapia oncológica y en la actualidad se sigue esta línea de investigación para futuras terapias oncológicas.

Tabla 1. Ejemplos en los que se ha utilizado la medicina de precisión

Área Terapéutica	Enfermedad	Biomarcador
Cáncer	Leucemia mieloide crónica	BCR-ABL
Hematología	Trombosis	Factor V Leiden
Enfermedades infecciosas	VIH/SIDA	Linfocito T CD4+, carga viral VIH
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedad coronaria	CYP2C19
Enfermedades pulmonares	Fibrosis quística	G551D
Enfermedades renales	Rechazo de trasplante	Firma genética urinaria
Hepatología	Hepatitis C	Carga viral hepatitis C
Enfermedades endocrinológicas	Neoplasia endocrina múltiple tipo 2	RET
Enfermedades metabólicas	Hiperlipidemia	Colesterol LDL
Neurología	Encefalitis autoinmune	CXCL13
Psiquiatría	Trastorno de uso de alcohol	GRIK1
Farmacogenómica	Dejar de fumar	CYP2A6
Oftalmología	Amaurosis congénica de Leber	RPE65

Elaboración propia a partir de los datos de GLOBOCAN

Esta nueva tendencia en el tratamiento en oncología con medicina de precisión tiene una desventaja ya que el uso de los biomarcadores para determinar el tratamiento requiere una evaluación previa del estado del biomarcador. Sin embargo, esta desventaja resulta asumible si tenemos en cuenta que la medicina de precisión permite hacer una mejor elección de terapia para cada paciente, lo cual resulta en la obtención de resultados óptimos y además, minimiza el uso de terapias tóxicas y costosas de las que los pacientes no podrían beneficiarse (xii).

2.3.2. Inmuno-oncología

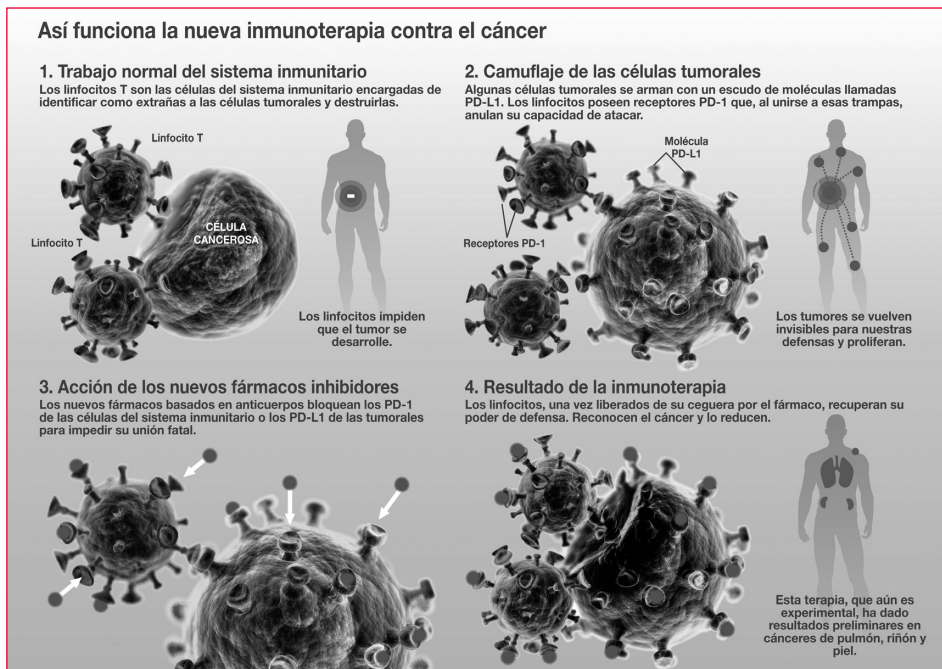
El sistema inmune tiene la función de proteger al cuerpo humano de agresores externos e internos, como las células cancerosas. Uno de sus mecanismos de combate de células tumorales son los linfocitos T, un tipo de glóbulo blanco, que se activa o desactiva al detectar la presencia de células cancerosas. Los tumores can-

cerígenos desarrollan mecanismos de evasión que les permiten esconderse del sistema inmune y aunque éste intente identificar las células malignas, ellas modifican sus características externas (estructura y membrana) armándose con un escudo de moléculas, llamadas PD-L1, que se unen a los receptores PD-1 de los linfocitos, anulando así su capacidad de reaccionar para ya no ser identificables e incluso pueden camuflarse pareciéndose a elementos sanos razón que explica la dificultad que existe para curar los tumores.

Las nuevas terapias englobadas dentro de la inmuno-oncología actúan sobre el sistema inmunológico del cuerpo humano, no sobre el tumor en sí, permitiendo que el sistema inmunológico reconozca y ataque selectivamente las células cancerígenas. Además aportan memoria a largo plazo al sistema inmunológico, de modo que este pueda adaptarse continuamente al cáncer a lo largo del tiempo y proporcionar una respuesta duradera y prolongada frente al cáncer.

Con estas nuevas terapias se ha conseguido en algunos tumores una supervivencia muy prolongada, con menores efectos secundarios (tiene baja toxicidad en comparación con la quimioterapia con efectos secundarios fáciles de tratar) y que se traduce por ello en una mejor calidad de vida de los pacientes. Estos beneficios duraderos en los pacientes pueden tener un impacto positivo crítico sobre la capacidad de los pacientes para volver al trabajo y llevar una vida saludable y productiva (xiv, xv, xvi). Es probable que estos tratamientos afecten positivamente a las curvas de supervivencia, como señalan Wolchok et al (xvii) en su estudio. Algunos de estos fármacos ya se encuentran comercializados en España para ciertos tipos de tumores y varios más se encuentran en fases avanzadas de estudio. Su rápido desarrollo así como sus esperanzadores resultados hacen pensar que el futuro de los tratamientos oncológicos estará asociado a la inmuno-oncología.

Figura 2. Nueva inmunoterapia contra el cáncer (50)



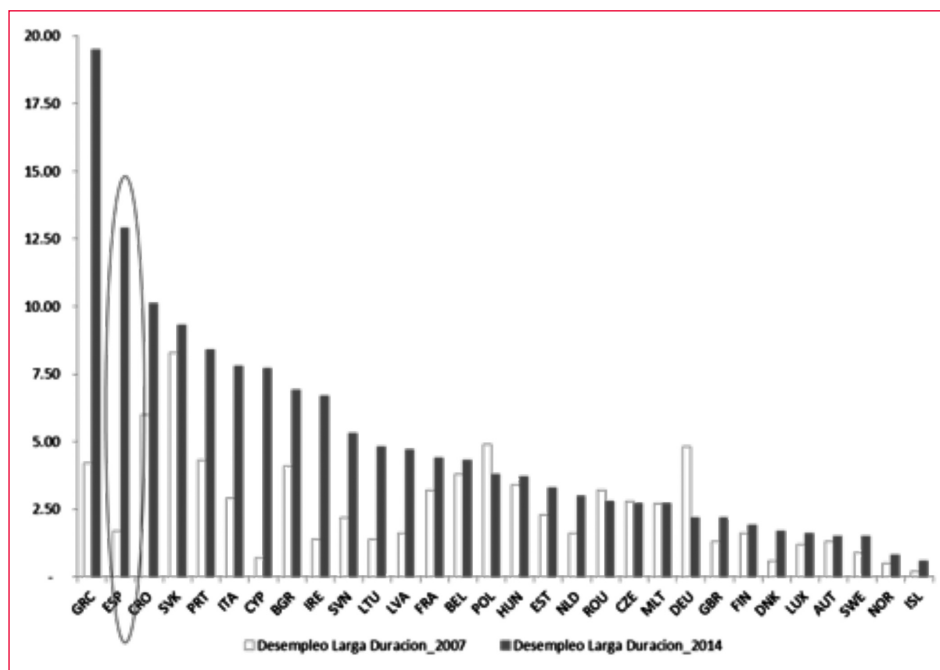
© Agencia Sinc /José Antonio Peñas

2.4. Los efectos de la crisis económica en la demanda de los sistemas sanitarios

La crisis económica iniciada en 2008 ha generado un incremento sin precedentes en el desempleo de larga duración en España y lo ha hecho muy por encima de otros países de nuestro entorno - ver **Gráfico 38**. En el primer trimestre de 2008 la cantidad de personas que había estado buscando empleo durante más de 1 año estaba por debajo de medio millón, mientras que en el primer trimestre de 2015, el número de personas en esta situación estaba por encima de 3.200.000 (51).

(50) Cancer Immunotherapy Supplement. Nature Vol. 504 No. 7480_supp ppS1-S48

(51) Fuente: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 38 –Empleo de Larga Duración como % de Población Activa (52)

La falta de recursos y el estrés asociado a esta situación son causa de una pérdida de bienestar y un empeoramiento de la salud de las personas y hogares directamente afectados. En esta línea es destacable que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012, la probabilidad de que una persona desempleada declare que su estado de salud percibido es “regular, malo o muy malo” es un 28% superior al de las personas con empleo. (53) El mantenimiento probable en el medio plazo del desempleo de larga duración por encima del nivel pre-crisis puede tener asociado un incremento de la morbilidad entre los grupos más afectados (por ejemplo, hombres de entre 30 y 45 años con un nivel de educación inferior o medio (xviii) y la consiguiente presión adicional sobre los recursos del sistema sanitario.

(52) Fuente: Eurostat Database.

(53) Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses según relación con actividad económica actual. Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011/2012.

Los resultados en salud y la prevalencia de enfermedades crónicas en España tienen un gradiente socioeconómico significativo – ver sección 1.1. En este sentido la movilidad social de los grupos con un estatus socioeconómico bajo hacia niveles superiores puede constituir un mecanismo indirecto para mejorar el perfil epidemiológico de la población en el largo plazo. La crisis económica puede estar creando un obstáculo a este mecanismo. Un informe publicado por la OECD recientemente apunta que los incrementos en el nivel de desigualdad en renta contribuyen a una reducción de la movilidad social hacia posiciones mejores. La crisis económica, a través fundamentalmente del desempleo, ha incrementado los niveles de desigualdad en España (durante el periodo 2007-2011, los ingresos del grupo de población con menos recursos se han reducido un 10% anual, mientras que los del grupo de población con más recursos lo ha hecho al 1.5% anual). Por tanto, en la medida en la que la crisis económica ha generado desigualdad, podría haber contribuido a consolidar / estancar el perfil epidemiológico de la población en su conjunto - ver **Caja 2**.

Caja 2. Algunas conclusiones relevantes del informe In It Together: Why Less Inequality Benefits All, OECD de Mayo 2015

Este informe estudia la evolución reciente de las desigualdades socioeconómicas en los países de la OECD.

Relación entre desigualdad socioeconómica y movilidad social - Basándose en una muestra de datos individuales, el informe presenta un análisis cuantitativo sobre como los niveles de desigualdad socioeconómica condicionan la movilidad social. El estudio observa como el nivel de desigualdad socioeconómica condiciona la relación entre el nivel educativo de los padres de los individuos de la muestra y:

- (a) El nivel educativo del individuo;
- (b) los resultados en un test de habilidades obtenidos por el individuo; y
- (c) la probabilidad de que el individuo esté empleado.

Los resultados muestran como según aumenta el nivel de desigualdad socioeconómico, los individuos con padres con un nivel educativo bajo, tienen a su vez una probabilidad menor de alcanzar un nivel educativo medio o alto, estar empleados y tener un resultado alto en el test de habilidades. Los autores del estudio explican este resultado como una consecuencia del menor rendimiento de invertir en educación de los grupos con menor educación en contextos de elevada desigualdad – esto es, la inversión adicional no asegura mayores ingresos. También apuntan que en entornos de mayor desigualdad, estos grupos acceden a servicios educativos de peor calidad y por tanto el rendimiento de la inversión en educación es menor.

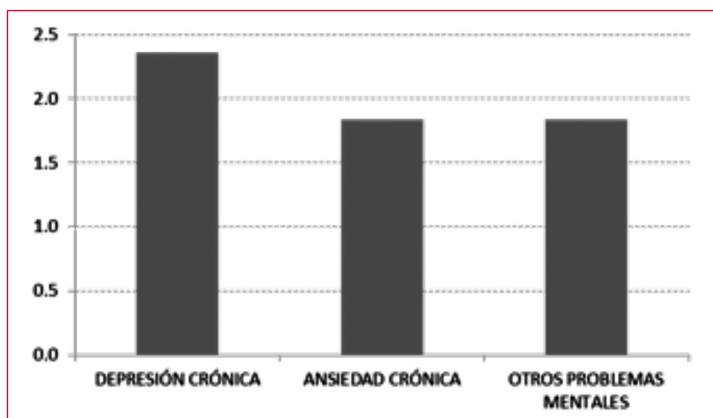
Consecuencias del incremento de contratos temporales sobre la desigualdad económica – La tendencia internacional durante el periodo 2007 – 2013, ha sido un cambio en la estructura del mercado laboral con una reducción del número de empleos indefinidos y un aumento de contratos no-estándares (por ejemplo, contratos a tiempo parcial, contratos temporales, etc.). Este fenómeno también se ha observado en España donde una proporción por encima del 40% de los empleos son a través de contratos no-estándares. El informe indica que esta tendencia puede haber contribuido al incremento de desigualdades socioeconómicas debido a que muchos de los contratos no estándares están asociados a una calidad laboral peor en términos de ingresos, seguridad y formación.

A continuación se analizan algunas referencias y datos para ilustrar el posible efecto de la crisis económica sobre ciertas áreas de morbilidad (enfermedades mentales) y factores de riesgo (obesidad).

2.4.1. Enfermedades mentales

En general, es aceptado que las personas en situación de desempleo tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales (xix). En este sentido, usando los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. El **Gráfico 39** muestra como la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas mentales de las personas desempleadas está en torno al doble de la de las personas con empleo.

Gráfico 39. Relación entre la probabilidad de sufrir una enfermedad crónica mental en personas desempleadas respecto de la misma variable para personas empleadas, 2012 (54)

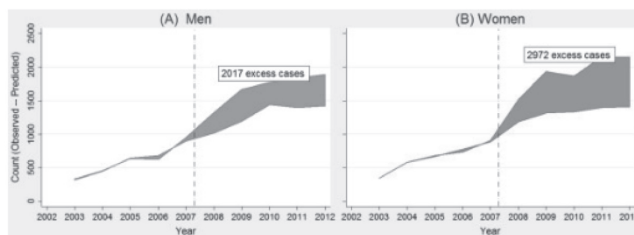


Por otra parte, una breve revisión de la literatura reciente muestra como la crisis económica que se inició en 2008 en España parece haber tenido una incidencia negativa en la salud mental de la población – en particular la de aquellos grupos más afectados por el desempleo – ver **Caja 3**.

(54) Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2012, Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Caja 3. Revisión de literatura sobre el impacto de la crisis en la salud mental de la población española

JA Cordoba- Doña, M. San Sebastian, A. Escolar-Pujolar, JE Martinez-Faure, P. Gustafsson., 2014. "Economic crisis and suicidal behavior: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain". *International Journal for Equity in Health*, 13:55. A partir de información sobre intentos de suicidio en Andalucía para los periodos 2003-2007 y 2008-2012, los autores han desarrollado un análisis cuantitativo que permite determinar el incremento de probabilidad en el intento de suicidio asociado a que los individuos estén desempleados. En este sentido se concluye que casi la mitad de los intentos de suicidio de hombres identificados en el estudio estaban relacionados con la situación de desempleo. El estudio también incluye una estimación de la reducción en el número de intentos de suicidio si la crisis no hubiese tenido lugar – ver gráfico adjunto.



Time trend analysis of excess numbers of suicide attempts in Andalusia between 2008 and 2012 in men (A) and in women (B). Vertical dash-dotted lines indicate the onset of recession.

M. Gili, M. Roca, S. Basu, McKee, D. Stuckler, 2012. "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010." *The European Journal of Public Health*, 1-5. En este estudio se utilizan muestras aleatorias de datos de pacientes de centros de atención primaria en España para los periodos 2006-07 y 2010-11. Con ellos se evalúa la incidencia de la crisis en la frecuencia de problemas relacionados con el estado de ánimo, ansiedad, trastornos somatomorfos, y uso de bebidas alcohólicas. El análisis cuantitativo desarrollado por los autores muestra un incremento significativo en la frecuencia de estos problemas en los datos de 2010-11 (post- crisis) y una relación significativa entre el riesgo de padecer estos problemas y situaciones de desempleo (o pertenecer a hogares con desempleados). Así mismo, el estudio encuentra evidencia empírica que relaciona el riesgo de sufrir depresión con situaciones de dificultad en el pago de hipotecas y desahucios.

X. Bartoll, L. Palencia, D. Malmusi, M. Surrck, C. Borrell, 2013. "The evolution of mental health during the Spanish economic crisis". *European Journal of Public Health*, 2013 Dec. 23. A partir de datos para individuos del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales y Desigualdad en los periodos 2006-07 y 2011-12, los autores encuentran evidencia de un empeoramiento en el nivel de la salud mental de los hombres como resultado de situaciones de desempleo. El estudio haya evidencia de un incremento en las desigualdades en términos de salud mental como resultado de la crisis – en particular, se identifica un empeoramiento entre ambos periodos en el nivel de salud mental de determinados grupos sociales más afectados por el riesgo de desempleo (por ejemplo, hombres extranjeros que son cabeza de familia, con edad comprendida entre 35 y 54 años, educación primaria o secundaria, y un nivel profesional de supervisor semicalificado).

2.4.2. Obesidad

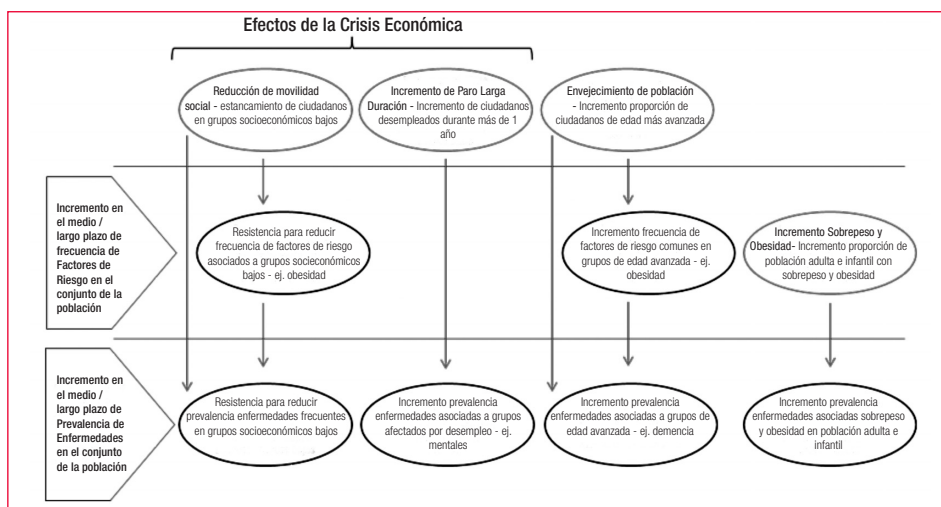
La literatura reciente apunta diversos mecanismos a través de los cuales la crisis económica podría haber contribuido al incremento de los niveles de sobrepeso y obesidad en España - por ejemplo, la reducción en el consumo de frutas y vegetales y el aumento en el consumo de productos de peor calidad debido a la menor renta disponible de los hogares (xx); o mayores niveles de estrés de los individuos por razones económicas (por ejemplo, problemas para pagar deudas) que pueden conducir - como forma de compensación psicológica - a una mayor ingesta de alimentos (xxi).

En el medio y largo plazo, quizás un factor fundamental asociado a la crisis podría estar relacionado con la consolidación del número de individuos en grupos socioeconómicos con más riesgo de padecer sobrepeso y obesidad debido a una menor movilidad social. Siguiendo lo planteado en la sección 2.3., la prevalencia de la obesidad en España se concentra en grupos socioeconómicos con niveles educativos bajos. En la medida que la crisis económica puede estar contribuyendo a un estancamiento de la movilidad social hacia situaciones más favorecidas, la consolidación del número de individuos en estos grupos socioeconómicos, puede constituir una resistencia para reducir los niveles de obesidad y sobrepeso en España en el futuro.

2.5. Resumen de los generadores de cambio en demanda del sistema sanitario en el medio y largo plazo

A modo de resumen, la **Figura 3** presenta las principales conclusiones sobre las tendencias que pueden determinar en el medio y largo plazo la demanda del sistema sanitario en España.

Figura 3. Principales Tendencias determinando la Demanda del Sistema Sanitario en el Medio y Largo Plazo



2.6. La sostenibilidad fiscal del sistema sanitario en el largo y medio plazo

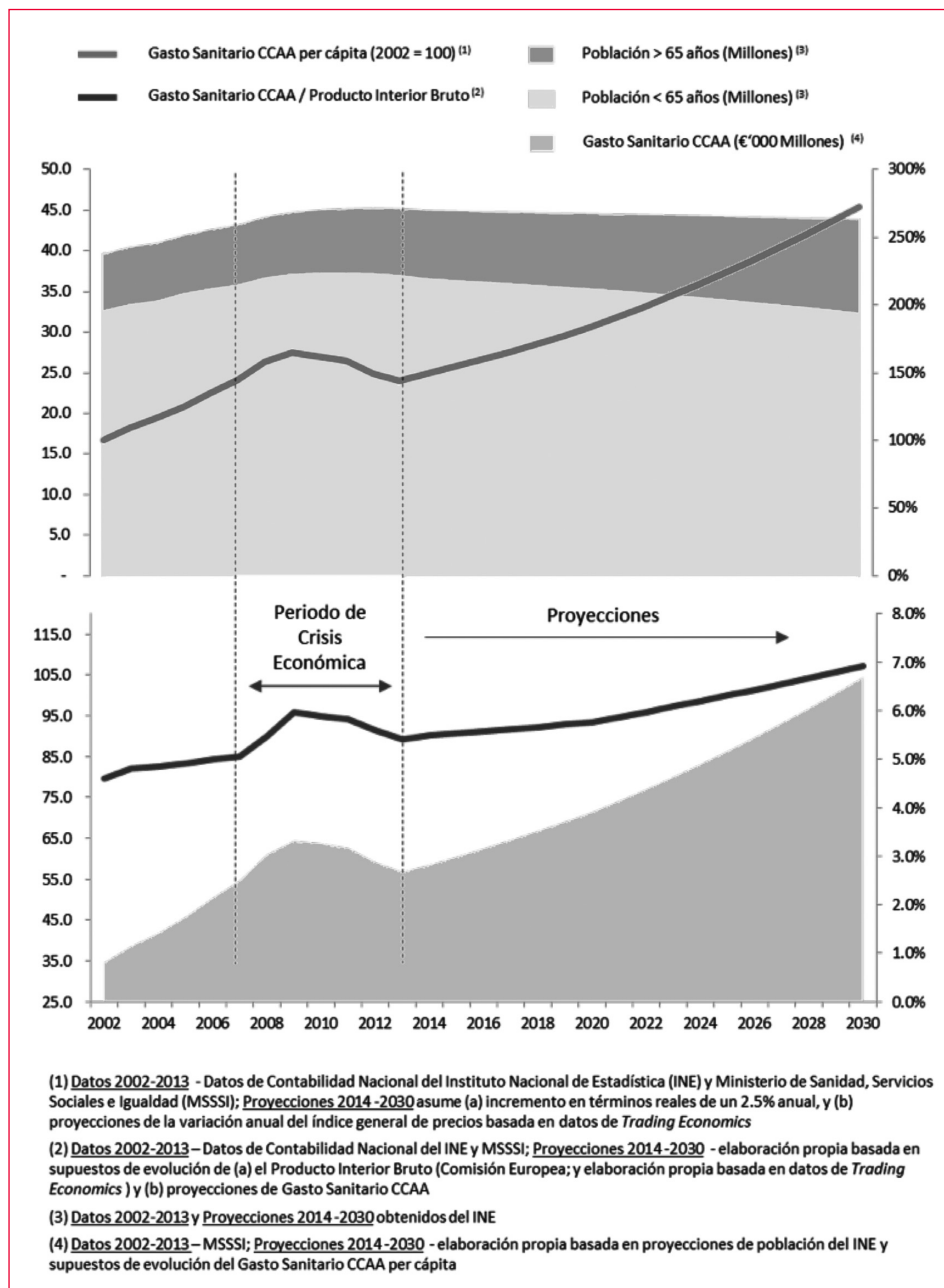
Apoyado en las tendencias de la demanda del sistema sanitario descritas anteriormente, tras el periodo de recortes durante la crisis (ver Apéndice B), el gasto en servicios sanitarios en España probablemente recupere una senda de crecimiento (xxii). Basándonos en un análisis de proyección muy simplificado (ver **Figura 4**), (55) en los próximos 15 años el gasto sanitario de las Comunidades Autónomas (esto es, más del 90% del gasto sanitario público), corresponderá a una cantidad en torno al 7% del Producto Interior Bruto (PIB) - frente al 5.5% actual. (56,57) Con respecto al PIB actual, esto supondría más de 15 Billones de Euros que deberían ser detraídos de otros usos alternativos para poder cubrir la factura sanitaria. La introducción de medidas para reestructurar la oferta del sistema sanitario, gestionar la demanda en el medio / largo plazo y así evitar esta situación de insostenibilidad fiscal, debe ser una prioridad en la agenda de todas las administraciones públicas.

(55) Para más detalles sobre los supuestos empleados ver Apéndice B.

(56) Este resultado es consistente con las predicciones de la Comisión Europea (ver: European Commission, 2014. The 2015 Ageing Report. Brussels: EC).

(57) Las predicciones del Aging Report de 2012 de la Comisión Europea son empleadas en el Plan de Estabilidad del Gobierno de España (ver: Kingdom of Spain. 2013. Stability Program Update 2013-2016).

Figura 4. Ejercicio simplificado de proyección del Gasto en Salud de las CCAA



2.7. Síntesis de la Sección

En esta sección se tratan una serie de tendencias que tienen el potencial de modificar el perfil epidemiológico en España incrementando de manera notable la presión sobre los recursos del sistema sanitario. Estas tendencias incluyen,

- **El envejecimiento de la población** - De manera consistente con lo observado en el ámbito internacional, la media de edad de la población española va a crecer de manera progresiva. De hecho, la proporción de población de más de 65 años y de más de 80 años va a crecer en España a un ritmo significativamente por encima de la media los países de nuestro entorno. Como resultado, la prevalencia de enfermedades crónicas (esto es, las más frecuentes en personas mayores) va a aumentar para el total de la población. Este hecho va a ser acrecentado debido a que si bien la población española de edad avanzada tiene una esperanza de vida por encima de la media internacional, sus expectativas de años de vida saludable son relativamente inferiores – dicho de otro modo, las personas de edad avanzada en España viven más años pero con un nivel de salud peor.
- **La obesidad y el sobrepeso** – en línea con lo observado en países de nuestro entorno la prevalencia de sobrepeso y obesidad están creciendo en la población adulta de España. También es preocupante la obesidad y el sobrepeso observados en la población infantil puesto que podría estar consolidando una tendencia a largo plazo. Esta posible evolución puede contribuir a un incremento en la frecuencia de las enfermedades asociadas a este factor de riesgo para el conjunto de la población en el medio y largo plazo. Es importante destacar que los datos muestran de manera clara como la prevalencia de sobrepeso y obesidad tiene un marcado gradiente social (esto es, mayor prevalencia asociada a grupos socioeconómicos de menor renta) y es mucho más elevada en los grupos de población de mayor edad.
- **El cáncer** – la incidencia y prevalencia junto con el coste de tratamiento convierten a la patología en un problema primario de talla mundial, especialmente en los países más desarrollados. Innovaciones como la inmunología presentan tasas relevantes de largos supervivientes en tumores hasta ahora letales. Hay

implicaciones económicas relativas al coste de la incorporación de estas innovaciones al sistema sanitario pero también un previsible impacto positivo en los resultados en salud de estas poblaciones.

- **La crisis económica** – la reciente crisis económica podría estar contribuyendo a consolidar un incremento de la morbilidad en la población española a través de dos efectos,
 - El incremento sin precedentes del desempleo de larga duración que está asociado a una situación de estrés y reducción del bienestar para las personas que lo padecen y el hogar en el que viven.
 - Una menor movilidad social que limita el mecanismo natural de mejorar la salud de la población como resultado de la ascensión de personas a grupos socioeconómicos superiores.

El resultado de estos dos efectos se materializa en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (en particular enfermedades mentales) y una mayor frecuencia de factores de riesgo como la obesidad en el conjunto de la población.

Si no se introducen medidas para cambiar estas tendencias, la demanda del sistema sanitario puede verse incrementada de manera muy significativa en el medio y largo plazo. Este efecto reforzaría la tendencia sistémica del gasto sanitario añadiendo más incertidumbre sobre si será posible mantener la sostenibilidad fiscal en el medio y largo plazo.

3. ADAPTANDO EL SISTEMA SANITARIO

El Sistema Sanitario Español necesita reformas para poder mejorar su desempeño en determinadas áreas descritas en la sección 1, así como para adaptarse a los cambios de la demanda que ya están teniendo lugar y que podrían reconfigurar el perfil epidemiológico en el medio y largo plazo - ver sección 2. Todo ello sin poner más presión en los recursos disponibles y así poder garantizar la sostenibilidad fiscal del sistema.

En las secciones 3.1. y 3.2. se plantean posibles áreas de acción para abordar los problemas a los que se enfrenta el sistema sanitario español. Más que especificar un conjunto de medidas concretas, en estas secciones se destaca experiencia internacional relevante (en particular del caso canadiense) que permite identificar posibles recomendaciones para el caso español.

Las áreas de acción planteadas puede ser agrupadas en dos conjuntos – áreas de mejora para (a) identificar, implementar y evaluar de manera óptima innovaciones fruto de la investigación, nuevas políticas y medidas en el sistema sanitario, y (b) reestructurar la demanda y la oferta del sistema sanitario con el objetivo de gestionar los problemas identificados en el medio y largo plazo (58). Sería interesante que estas posibles áreas de acción fueran consideradas de manera combinada – esto es, es necesario tener un marco para asegurar que se eligen las mejores medidas y que estas son aplicadas de manera óptima, y simultáneamente es necesario analizar experiencias exitosas para saber cuáles pueden ser esas medidas.

(58) En el Apéndice D se incluyen otra serie de medidas –sin el carácter transformador de las medidas incluidas en la sección 3- que pueden ser de interés para el debate sobre cómo adaptar el sistema sanitario español al entorno cambiante.

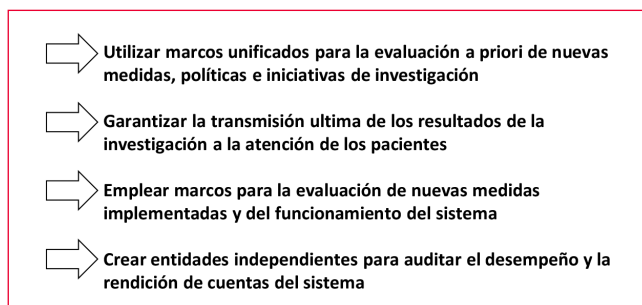
Figura 5. Áreas de Acción Combinadas Planteadas en esta Sección 3



3.1. Áreas de acción para mejorar la evaluación de decisiones y asegurar una correcta implementación

Como un paso previo a la definición de soluciones a los problemas del sistema sanitario, es necesario asegurar que existe un marco general de decisión y seguimiento que garantiza que los recursos están siendo empleados de la manera más adecuada para alcanzar los objetivos fijados. Es necesario crear instituciones y procedimientos de común aceptación que permitan que las mejores ideas sean llevadas a la práctica de manera efectiva, transparente y con el mayor ahorro de recursos posible. En esta sub-sección repasamos experiencia internacional en la implementación de este tipo de instituciones y procedimientos y comentamos hasta qué punto son recomendables para el caso español.

Figura 6. Áreas de Acción basada en Experiencia Internacional para mejorar la toma de decisiones y la efectividad de su implementación



3.1.1. Utilización de un marco común para la evaluación a priori de iniciativas relacionadas con nuevas políticas, medidas de mejora e investigación

Los sistemas sanitarios deben disponer de una metodología general para evaluar a priori si la puesta en práctica de nuevas políticas, medidas de mejora y áreas de investigación va a tener un resultado óptimo en términos de los objetivos del sistema.

La práctica internacional muestra un uso cada vez más extendido de este tipo de marcos de análisis en el ámbito sanitario. Su desarrollo y aplicación garantiza una unificación de criterios y prioridades para el uso de recursos de los sistemas sanitarios. También tiene la ventaja de asegurar la transparencia en la toma de decisiones y de ese modo evitar una excesiva interferencia de razones de carácter político o cortoplacistas.

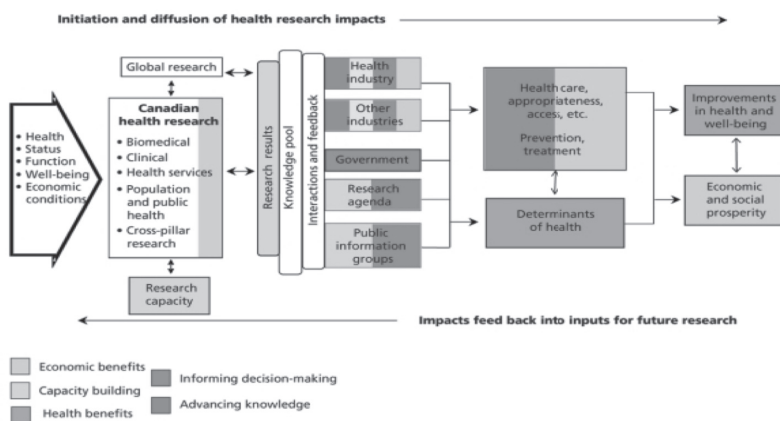
La práctica internacional muestra un amplio espectro de marcos de evaluación. Es bien conocido el sistema del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), un organismo independiente del National Health System (NHS) en el Reino Unido, que aplica criterios coste-utilidad para llevar a cabo recomendaciones en materia de salud pública, prácticas clínicas, financiación de nuevos fármacos, tecnologías y procedimientos. El proceso de elaboración de las recomendaciones del NICE es transparente y sus recomendaciones positivas son vinculantes para el NHS que tiene que asignar un presupuesto anual para la medida concreta y llevarla a la práctica en no más de 3 meses. Para sus evaluaciones, el NICE utiliza un criterio basado en el coste unitario por QALY (*Quality-Adjusted Life-Year* – esto es, un año adicional de vida con un nivel de salud adecuado que la población va a disfrutar gracias a la iniciativa concreta). El NICE hace recomendaciones positivas para aquellas medidas que tienen un coste unitario por QALY por debajo de un determinado umbral (por ejemplo, £20,000).

Otras metodologías parten de un enfoque más amplio para evaluar el uso de recursos en medidas e iniciativas de investigación en el sistema sanitario. Este es el caso del modelo *Return on Investment in Health Research Model* de la *Canadian Academy of Health Science* (CAHS) – ver **Caja 4**. Este modelo no sólo se centra en el

beneficio directo de las medidas en el conjunto del sistema sanitario y en el bienestar de la población sino que hace un especial énfasis en el impacto positivo que dichas medidas pueden tener al retroalimentar la capacidad del sistema en general para investigar e identificar nuevas actuaciones.

Caja 4. Evaluando el Impacto de la Investigación con el Modelo ROI de la CAHS

La investigación sanitaria es costosa y en un contexto creciente de restricciones fiscales y de demanda de mayor transparencia en la toma de decisiones sobre los recursos públicos, es necesario conocer en profundidad los retornos de la investigación sanitaria. Con este objetivo, basándose en una revisión internacional, la *Canadian Academy of Health Sciences* (CAHS) ha desarrollado el Modelo ROI (*Return on Investment in Health Research Model*) para evaluar el impacto y el valor de la investigación sanitaria. Esta metodología se aplica a 4 posibles esferas de investigación sanitaria (investigación básica, investigación clínica aplicada, servicios y sistemas sanitarios y salud pública) y permite estimar el impacto/valor de la investigación en términos de 5 áreas de evaluación (beneficios en la salud, beneficios económicos y sociales, progreso en conocimiento, desarrollo de capacidades de las instituciones, y mejora de la información para la toma de decisiones). La siguiente figura ilustra un ejemplo de los resultados positivos de la investigación sanitaria según el modelo ROI de la CAHS (<http://www.cahs-acss.ca/>).



De manera general, la aplicación de esta metodología se basa en una serie de pasos que incluyen:

1. Definir la pregunta de evaluación.
2. Identificar cuál/cuáles de las 5 categorías de posibles beneficios pueden ser afectadas por la medida a ser evaluada.
3. Seleccionar el conjunto de indicadores para el análisis (la metodología propone hasta 66 posibles indicadores). Estos indicadores han sido validados y son aceptados internacionalmente para llevar a cabo estudios comparados.

Esta metodología está siendo utilizada para tomar decisiones sobre inversión en investigación por el Ministerio de Sanidad de Ontario y el *Canadian Institute of Health Research*, órgano responsable de la financiación pública de investigación sanitaria en Canadá. La financiación dada por la *Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut* de Cataluña también ha sido evaluada utilizando una adaptación de esta metodología (ver Adam et al. 2012, "Assessment of the impact of a clinical and health services Research call in Catalonia", *Research Evaluation*, 21 (4): 319-328).

3.1.2. Transferencia efectiva de conocimiento desde el proceso de investigación hasta el tratamiento a los pacientes

El impulso de la investigación en el sector sanitario debe incluir un esfuerzo concreto y estructurado para transmitir el nuevo conocimiento y conseguir una aplicación efectiva de los resultados. Para que la investigación redunde en un sistema sanitario más productivo y eficiente, el proceso de transferir el conocimiento a la asistencia sanitaria debe recibir al menos la misma atención que la investigación en sí.

Trasladar el conocimiento a la práctica es costoso. Para que la transferencia sea exitosa, también es necesario preparar a las organizaciones y a las personas que van a utilizar este conocimiento (59) (profesionales sanitarios, gestores de organizaciones sanitarias, políticos encargados de planificar y diseñar políticas sanitarias) (xxiii). La **Caja 5** presenta un ejemplo de estrategia para transferir los resultados de la investigación aplicada en salud mental a la mejora de la asistencia sanitaria en Ontario.

Caja 5. Ejemplos para promover Transferencia del Conocimiento en la Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Ontario (*)

La provincia de Ontario ha puesto en marcha la Estrategia para la Salud Mental y las Adicciones para la Infancia y la Adolescencia en la que la prevención y el tratamiento se centralizan en una serie de agencias. La transferencia del conocimiento entre los agentes del sistema es un elemento que define la estrategia. Las medidas en este sentido incluyen:

- ✓ Conexión del personal sanitario con las universidades y bibliotecas de las comunidades donde ejercen. Además de difundir la información, para dar el siguiente paso en la aplicación del conocimiento, se realizan conferencias y puntos de encuentro para el diálogo y el intercambio de información en los que se revisan los tratamientos y protocolos existentes para ver cómo la nueva evidencia puede incorporarse a la atención sanitaria.
- ✓ Educación y formación continua a los responsables de la atención sanitaria a través de las nuevas tecnologías de información.
- ✓ Incentivos a la innovación: premios a la excelencia - las sociedades profesionales identifican innovación y mejores prácticas e inversión en la adopción temprana de nuevas prácticas y en la difusión de las mismas.
- ✓ Asignación de tiempo de los gestores y profesionales sanitarios para planificar el uso de evidencia en el desarrollo de sus tareas y funciones.

(59) La valoración de la transferencia de conocimiento en España por parte de los agentes que la hacen es positiva. Por ejemplo, en un estudio del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) sobre las actividades de vinculación de la institución con el entorno socioeconómico, los investigadores indican que su relación con actividades no académicas, fundamentalmente empresas, es positiva en el desarrollo de su investigación. Asimismo el 90% de las empresas considera su relación con el CSIC positiva o muy positiva. Este estudio pone de manifiesto que el mayor obstáculo para una colaboración más exitosa son las diferencias en las prácticas de trabajo, resaltando la importancia de planificar y organizar la transferencia de conocimiento para que ésta dé los resultados deseados.

Caja 5. Ejemplos para promover Transferencia del Conocimiento en la Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Ontario (*) (cont.)

- ✓ Preparación y formación para liderar y aceptar el cambio y la innovación.
- ✓ Colaboraciones en trabajo de investigación entre colegios profesionales de trabajadores sociales, psiquiatras y psicólogos con universidades para cerrar el círculo de difusión de la información.

(*) Ver M A. Barwick, K M Boydell, E. Stasiulis, H B. Ferguson, K. Blasé, D. Fixsen, 2005. *Knowledge Transfer and Implementation of Evidence-Based Practices in Children's Mental Health*. Children's Mental Health Ontario.

La transferencia se puede facilitar con una forma de diseñar políticas y programas que incluya a todos los actores del sistema. Hacer partícipes a todos (sociedades profesionales, industria, colegios, asociaciones de pacientes, administración, académicos) en la definición del objetivo final (por ejemplo, reducir las tasas de obesidad infantil en un porcentaje determinado y para una fecha específica) y en los pasos necesarios para llevarlo a cabo, tiene la virtud de facilitar colaboraciones en las que la transferencia de conocimiento sustenta tanto la definición del programa, como su evaluación continua y su implantación.

Siguiendo el modelo de evaluación de la ROI de la CAHS (ver **Caja 4**), es importante ponderar que el intercambio del conocimiento a la práctica médica retroalimenta a su vez la investigación, la planificación y el desarrollo de políticas. Este intercambio ocurre no sólo al final del proyecto de investigación, sino que es un proceso fluido que debe darse desde la primera fase de conceptualización del proyecto y durante la implementación de los resultados.

3.1.3. Definición de un marco unificado para evaluar a posteriori la implementación de cambios, así como el funcionamiento del sistema

El uso de marcos analíticos para evaluar la implementación de políticas y medidas de mejora a posteriori así como el funcionamiento de organizaciones es una herramienta muy valiosa. Con ella se puede mejorar la información que alimenta la toma de decisiones, reforzar la rendición de cuentas y en última instancia garantizar la asignación adecuada de recursos para el cumplimiento de objetivos.

En países de nuestro entorno la institucionalización de sistemas de evaluación es una práctica cada vez extendida para diferentes áreas del sistema sanitario – ver un ejemplo en **Caja 6**.

Caja 6. Marco de Evaluación de la Atención Primaria en la Provincia de Alberta (Canadá) (*)

Al final de 2013, el gobierno de la Provincia de Alberta (Canadá), tras un proceso consultivo con los agentes implicados, publicó un marco general para evaluar el cumplimiento de objetivos del sistema de salud primaria. Los objetivos del sistema se plantean como mejoras dinámicas que los usuarios finales deben ir percibiendo en su atención individualizada y en el sistema en general.

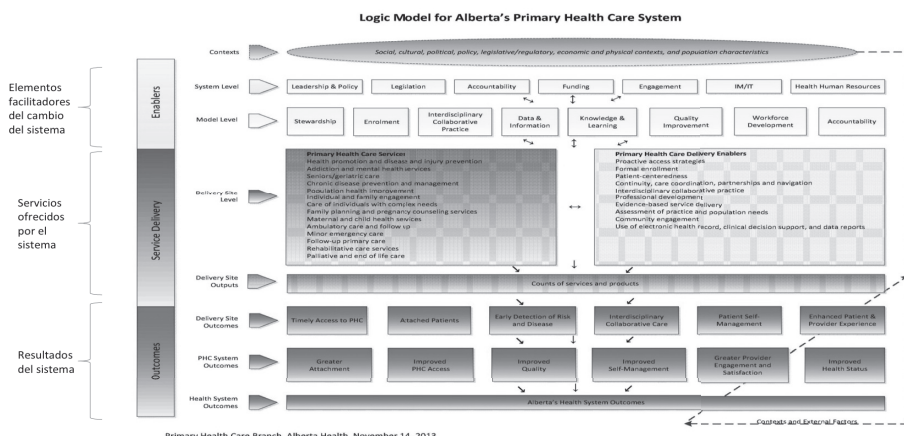
Objetivos desde la perspectiva individual ...

- ✓ Mayor conexión personal con los equipos de atención primaria
- ✓ Mejor acceso geográfico desde el hogar
- ✓ Más disponibilidad de los especialistas adecuados
- ✓ Unificación del expediente informatizado individual empleado en el conjunto del sistema
- ✓ Más atención centrada en el bienestar y la prevención
- ✓ Servicios mejor conectados con servicios sociales y la comunidad

Objetivos desde la perspectiva del sistema ...

- ✓ Más involucración de comunidades para identificar necesidades no atendidas
- ✓ Centrar más la asistencia en el bienestar y la prevención
- ✓ Mejor coordinación para compartir la información sobre los pacientes
- ✓ Sistema más centrado en calidad y alcanzar resultados positivos
- ✓ Entidades gubernamentales cada vez más enfocadas en el desarrollo de políticas que tienen en cuenta el impacto de la atención primaria

La evaluación de los objetivos se estructura a partir de (a) un Modelo Lógico que analiza los elementos del sistema que articulan el proceso de mejora, (b) preguntas para definir actividades de evaluación, y (c) las actividades de evaluación.



Preguntas para evaluar el sistema

1. Tienen los usuarios mejor acceso a la atención primaria?
2. Tienen los usuarios más afiliación personal con su proveedor de Atención Primaria?
3. Hay más usuarios recibiendo Atención Primaria de calidad?
4. Están los usuarios experimentando mejoras en sus salud?
5. Están los usuarios tomando mejores decisiones en lo concerniente a su salud?
6. Está mejorando el uso de los recursos de la Atención Primaria (ej, coste per cápita)?
7. Hay más rendición de cuentas en la Atención Primaria?
8. Tiene la Atención Primaria un grupo de profesionales adecuada y competente?

Actividades de Evaluación

Monitorización de Desempeño

Se emplean indicadores centrados en el funcionamiento y resultados generales de los servicios – por ejemplo, acceso adecuado a la asistencia, detección temprana de riesgos o enfermedades, colaboración interdisciplinar en la atención

Evaluación de los Facilitadores del Cambio del Sistema

Se centra en aquellos recursos que son críticos para facilitar y mejorar los resultados de la atención primaria. Esto requiere evaluaciones continuas y periódicas basadas en entrevistas con los agentes implicados en el sistema para evaluar las necesidades de ajustes y nuevos recursos

Aplicación de la Evaluación

Consiste en identificar aspectos complejos para ser mejorados y las opciones para mejorarlos – se responden preguntas como ¿Cómo debemos valorar la experiencia de los pacientes? ; ¿Cómo podemos contribuir al funcionamiento efectivo de los equipos? Requiere interacción entre el nivel ejecutivo y los proveedores del servicio, y obtención de de datos

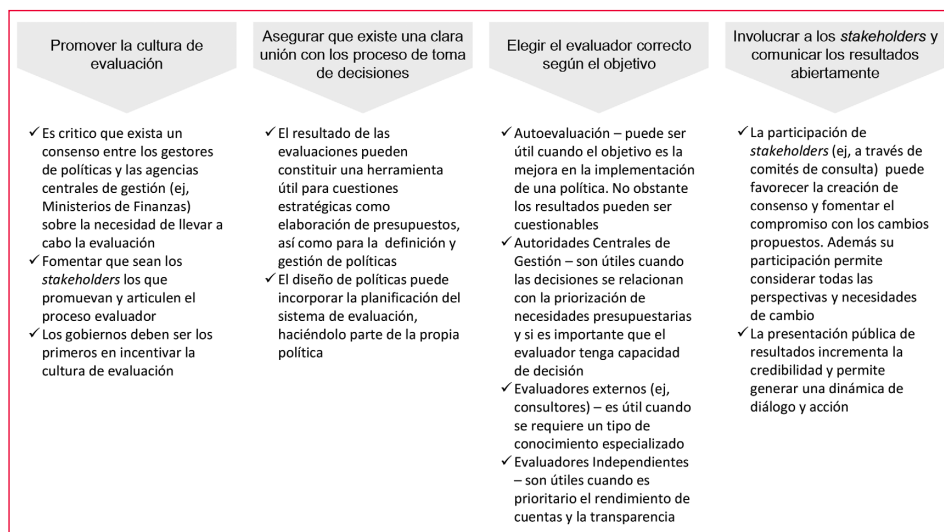
Evaluaciones Independientes

Complementa las otras actividades y se basa en métodos más tradicionales de evaluación para determinar por ejemplo la efectividad en coste del sistema. Estos estudios son normalmente comisionados por la autoridad sanitaria de Alberta (Alberta Health)

(*) En el apéndice F de la pág. 252 puede encontrar la imagen ampliada.

La puesta en práctica de marcos de evaluación es un proceso complejo que requiere un fuerte compromiso por parte de todos los agentes relacionados (*stakeholders*) y numerosas decisiones de carácter estratégico. En este sentido es interesante remarcar algunas recomendaciones generales de la OECD respecto a mejores prácticas para la puesta en funcionamiento de marcos de evaluación – ver **Figura 7**.

**Figura 7. Algunas Recomendaciones de la OECD
sobre el Desarrollo de Marcos de Evaluación (xxiv)**



De manera complementaria, es útil resaltar el uso de programas pilotos para poder evaluar medidas en una fase temprana de implementación. Esta práctica, que es cada vez más extendida, permite una mejora en el diseño y la puesta en funcionamiento, lo que redundará en la efectividad de las medidas – ver en este sentido las recomendaciones del *Department of Health and Human Services* de Estados Unidos (xxv).

El sistema sanitario español debe extender (a políticas, reformas, presupuestos,...) **y profundizar** (evaluación económica y no solo clínica) **en la práctica de la evaluación**. Es crítico reforzar las agencias de evaluación existentes en el sistema sanitario español para favorecer el uso de metodologías unificadas de una manera generalizada. Esto probablemente debería tener lugar en el contexto del Consejo

Interterritorial de Salud, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. En los últimos años, el sistema sanitario español ha estado sometido a diversas reformas – el Apéndice B proporciona una descripción general de dichas medidas. La **Tabla 2** destaca las áreas en las que un sistema de evaluación podría estar ayudando a entender de manera completa el impacto de estas reformas.

**Tabla 2. La Aportación de un Sistema de Evaluación
para Entender las Implicaciones de Reformas Recientes**

Reforma	¿Qué sabemos de su impacto?	¿Qué aspectos quedan por ser evaluados?
Medidas en el sector farmacéutico en 2010 y 2012 ⁶⁰	Efecto de reducción del gasto público	- Efecto sobre las pautas de actuación de los profesionales sanitarios (ej, pautas de prescripción o práctica clínica) - Efecto en la adherencia de los pacientes al tratamiento o el acceso a tratamientos necesarios y efectivos⁶¹
Medidas de reducción del gasto sanitario público – otras no relacionadas con el gasto farmacéutico	Efecto de reducción del gasto público	- Impacto sobre el acceso efectivo a los servicios sanitarios o sobre la calidad de la atención - Repercusiones (presentes y futuras) sobre el estado de salud de la población
Nuevas formas de gestión sanitaria - ej. gestión privada de hospitales públicos	La medida no garantiza mayor calidad en el servicio pero puede estar facilitando ahorros en costes (xxvi, xxvii, xxviii, xxix)	- Efecto en la calidad - Efecto en los ahorros en costes - Efecto en la autonomía de gestión de los profesionales sanitarios

(60) Ver el Apéndice B para una descripción de algunas de las medidas adoptadas en España como consecuencia de la crisis económica.

(61) El último barómetro sanitario pregunta por primera vez si el encuestado ha dejado de comprar un medicamento recetado por no poder pagarlo y la respuesta es positiva para el 5,2% de los encuestados. (ver http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2013/BS_2013TotalMarginales.pdf). Con respecto al impacto de estas medidas en la cuota de mercado de los medicamentos genéricos. La prescripción de medicamentos genéricos se ha duplicado entre 2008 y 2012 alcanzando el 18% del total del mercado en valor (40% en volumen). El consumo de medicamentos genéricos sobre total de medicamentos varía por CCAA siendo un 48,7% en Castilla y León y un 28% en Murcia.

3.1.4. Creación de un Auditor Público

La figura de un Auditor Público puede ser una herramienta muy útil para alcanzar el objetivo de una asignación eficiente de recursos – también para la transparencia, rendición de cuentas y acercamiento de las instituciones a los ciudadanos. La figura de un Auditor General tal y como existe en países como el Reino Unido, Australia o algunas de las provincias de Canadá es el de una oficina independiente que lleva a cabo auditorías financieras y estudios del valor asociado (*value for money*) de todos los programas, actuaciones y políticas financiadas por las distintas administraciones públicas. Las administraciones están obligadas a facilitar al auditor general información sobre los presupuestos y los resultados de las diferentes inversiones y programas. El auditor elabora informes (sectoriales y del funcionamiento general de cada administración) que son enviados a los parlamentos y hechos públicos – ver **Caja 7** con algunos extractos relevantes de la página web del Auditor General de la Provincia de Ontario (Canadá).

Caja 7. El papel del Auditor General de la Provincia de Ontario (Canadá) (*)

The Auditor General's Role - *The Auditor General watches over the administration of Ontario's finances to help the Legislature hold the government accountable. The Auditor does this by carrying out detailed scrutiny of government spending and then producing Annual and Special reports that provide MPPs with the information they need to judge how well public resources are being used. The Auditor General Act (Act) mandates the Auditor to examine the government's financial accounts and transactions, known as the Public Accounts, and to report to the Legislature her findings, including any instances of misuse or mismanagement of public funds. [...]*

The Auditor's Independence - *Under the Act, the Auditor General is an officer of the Legislative Assembly. This provides a vital safeguard for the Office to fulfill its responsibilities objectively and fairly by making it independent of the government and its administration. [...]*

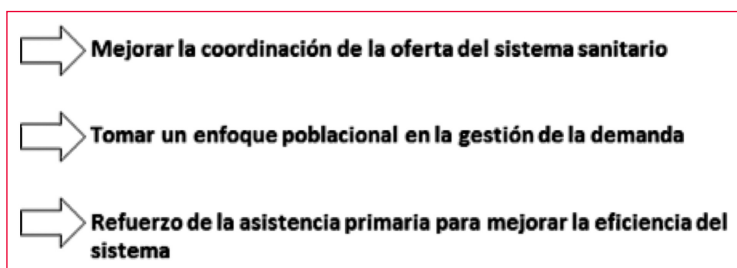
Value-for-money Audits of Selected Government Activities - *A key part of the Auditor General's mandate is the value-for-money audits, which assess whether money was spent with due regard for economy and efficiency, and whether appropriate procedures were in place to measure and report on the effectiveness of government programs. Under the Auditor General Act, the Office is required to report to the Legislature significant instances where it has found the government is not fulfilling its responsibilities in these areas. [...]. Results of these value-for-money audits are published in the Auditor General's Annual Report, and usually get a great deal of attention from media and the public attention.*

(*) Disponible en http://www.auditor.on.ca/en/about_what_en.htm

3.2. Experiencia internacional relevante en la aplicación de medidas para gestionar la demanda y la oferta del sistema sanitario

Esta sección parte de la reflexión de que garantizar la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario en el medio y largo plazo no pasa por un proceso de recortes de gastos. La estrategia debe partir de un estudio profundo que involucre a todos los actores implicados sobre cómo reestructurar la demanda y la oferta del sistema sanitario y así reconducir la tendencia. La experiencia internacional es un buen punto de partida en este sentido. En esta sección se revisa la puesta en práctica de medidas para reestructurar la demanda y la oferta de sistemas sanitarios para abordar problemas similares al del caso español.

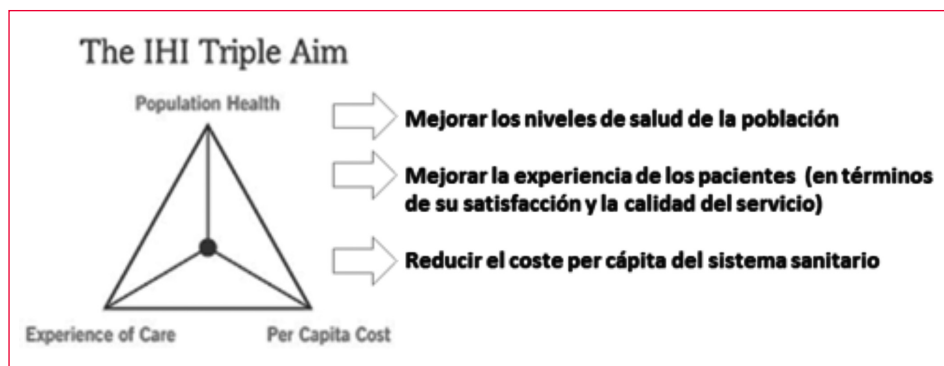
Figura 8. Medidas para Reestructurar la Oferta y la Demanda del Sistema Sanitario basada en la Experiencia Internacional



3.2.1 Mejorando la coordinación de la oferta del sistema

Las deficiencias que el sistema español tiene en la actualidad y los desafíos a los que se enfrenta (por ejemplo, el incremento progresivo de enfermedades crónicas y la dificultad de hacer sostenible el sistema en el largo plazo) tienen elementos comunes con los problemas observados en países de nuestro entorno.

El enfoque Triple Meta desarrollado por el *Institute for Healthcare Improvement* (xxx) (IHI) es un marco de análisis orientado al desarrollo e implementación de mejoras del sistema sanitario con tres objetivos simultáneos.

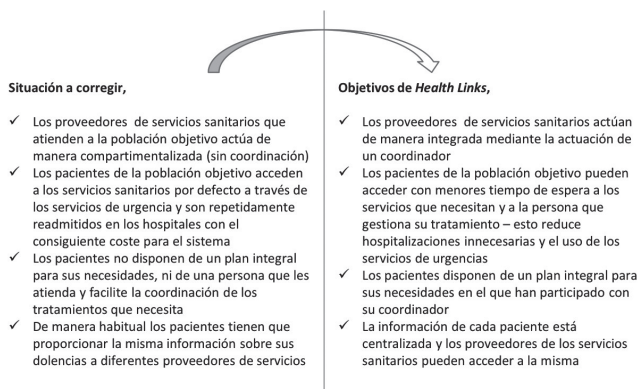
Figura 9. Los Objetivos del Enfoque Triple Meta

El marco Triple Meta plantea cambios en la oferta del sistema sanitario a partir de una serie de elementos básicos que incluyen (a) los recursos de las comunidades locales, (b) el papel central de la atención primaria, (c) la acción integrada de los distintos servicios del sistema sanitario, y (d) la capacidad de decisión de los pacientes. En esencia, el Enfoque Triple Meta busca la reestructuración del sistema para dar un papel central a los pacientes buscando que los distintos servicios sanitarios actúen de la manera más coordinada que sea posible. Un sistema sanitario con un nivel adecuado de coordinación de los diferentes tipo de asistencia evita vacíos y duplicidades en el servicio lo que redundará en ahorro de costes y un mayor grado de sostenibilidad.

El Enfoque Triple Meta incluye una metodología para la concepción e implementación de medidas que se estructura a partir de una serie de fases que parte de la identificación de poblaciones objetivo y que enfatiza la evaluación sistemática de los resultados. Su aplicación en países como el Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá, así como en España en el País Vasco –Ver Apéndice C- está ofreciendo resultados destacables. La **Caja 8** presenta la aplicación que se está haciendo de este enfoque en la Provincia de Ontario (Canadá) para pacientes crónicos o complejos, generalmente de edad avanzada.

Caja 8. Health Links, Una Medida Desarrollada e Implementada por el Gobierno de la Provincia de Ontario (Canadá) (*)

Al final de 2012, el *Ministry of Health and Long Term Care* lanzó una medida para facilitar la implantación de los *Health Links* como un modo de reorientar la oferta de servicios sanitarios a pacientes con múltiples enfermedades crónicas (incluidas enfermedades mentales) que normalmente son de edad avanzada. Este grupo objetivo constituye en torno al 5% de la población de Ontario pero genera aproximadamente el 66% de los costes de los servicios sanitarios de Ontario. Los *Health Links* son asociaciones locales de proveedores de servicios sanitarios y comunitarios que actúan de manera coordinada para atender las necesidades de la población objetivo. El siguiente diagrama ilustra los cambios que la medida intenta conseguir en el sistema.



Los *Health Links* se constituyen como una iniciativa de los proveedores de servicios sanitarios y comunitarios en áreas locales. Esta iniciativa es apoyada por el gobierno provincial con fondos y financiación orientados a la ejecución del plan de la asociación y sujeto al cumplimiento de objetivos. Para constituirse como *Health Link* la asociación debe cumplir ciertos requisitos:

- ✓ Un *Health Link* debe estar formado por al menos (a) un equipo de médicos de atención primaria, (b) un centro de atención comunitaria, (c) un hospital local, (d) médicos especializados en las dolencias de la población objetivo. Todos ellos concentrados en un área local
- ✓ Dentro de la asociación del *Health Link* debe existir un equipo que tome el papel de coordinador
- ✓ El *Health Link* debe dar servicio a un conjunto de población de al menos 50,000 habitantes
- ✓ Al menos el 65% de los médicos locales de atención primaria debe querer participar en el *Health Link*
- ✓ El *Health Link* debe tener la capacidad técnica de poder hacer el seguimiento de los pacientes dentro del sistema
- ✓ Para poder constituirse, la asociación debe presentar un plan que debe ser aprobado por el Ministerio de Sanidad. Este plan debe incluir objetivos de cumplimiento. Estos objetivos deben ser consistentes con los objetivos planteados por el Ministerio – estos incluyen para los pacientes complejos:
 - Planes personalizados
 - Reducciones en los tiempo de espera para recibir atención de especialistas
 - Reducción en el número de readmisiones en los hospitales
 - Reducción en el número de visitas innecesarias a los servicios de urgencias
 - Una mejor experiencia del servicio recibido
 - Reducción en el coste por paciente sin reducir niveles de calidad

(*) Ver <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/transformation/community.aspx>

Como se trata en el Apéndice C, los Sistemas Locales Integrados de Salud en el País Vasco constituyen un precedente positivo a seguir en el sistema sanitario español. Su aplicación puede constituir un área a explorar para abordar problemas como el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de

ofrecer servicios adaptados a determinados tipos de paciente cada vez más frecuentes (por ejemplo, pacientes de edad avanzada con múltiples enfermedades crónicas, incluida demencia con relativo poco apoyo de las estructuras familiares). Todo ello garantizando la sostenibilidad fiscal del sistema.

3.2.2. El enfoque poblacional – la gestión en largo plazo de la demanda del sistema sanitario

El Enfoque Poblacional es una herramienta cuyo uso se está incrementando para definir medidas y políticas de mejora de los sistemas sanitarios. Su aplicación puede resultar en la mejora de los niveles de salud de la población tanto en términos medios como teniendo en cuenta diferencias entre grupos socioeconómicos. En el contexto de este documento, el Enfoque Poblacional es especialmente relevante puesto que constituye una vía posible para redefinir los principales factores de demanda que generan el coste del sistema en el medio y largo plazo.

Basándose en evidencia cuantitativa y cualitativa, el Enfoque Poblacional identifica clústeres de población de acuerdo a (a) su nivel de salud, y (b) los atributos que determinan esos niveles de salud. En este sentido, la *Public Health Agency of Canada* identifica una serie de determinantes principales que permite definir los grupos poblacionales – ver **Figura 10**.

Figura 10. Los Determinantes de la Salud de la Población (xxxi)

✓ Estatus Socioeconómico	✓ Entorno medioambiental
✓ Redes de Apoyo Social (familia, amigos y comunidad)	✓ Prácticas personales de salud
✓ Nivel Educativo	✓ Desarrollo de salud de los niños
✓ Estatus laboral y condiciones de empleo	✓ Herencia biológica y genética
✓ Entorno social (ej., estabilidad social, seguridad, relaciones laborales)	✓ Acceso a servicios sanitarios
	✓ Género

La identificación de los grupos de población crea un cuerpo de conocimiento que permite el diseño de planes de atención centrados en los pacientes que forman parte de dichos grupos. También permite el desarrollo de programas de atención y campañas que concentran el uso de recursos en determinados grupos para mejorar sus problemas de salud (xxxii). En este sentido, el Enfoque Poblacional permite diseñar intervenciones orientadas a erradicar el origen de los problemas de salud de la población en el largo plazo y del sistema sanitario en su conjunto – por ejemplo, abordando problemas de salud de cohortes generacionales que pueden generar los mayores niveles de coste en el futuro. Las **Cajas 9 y 10** presentan ejemplos de programas diseñados para la población infantil teniendo en cuenta un Enfoque Poblacional.

Caja 9. Un Enfoque Poblacional para Promover la Salud Ósea y Prevenir la Osteoporosis en la Población Infantil Femenina (*)

La *Office of the Surgeon General* de Estado Unidos, que tiene como mandato la promoción y difusión de buenas prácticas para mejorar la salud de los estadounidenses, recomienda prevenir la osteoporosis con una serie de intervenciones diseñadas con un enfoque poblacional. Por ejemplo, la Campaña Nacional sobre la Salud Ósea está dirigida a niñas de 9 a 12 años. La campaña educa y anima a las niñas a adaptar hábitos de vida (fundamentalmente consumo de calcio y actividad física) que facilitan un desarrollo óseo saludable. El objetivo es, a corto plazo, trasladar información a las niñas y a sus familias, y a largo plazo, conseguir modificar o crear hábitos de vida que beneficiarán la salud ósea de la población en el largo plazo. Algunos de los elementos que fundamentan el diseño e implementación de esta estrategia, incluyen:

- ✓ La concepción de la intervención se basa en evidencia científica.
- ✓ Las campañas educativas se diseñan de tal forma que los receptores reciban fácilmente mensajes básicos (ej. la infancia y la adolescencia es el momento clave para desarrollar masa ósea y se puede hacer consumiendo calcio y haciendo deporte). Los mensajes deben adaptarse a cada sub-población (ej. beber leche para la primera infancia, hacer deporte para favorecer el desarrollo del sistema óseo para preadolescentes y la promoción de determinadas actividades deportivas como el levantamiento de peso entre los adultos).
- ✓ Los proveedores de asistencia sanitaria son parte activa en el diseño de la intervención. Se construyen redes de apoyo en las que todos los actores involucrados son partícipes de la intervención desde la fase de diseño hasta la implementación.
- ✓ Las circunstancias locales (ej. nivel educativo, recursos socioeconómicos, infraestructuras, capacidad organizativa, etc.) son un elemento fundamental en el diseño de la intervención.

(*) *Office of the Surgeon General (US), 2004. Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General* (disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45518/>).

Caja 10. Abordando la Obesidad con un Enfoque Poblacional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con gobiernos, la industria, organizaciones no gubernamentales, y expertos académicos, ha revisado la experiencia internacional en programas para reducir la obesidad infantil y ha desarrollado recomendaciones para la puesta en práctica de intervenciones con un enfoque poblacional (*):

- **Chile** – Ha puesto en marcha la Estrategia Global contra la Obesidad, una iniciativa nacional con políticas intersectoriales centrada en la infancia. La Estrategia incluye medidas relativas a la regulación del contenido nutricional de la comida, programas en los colegios, intervenciones en atención primaria, programas educativos en las comunidades locales y campañas informativas.
- **Francia** - El objetivo de Programa Nacional para la Nutrición y la Salud se concentra en la nutrición de la población. El programa es coordinado por el Gobierno de Francia con un órgano ejecutivo que agrupa a la industria alimentaria, asociaciones de enseñanza, representantes de familias y gobiernos regionales y locales. El Programa promueve el ejercicio físico y la alimentación sana, siempre en un marco de libre elección de los individuos (a través de información, y el sistema educativo). En el contexto del programa (a) se han preparado una serie de guías de buenas prácticas para los profesionales sanitarios y educadores, (b) se han puesto en marcha campañas educativas en los medios sociales, y (c) como un eje central de la estrategia se ha hecho un énfasis en la mejora de la composición nutricional de los menús escolares.
- **Australia** - En colaboración con la universidad de Deakin, la OMS coordinó dos proyectos piloto para gestionar los problemas de obesidad a través de programas apoyados en los recursos de comunidades locales. Tras tres años de seguimiento de estas iniciativas (llamadas "Be Active Eat Well"), los resultados observados en una muestra de niños en términos de incremento de peso y circunferencia de cintura han sido muy positivos en relación con grupos poblacionales comparables en otras comunidades. Sin disponer de un presupuesto significativo el programa consiguió la involucración de la comunidad y ha tenido un gran éxito con una reducción en el nivel de prevalencia de obesidad en la población objetivo de un 2.5%.

(*) World Health Organization, 2009. Population-based prevention strategies for childhood obesity: Report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17 December 2009

En España, la definición y el desarrollo de políticas basadas en un enfoque poblacional tienen potencial para poder contrarrestar en el largo plazo las tendencias proyectadas en el perfil epidemiológico de la población – por ejemplo, mayor prevalencia de enfermedades crónicas, el creciente problema de obesidad y el empeoramiento de la salud mental en grupos poblacionales afectados por la crisis económica. En este sentido es particularmente importante recalcar el gradiente social que existe en todos estos problemas tal y como ha sido descrito en la Sección 1 y la Sección 2 de este documento. La aplicación de un enfoque poblacional para abordar estos problemas pasa por disponer un análisis muy amplio y pormenorizado de las desigualdades en salud en España. La **Caja 11** da algunas claves sobre hitos en el estudio de desigualdades socioeconómicas en salud, quedando mucho camino por recorrer.

Caja 11. La Investigación sobre las Desigualdades en Salud

En 1977 el gobierno británico nombró una comisión de estudio de las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña, dirigida por Sir Douglas Black, cuyo informe final tuvo gran impacto en países del mundo occidental. El Informe Black documentaba por primera vez la evolución de las desigualdades sociales en salud entre la población. Otros gobiernos han nombrado comisiones semejantes que han estudiado y elaborado informes de la evolución de las desigualdades sociales en sus países. Asimismo, en 2005 la Organización Mundial de la salud creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para recabar datos sobre posibles intervenciones en favor de la igualdad en salud.

En España se han desarrollado varios estudios sobre las desigualdades en salud (*) que ponen de manifiesto que estas desigualdades son una realidad en nuestro país. Sin embargo el contenido de estos informes no ha entrado todavía en la agenda pública. Aunque algunas CCAA han introducido en las estrategias o planes de salud, la disminución de las desigualdades en salud como un objetivo general, la aplicación de propuestas concretas no ha sido extensiva exceptuando algunas medidas en algunas comunidades autónomas como el País Vasco, Cataluña o Andalucía.

(*) Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996. *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University; Borrell, C. y la Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. *Avanzando hacia la equidad Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

3.2.3. Reforzando la Atención Primaria para mejorar la eficiencia del sistema sanitario

El sistema de atención primaria constituye un elemento crítico para la definición y puesta en práctica de programas de medicina preventiva y campañas como las descritas en la anterior sección. Además la asistencia primaria no sólo constituye un elemento básico de coordinación de gestión del sistema sanitario, también puede ser un instrumento eficiente para resolver problemas de salud que tradicionalmente han estado asociados a servicios especializados más costosos (por ejemplo en el tratamiento de enfermedades mentales con un nivel de gravedad bajo o medio - ver **Caja 12**). Por estas razones, la reestructuración de la atención sanitaria y su dotación con recursos adicionales para aumentar su capacidad en el desempeño de estas actividades puede ser una medida coste-efectiva para el conjunto del sistema.

Caja 12 – Reforzando la Eficiencia de la Asistencia Primaria en el Tratamiento de Enfermedades Mentales

Como indica la OECD (*), los médicos de atención primaria en la mayor parte de los países de nuestro entorno tienen la tarea de ser los primeros en diagnosticar, tratar y gestionar los desórdenes mentales de la población – son de facto la puerta de entrada al sistema sanitario para este tipo de dolencias. Sin embargo, estos profesionales no tienen necesariamente el tipo de especialización, el tiempo y los recursos para poder asistir adecuadamente a estos pacientes.

En este sentido es interesante la experiencia en Australia con el empleo de enfermeros especializados en el tratamiento de enfermedades mentales con una papel sustitutivo / complementario a los médicos de la atención primaria. Siguiendo documentación del *Australian College of Mental Health Nurses* (ACMHN), los siguientes puntos describen las áreas de responsabilidad y funciones de estos profesionales.

Situaciones en las que una enfermera especializada en salud mental puede dar tratamiento

- ✓ Ansiedad/estrés
- ✓ Problema cognitivos
- ✓ Depresión
- ✓ Intentos de suicidio
- ✓ Enfado/agitación/hostilidad
- ✓ Comportamientos autodestructivos
- ✓ Alucinaciones/paranoia
- ✓ Esquizofrenia
- ✓ Desorden bipolar

Responsabilidades de una enfermera especializada en salud mental:

- ✓ Trabajar con médico de familia o psiquiatra para facilitar la coordinación de atención sanitaria y el tratamiento
- ✓ Dar servicios de enfermería clínicos
- ✓ Ser el enlace con los profesionales sanitarios y comunitarios que atienden al paciente

Ejemplos de tareas concretas:

- ✓ Evaluación de salud física y mental
- ✓ Terapia incluyendo terapia de familia
- ✓ Supervisar la evolución del estado mental
- ✓ Supervisar la medicación
- ✓ Coordinar la atención del paciente

Siguiendo la misma fuente, este sistema constituye un ahorro significativo para el sistema. Se estima que el ahorro por enfermera especializada en salud mental por año es de AUD \$380,000. Este ahorro es la diferencia entre el coste de la provisión de atención sanitaria dada por un médico de familia y el coste de la atención sanitaria dada por una enfermera especializada en salud mental. También se estima que este tipo de atención previene admisiones en urgencias y los costes asociados a las mismas.

(*) OECD, 2014. Focus on Health – Making Mental Health Count.

3.3. Síntesis de la sección

En esta sección se plantean posibles áreas de acción para abordar los problemas del sistema sanitario. Estas áreas de acción se agrupan en dos conjuntos que deben ser considerados de manera combinada.

- A. Por una parte es necesario crear un marco unificado, transparente y aceptado por todos los agentes implicados para (a) evaluar *a priori* iniciativas de investigación, nuevas medidas y políticas, y (b) garantizar y evaluar la eficiencia en la implementación de dichas iniciativas y en el funcionamiento del sistema en general.
- B. Por otra parte se deben concebir medidas orientadas a reestructurar la demanda y la oferta del sistema sanitario con el objeto de reorientar las

tendencias observadas y de ese modo mejorar los resultados del sistema y asegurar la sostenibilidad fiscal en el medio y largo plazo.

Con respecto al primer conjunto de áreas de acción (esto es, A) es útil identificar mejores prácticas en la experiencia internacional. Estas incluyen:

- **El empleo de marcos de evaluación holísticos y de aceptación generalizada para identificar las mejores medidas, políticas e iniciativas de investigación** como por ejemplo el Modelo *Rate of Investment in Health Research de la Canadian Academy of Health Science*. Este modelo es el resultado del trabajo de un panel de expertos internacional que ha trabajado exhaustivamente con los agentes implicados del sistema. El uso del modelo es cada vez más extendido y se orienta a una evaluación multidimensional de los resultados de los proyectos – el modelo por ejemplo no sólo tiene en cuenta los beneficios directos en términos del nivel de salud de la población o el impacto económico sino también las posibles mejoras generadas en la capacidad del sistema para abordar nuevos proyectos de investigación y articular decisiones.
- **La aplicación de medidas para asegurar que los resultados de la investigación se aplican de manera efectiva en la práctica habitual del tratamiento de los pacientes.** En este sentido es interesante seguir ejemplos como los esfuerzos para coordinar el trabajo de universidades y responsables de la provisión de servicios sanitarios para mejorar el tratamiento de enfermedades mentales en niños y adolescentes que se está llevando a cabo en la provincia de Ontario (Canadá). Estos esfuerzos son parte integral de la estrategia del Gobierno de Ontario para mejorar la salud mental de este grupo poblacional.
- **La puesta en práctica de sistemas para evaluar si la implementación de iniciativas de mejora están resultando adecuadas, y si el sistema funciona de acuerdo a los objetivos marcados.** La estrategia de evaluación del Gobierno de Alberta (Canadá) para los servicios de asistencia primaria constituye un ejemplo interesante y ambicioso en el que los resultados son empleados como parte del seguimiento que el gobierno hace del uso del presupuesto anual de Alberta (*Results-Based Budgeting Strategy*).

- **La implantación de entidades independientes encargadas de auditar el empleo de los recursos públicos – Auditores Públicos.** Estas entidades que son de uso extendido en muchos países (por ejemplo, Reino Unido, Canadá y Australia) constituyen una herramienta útil para asegurar la rendición de cuentas y la transparencia. La figura de los Auditores Públicos permite tener un conocimiento estructurado sobre los recursos empleados y los resultados de desempeño de acuerdo a objetivos de las entidades públicas. Estas entidades independientes deberían favorecerse con acuerdos entre las administraciones en un contexto de importancia creciente de establecer mecanismos que aseguren la conexión entre recursos públicos y objetivos para el sistema sanitario.

En lo relativo al segundo conjunto de áreas de acción (esto es, B), la experiencia internacional incluye la puesta en práctica de medidas y políticas orientas a paliar problemas similares a los identificados para el caso español. Ejemplos relevantes son:

- **Reformas de la oferta de servicios sanitarios basadas en una mejor coordinación** siguiendo modelos como el *Triple Aim* del Institute for Healthcare Improvement. Este modelo busca la consecución simultánea de tres objetivos (la mejora del nivel de salud de la población, conseguir que los pacientes tengan una experiencia con respecto al sistema cada vez más satisfactoria, y la reducción del coste del sistema per cápita). El modelo enfatiza cambios en la oferta orientada a incrementar el grado de integración, hacer que los pacientes sean partícipes de las decisiones que le conciernen, y la evaluación continua de resultados. La aplicación de este modelo de actuación a través de medidas como *Health Links* para pacientes complejos (por ejemplo, con múltiples enfermedades crónicas y de edad avanzada) en la Provincia de Ontario (Canadá) o los Sistemas Locales Integrados en el País Vasco son casos a considerar.
- **Definición de políticas y medidas concentradas en determinados grupos de población para mejorar la eficiencia del sistema – Enfoque Poblacional.** Consiste en la estratificación de la población a partir de determinados atributos que determinan el nivel de salud (por ejemplo, estatus socioeconómico y género). La definición de grupos permite aplicar medidas y políticas de manera más enfocada para abordar los problemas de salud de estos gru-

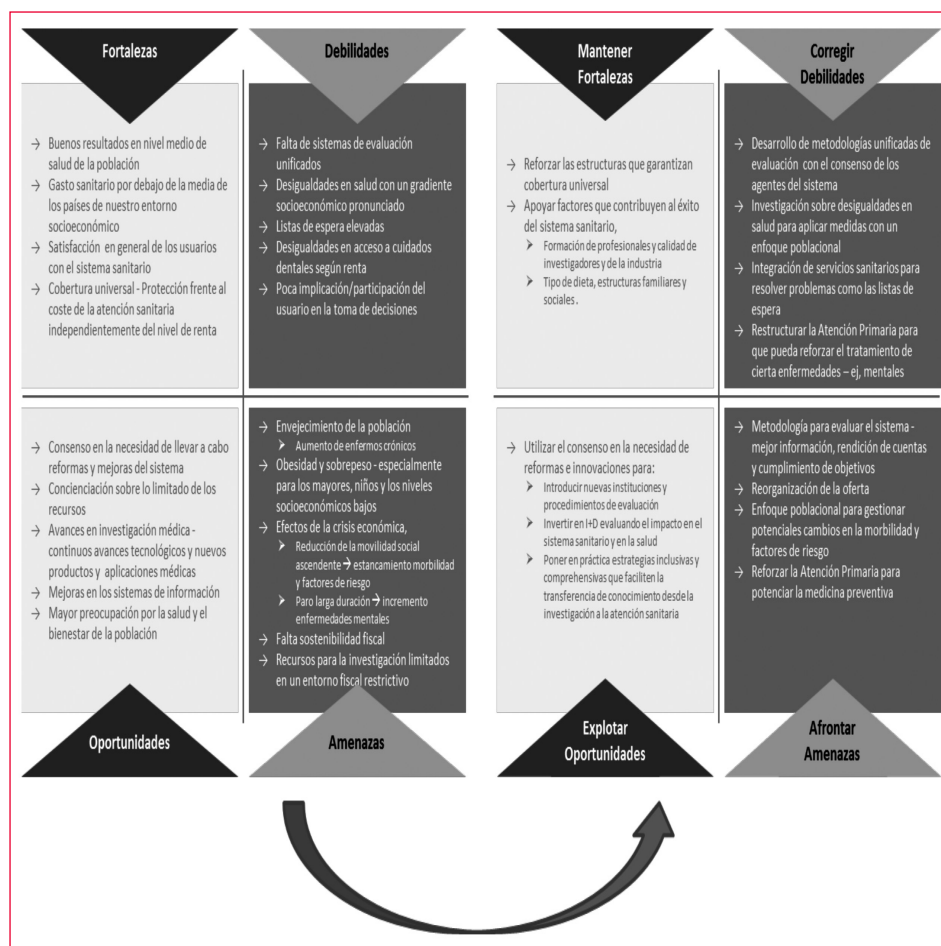
pos y así mitigar el efecto que puedan tener sobre el conjunto del sistema. Este es el caso de la puesta en práctica de campañas orientadas a reducir la obesidad en la población infantil y la potencial mayor prevalencia de este factor de riesgo en el medio y largo plazo. Este enfoque puede ser especialmente aplicable al caso de España para diseñar políticas de mejoras de la salud de grupos poblacionales con un estatus socioeconómico bajo.

- **Medidas de refuerzo y reestructuración de la asistencia primaria para mejorar la eficiencia del sistema.** En general la asistencia primaria es crítica para mejorar la eficiencia del sistema por ejemplo con la intensificación de técnicas de medicina preventiva. Existen además ejemplos de reestructuración para convertirla en una herramienta más efectiva en el tratamiento de determinadas dolencias que han sido gestionadas tradicionalmente con recursos especializados más costosos. Este es el caso de la capacitación y entrenamientos de enfermeros en la asistencia primaria en el caso de Australia para ofrecer tratamiento a pacientes con enfermedades mentales de gravedad baja o media. Queda por contestar si estas experiencias son trasplantables al contexto español, y sobre todo, cómo.

4. CONCLUSIONES

4.1. Análisis DAFO-CAME del sistema sanitario español

Figura 11. Análisis DAFO-CAME del Sistema Sanitario Español



4.2. Definiendo prioridades para mejorar el desempeño del sistema sanitario

En este trabajo se ha visto que el desempeño del sistema sanitario es adecuado aunque tiene algunas sombras en cuanto a desigualdades entre grupos poblacionales y algunos aspectos de calidad. También se ha visto que una serie de tendencias (el envejecimiento de la población, la obesidad y el sobrepeso) y la crisis económica, tienen el potencial de modificar el perfil epidemiológico en España resultando en una presión adicional sobre los recursos del sistema sanitario. La modificación del perfil epidemiológico combinado con la tendencia sistémica del gasto sanitario añade incertidumbre sobre la sostenibilidad fiscal en el medio y largo plazo. Para contrarrestar estos efectos el sistema sanitario español necesita de una transformación que facilite que el uso de los recursos de los que se dispone se planifique, evalúe y ajuste a las necesidades presentes y futuras de la población.

En este sentido, es prioritario establecer un marco de evaluación consensuado por los agentes del sistema que permita evaluar investigación, medidas y programas (ver medidas incluidas en la Sección 3.1). El marco que se elija deberá garantizar la implementación de dichas iniciativas con eficiencia y fomentando la rendición de cuentas. Para ello hay que decidir si se hace centralizadamente o descentralizado por CCAA, de quién dependería y qué recursos humanos y presupuestarios se necesitarían.

El marco de evaluación y análisis va a permitir un diseño e implementación de iniciativas que permitan hacer frente a los cambios que van a experimentar tanto la demanda como la oferta del sistema sanitario y de los que serán protagonistas profesionales sanitarios, industria, sociedades profesionales y científicas, universidades y centros de investigación, administraciones sanitarias y pacientes. A esto respecto, las mejores prácticas incluidas en la Sección 3.2 pueden ser medidas a considerar por los agentes del sistema en una segunda fase (que también podría ser simultánea a la fase en la primera fase en la que se acuerda el marco de evaluación) cuyo objetivo sería profundizar en el proceso de transformación del sistema sanitario para que pueda adaptarse a los grandes retos a los que debe enfrentarse. En la **Tabla 3** se recogen las áreas de acción, las medidas concretas de actuación presentadas en la Sección 3 y los agentes del sistema sanitario que podrían liderar su análisis y puesta en marcha.

Tabla 3. Áreas de acción, medidas a aplicar y líderes del cambio

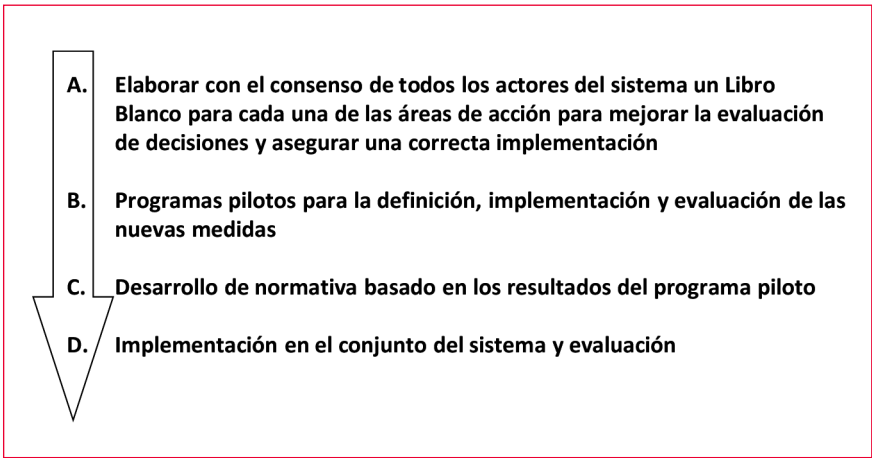
Área de Acción	Medidas	¿Quién puede liderar el cambio?
Utilización de marco común para evaluar iniciativas <i>a priori</i>	- Institución similar al <i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</i> - Evaluar el uso de recursos en medidas n el Sistema sanitario (ej, aplicar el modelo ROI de la CAHS al sistema sanitario español)	- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud - Sociedades profesionales, la industria y las sociedades científicas
Transferencia del conocimiento desde la investigación hasta el tratamiento	- Formación en transferencia del conocimiento y en gestión del cambio organizativo - Puntos de encuentro para revisar tratamientos y protocolos a la vista de nuevo conocimiento - Asignación de tiempo para planificar cómo usar la evidencia en la gestión y en la práctica clínica	- Sociedades profesionales y universidades con el apoyo de las administraciones
Definición de un marco unificado para evaluar <i>a posteriori</i> la implementación de medidas	- Marco para evaluar el cumplimiento de objetivos para cada tipo de asistencia sanitaria (ej, monitorización de desempeño, evaluación de los facilitadores del cambio, aplicación de la evaluación, evaluaciones independientes) - Marco de evaluación para el conjunto del sistema sanitario (ej, promover cultura de evaluación, unión entre toma de decisiones y evaluación, diferentes tipos de evaluación según objetivos, involucración de todos los agentes, planes de comunicación)	- Las administraciones sanitarias en diálogo con los agentes del sistema
Asignación eficiente y transparente de los recursos	- Creación de un Auditor Público	- Las diferentes administraciones con acuerdos que aseguren la conexión entre recursos públicos y objetivos del sistema sanitario
Mejorar la coordinación de la oferta del sistema	- Aplicar el Enfoque Triple Meta a nuevas medidas e iniciativas - Innovaciones sanitarias para gestionar la atención a grupos poblacionales que demandan grandes recursos (ej, Integración de la atención sanitaria a través de los <i>Health Links</i> para pacientes con múltiples enfermedades crónicas)	- Las administraciones sanitarias regionales en colaboración con los profesionales sanitarios
Mejorar la demanda del sistema usando el Enfoque Poblacional	- Intervenciones para clústeres de población basados en evidencia científica, con la colaboración de proveedores de asistencia sanitaria y adoptadas a necesidades locales - Campañas educativas para grupos poblacionales - Medidas intersectoriales y en colaboración con universidades, sociedades científicas y la industria - Introducir medidas correctivas y de seguimiento de la disminución de las desigualdades en salud en los planes de salud	- Los agentes generadores de conocimiento (ej, universidades, industria, centros de I+D+i) en conexión con las administraciones sanitarias

Tabla 3. Áreas de acción, medidas a aplicar y líderes del cambio (cont.)

Reforzar la Atención Primaria	- Nuevas responsabilidades y roles profesionales a los profesionales de la atención primaria - Recursos adicionales para aumentar la capacidad - Papel protagonista en la medicina preventiva y campañas educativas	- Las administraciones sanitarias en conexión con las sociedades profesionales
-------------------------------	---	--

La Hoja de Ruta presentada en este trabajo requiere de cambios profundos pero, como demuestra la experiencia internacional, estos cambios son posibles. En la **Figura 12** se presentan de manera muy esquemática y simplificada los pasos específicos que podrían darse para llevar a cabo los cambios y medidas propuestos. Los bloques de medidas que afectarían a la evaluación del sistema en un sentido amplio y a la oferta y la demanda del sistema deben tomarse con el consenso de todos los agentes implicados. Estas iniciativas deben ser implementadas usando programas pilotos que una vez evaluados facilitarían los cambios legislativos y organizativos necesarios para poder implementar a nivel sistema. Cualquier implementación debe ser evaluada para continuar con el proceso de retroalimentación de información necesario para avanzar en la consecución de los objetivos del sistema sanitario.

Figura 12. Marco de implementación



En cualquier caso, esta transformación sólo es posible si hay una voluntad rotunda y comprometida de anticipación a las necesidades futuras por parte de todos los agentes del sistema. La transformación es necesaria para poder mantener y mejorar el nivel de desempeño del sistema sanitario. El actual entorno fiscal, la exigencia de rendición de cuentas y la responsabilidad en la asignación de los recursos limitados son una oportunidad para lograr un entorno de colaboración donde la toma de decisiones complejas sea posible facilitando así la adaptación del sistema sanitario español a los grandes retos a los que se enfrenta.

SEGUNDA PARTE

ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

En una primera aproximación crítica al rendimiento del SNS encontramos cuatro grandes rasgos que en general se consideran muy positivos, o en lenguaje de analista, sus principales “puntos fuertes”: 1. buenos resultados en nivel medio de salud; 2. un gasto sanitario por debajo de la media de los países de nuestro entorno socio-sanitario; 3. una importante satisfacción de los usuarios con el sistema de salud, y 4. la cobertura universal, independientemente del nivel de renta. Así mismo, encontramos “puntos débiles”: a) falta de sistemas de evaluación unificados; b) desigualdades en salud con un gradiente socioeconómico pronunciado; c) listas de espera elevadas; d) la desigualdad de acceso a la salud dental dependiendo del nivel de renta, y e) poca participación o implicación del usuario en el sistema. Es lógico y legítimo buscar cómo reducir las debilidades manteniendo las fortalezas. Examinando la evidencia empírica de otros sistemas sanitarios parece posible mantener las fortalezas si se refuerzan las estructuras que sustentan la cobertura universal y aquellos factores que contribuyen al éxito del sistema sanitario: formación sanitaria, investigación sanitaria, contando así mismo con factores externos a considerar como son la estructura familiar y socio-cultural, y nuestra dieta. Por otra parte, hay que aprovechar el consenso existente en la necesidad de reformas y se deben corregir las debilidades: desarrollando metodologías de evaluación con el consenso de los agentes del sistema, investigando sobre las desigualdades en salud desde una perspectiva poblacional, integrando los servicios sanitarios para resolver las listas de espera, y reestructurando la atención primaria para que pueda dar respuesta a las nuevas enfermedades prevalentes (por ejemplo, enfermedades mentales,...).

En estos momentos es necesario afrontar las amenazas que afectan al sistema sanitario español. Pero es necesario mejorar la evaluación sistema, que este sea más

evaluable: mejor información, rendición de cuentas y cumplimiento de objetivos. Para gestionar los potenciales cambios en factores de riesgo y en morbilidad, hay que reorganizar la oferta, partiendo de un enfoque poblacional, y por supuesto, reforzar la atención primaria, y facilitar una mejor medicina preventiva a todos los niveles.

Sin salir de este marco conceptual, es evidentemente relevante conocer cuál es la percepción de los decisores, pagadores y gestores de nuestro sistema sanitario español y ver cómo hacer para acercar la investigación a la decisión en política sanitaria. Los grupos de discusión planteados tienen como objetivo determinar aquellas percepciones de los diferentes agentes sanitarios para contribuir a mejorar la salud de nuestro sistema sanitario en momentos de importantes retos socio-sanitarios, y con ello, identificar el “gap” entre la realidad actual y la situación ideal a la que queremos llegar. Con este objetivo, se les preguntará sobre aspectos que reflejen su visión macro- y meso-gestora.

2. MÉTODO

En Octubre de 2015 se llevaron a cabo dos reuniones, tratando en cada una de ellas una serie de puntos contextualizados según el nivel de gestión; así pues, la primera reunión se planteó desde el punto de vista de la macro-gestión, y la segunda, desde la meso-gestión. En ambas actuó como Secretario Jordi Gol-Montserrat. El conductor fue Juan del Llano. Ambas reuniones se grabaron, transcribieron y remitieron sus literales a los panelistas para aprobación. El análisis del discurso fue elaborado por Jordi Gol-Montserrat.

Los expertos que participaron en ambas reuniones recibieron previamente el informe *“El Sistema Sanitario Español: Resultados, Desafíos y Reformas”*, así como las preguntas que se tratarían en cada sesión. Dichas preguntas nacieron en la sede de la Barcelona School of Management (BSM) de la Universidad Pompeu Fabra, a partir de una tormenta de ideas programada, tomando como base el mencionado informe. En esta tormenta participaron 3 expertos: Lluís Bohigas, Joan Rovira y Jordi Colomer, y un secretario: Juan del Llano.

En la primera reunión participó el siguiente panel de expertos:

- **Jon Iñaki Betolaza San Miguel**, Director de Farmacia, Departamento de Salud del País Vasco.
- **María Teresa Requena Caturla**, Subdirectora de Análisis de Costes, Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Salud, Comunidad de Madrid.
- **Ángel María Martín Fernández-Gallardo**, Director del Servicio de prestaciones farmacéuticas, Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha.

- **José Luis Sánchez Chorro**, Subdirector de Gestión Farmacéutica en el Servicio Extremeño de Salud.
- **César de la Fuente Honrubia**, Jefe del Área de Estabilidad Presupuestaria, Ministerio de Hacienda.
- **Mercedes Martínez Vallejo**, Consejera Técnica de la Dirección General de Cartera de Servicios y Farmacia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Todos los panelistas recibieron previamente el informe *“El Sistema Sanitario Español: Resultados, Desafíos y Reformas”*, y a partir de su lectura preliminar, se les presentó el siguiente cuestionario que también sirvió como hilo conductor de la reunión:

1. ¿Cómo acercar la investigación de servicios sanitarios a la toma de decisiones en política sanitaria?
2. ¿Pensáis que la arquitectura administrativa de nuestro SNS que mezcla modelo asegurador y modelo NHS actúa como un freno a cualquier reforma creíble?
3. ¿Hace falta un marco jurídico unificado para reformar o basta con un RDL?
4. ¿Es necesaria la evaluación para tomar decisiones? En caso afirmativo: ¿cómo debieran articularse? ¿Es suficiente el aparato estadístico que tenemos para investigar y por ende tomar decisiones?
5. En políticas de salud, ¿cómo empujar la inter-sectorialidad que viene empujada por los determinantes? Y, ¿qué papel tiene aquí la investigación de servicios sanitarios y, en concreto, la Universidad para generar informes útiles socialmente?
6. ¿Dentro de las evaluaciones de impacto y de tecnologías podéis poner algún ejemplo de las que veis más necesarias?
7. El RDL 16/2012 y la política fiscal de los últimos años ha propiciado una bajada del gasto sanitarios del 15% y no se ha hundido el sistema. ¿Qué explicación/es le dais?, ¿puede seguir bajando?, ¿qué papel puede tener la evaluación y la investigación de servicios sanitarios en todo esto?
8. Por el lado de la demanda, ¿conocéis alguna evaluación del impacto del nuevo copago farmacéutico o de la exclusión de ciudadanos de la cobertura pública?

9. ¿Cómo hacer frente desde la finitud de los recursos sanitarios públicos al alto precio de los nuevos medicamentos?
10. ¿Cómo tomar en consideración en una evaluación clínica y económica la práctica/tecnología/medicamento estándar?
11. ¿Mejoraría la profesionalización de la política, el uso de incentivos adecuados, la declaración de conflicto de intereses profesionales y la transparencia a que la evaluación y la investigación de servicios sanitarios se tome en serio? ¿Cómo? O por el contrario, ¿es un problema irresoluble por falta de cultura evaluadora?

Respecto a la segunda reunión, los expertos participantes fueron los siguientes:

- **Ricardo Herranz Quintana**, Director Gerente, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- **Miguel Javier Rodríguez Gómez**, Director Asistencial, Hospital Universitario Central de Asturias.
- **Jaime Espín Balbino**, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Antonio Sarriá Santamera**, Director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Pedro Gómez Pajuelo**, Secretario General, Organización Nacional de Trasplantes, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.
- **Salvador Peiró Moreno**, Subdirector General de Investigación e Innovación, Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana.

De igual manera que en la primera reunión, todos los panelistas recibieron previamente el informe *“El Sistema Sanitario Español: Resultados, Desafíos y Reformas”*. En este caso, el cuestionario presentado para guiar la reunión fue el siguiente:

1. ¿Explica la designación por confianza de los directivos la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones de gestión sanitaria?
2. ¿Ayudaría la profesionalización y la designación por méritos a mejorar esta situación?

3. ¿Puede la evaluación por comparación, a partir de centrales de resultados y observatorios, animar a que una vez conocidos los resultados, se tomen decisiones acorde a ellos?
4. ¿Por qué se usan poco por parte de gestores, clínicos y pacientes las estadísticas disponibles?
5. ¿Hay que aumentar y disminuir presupuestos en AP y hospitales?, ¿sería para ello preciso financiar no por actividad sino por procesos y resultados?
6. ¿Cuáles son las principales palancas para el cambio en la organización sanitaria?, ¿qué papel le dais a la presión ciudadana (mejor y más informados), a la presión de los profesionales, a ambas?
7. ¿Puede la mimetización de éxitos (Cirugía Ambulatoria, por ejemplo) generalizar otros cambios en la práctica clínica?
8. ¿Pueden los programas de crónicos que pivotan en la enfermería atenuar la demanda, o por el contrario, prevalecerá status quo?
9. ¿Conocéis alguna experiencia de Unidad de Gestión Clínica que haya presentado resultados de mejora en calidad y eficiencia?
10. Los 20 años de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) han cambiado los patrones de comportamiento clínico y mejorado las decisiones con el paciente. ¿Cómo serán los próximos 20 años? ¿Qué papel tendrán los Datos de la Vida Real (DVR)?
11. ¿Influyen los informes de las agencias de ETTSS, de la Cochrane, a la hora de elaborar y seguir los protocolos y las guías clínicas?
12. ¿Cómo mejoraríais la confianza entre gestores y clínicos? Y, ¿entre clínicos y pacientes?

En ambos casos, estos cuestionarios sirvieron como guion para estructurar la reunión. Todas las conversaciones resultantes fueron grabadas para la realización de su análisis posterior, con el objetivo de registrar cada una de las posturas, ideas y conceptos de los panelistas participantes. A partir del análisis, también se plantean más adelante una serie de conclusiones, que servirán para dar forma a una hoja de ruta.

3. ANÁLISIS DEL DISCURSO DEL GRUPO DE DISCUSIÓN I ("MACRO-GESTIÓN")

El cuestionario empleado para la conducción de la reunión fue elaborado con la intención de abordar los diferentes temas desde una visión más general a apartados más específicos (téngase en cuenta no obstante que el orden en el que se formularon las preguntas no siempre fue fiel al guion). Así pues, la sesión arrancó con la siguiente pregunta:

1. ¿Cómo acercar la investigación de servicios sanitarios a la toma de decisiones en política sanitaria?

En la última década se han generado numerosos informes y evaluaciones que cada vez son más tomados en cuenta por los decisores. Se podría decir entonces que la distancia entre la investigación y la toma de decisiones ha ido disminuyendo notablemente en las últimas décadas. Este hecho invita al optimismo, aunque hay que tener siempre presente la complejidad natural de la toma de decisiones, que en la mayoría de los casos depende de muchos otros factores:

Jon Iñaki Betolaza: *"A mí me gustaría que se generase un poso de positividad. ¿Por qué digo esto? Porque, si echamos la vista atrás y hacemos un balance en el tiempo, yo creo que sí se ha ido incorporando la investigación, se ha acercado más al decisor. Otra cuestión es que se siga rigurosamente cada informe. En esto tenemos que ser cautos, los que nos hemos movido en ambas situaciones. Esto lo decía ya cuando era técnico, con lo cual no tengo ningún problema en decirlo ahora que me dedico a la política o en las distintas situaciones. Los informes de investigación o de evaluación de servicios sanitarios son una*

herramienta, son instrumentos que pueden servir de apoyo a la toma de decisiones. De ahí a que la decisión tenga que estar basada en esos informes 100% hay un trecho, porque hay otra serie de decisiones, o sea, otra serie de valores y de factores cualitativos que influyen en la decisión de un político.”

César de la Fuente: *“Yo suelo ser bastante optimista y me quedo siempre con lo positivo. La mejora en los últimos años en el ámbito de la investigación yo creo que es evidente, tanto en la calidad de la investigación como en la formación de los investigadores. Aunque también es cierto que aún no se ha alcanzado el nivel que sería deseable, pues seguramente se pueda mejorar bastante más.”*

Mercedes Martínez: *“Yo llevo desde antes del año 2000 trabajando en el tema de financiación, haciendo informes y recomendando ciertos medicamentos, pero siempre a un nivel muy distante del que tomaba las decisiones. Ahora no lo es tanto. Yo no sé quién toma las decisiones, yo me considero una evaluadora, una técnico, que puedo tomar decisiones de manera indirecta pero no soy yo quien toma la decisión directamente. Las toman mis superiores en el Ministerio y en último término la Comisión de Precios del Ministerio. Entonces, sí que creo que ha habido un importante avance en la evaluación en este sentido, a este nivel macro. Yo creo que sí, que se evalúa mucho más y mejor ahora. Por lo menos lo que yo percibo de aquellos comienzos que yo tuve, donde bueno, se hacía un pequeño informe, pero luego ni sabía dónde iba, ni sabía cómo se tomaban las decisiones. Yo creo que se tomaban más endeblemente. Y ahora se hacen unos informes bastante completos, bastante robustos y sistemáticamente se hacen informes de ese tipo que tienen en cuenta todos los aspectos que valoramos aquí para introducir el fármaco. Entonces yo desde luego estoy ahora muchísimo más cerca. O sea, estoy totalmente involucrada en este tipo de asesoramiento para la toma de decisiones.”*

Además, para seguir acercando investigación y toma de decisiones, todavía hay un aspecto clave en el que todavía se debe mejorar: la planificación; ver qué tipo de informes se necesitan, y con qué fin:

María Teresa Requena: *"es verdad que hay evaluación pero yo creo que no está planificada. Planificar ayuda a ver qué evaluación hace falta, que necesitamos. Creo que hay muchísima evaluación entre los clínicos; el uso de la evidencia por los clínicos ha provocado un cambio en los 10 últimos años. No es lo mismo ni mucho menos para la investigación de servicios. Y es verdad que hay gente en todas las comunidades autónomas, en el ministerio, haciendo informes. Pero ¿hacen falta esos informes o hacen falta otros? Y yo creo que es importantísimo planificar, saber con qué herramientas contamos, con los sistemas de información, y planificar qué evaluación hace falta. Además, creo que sería a nivel macro, macro total. Independientemente de la comunidad; aparte hay que hacer más cosas. Creo que solamente planificando -después podremos medir- haremos herramientas homogéneas y podremos medir cuando veamos que hace falta incorporarlo en la práctica."*

Jon Iñaki Betolaza: *"...en alguna medida, hasta ahora, en el ámbito más concreto de los clínicos, se ha investigado a interés, entre comillas, de las compañías farmacéuticas y de determinados clínicos... Eso hay que elevarlo para entroncar con eso que decía Teresa: hay que ver cuáles son las áreas de interés estratégico, no sólo ya a nivel de servicios de salud de comunidades autónomas, sino incluso del Sistema Nacional de Salud."*

Ángel María Martín: *"...hace falta que los informes como mínimo vayan alineados con el objetivo general o con el interés general de la organización, que no tiene por qué ser el del gestor, pero sí el de la organización. Es decir, hay mucho informe que va a su aire que puede ser interesantísimo en un determinado campo, pero que con carácter general en un momento o en una organización concreta pues está completamente como asesor, es decir, fuera de lugar [...]. Hay cierta distancia entre quien debe de ser el destinatario del informe y quien está elaborando los informes. Es decir, hay un destinatario que no ha demandado el informe, que no ha contado con esa necesidad. Es decir, esa distancia probablemente haya que reducirla. En la medida en la que esos dos elementos vayan confluyendo, yo creo que el interés cualquier político, de cualquier gestor o de cualquier organización, como es natural, es tener información creíble y veraz del estado de situación para poder mejorar, y en eso no tengo ninguna duda."*

José Luis Sánchez: *“...parece que cuando llega un informe, el decisor tiene que asumirlo. Y a lo mejor, ni lo ha pedido, ni le hace falta, ni es su línea de trabajo; entonces, ¿no sería mejor primero consultar? El político, el decisor, no puede diseñar el informe, ni tiene el conocimiento ni seguramente tiene el tiempo. Pero el que va a diseñar el informe debería, una vez diseñado, antes de ejecutarlo sentarse con el que tiene que decidir y consultar: ¿te interesa que siga por aquí, o no? No que llegue después de un estudio, de unos meses, de un año y decir "Mira lo que he hecho, esto es el trabajo, pero resulta que no, no nos hace falta hacerlo". Siempre le pedimos a la industria que se entienda con la administración en las primeras fases de la investigación, ¿por qué no hacemos eso nosotros? ¿Por qué no pedimos lo mismo a nuestros procesadores, a la gente que está dentro de la administración? Que se entienda antes de empezar a gastar recursos y tiempo en un estudio que puede que quede en nada o que a lo mejor ya se está haciendo en otro sitio. Entonces, lo que yo veo es que queremos ir de la investigación a la gestión, que a lo mejor sería interesante primero tocar de la gestión a la investigación o sea, que fuera un círculo, fuera retroactivo. Porque estamos poniendo encima de la mesa cosas que a lo mejor no se necesitan.”*

Mercedes Martínez: *“...la evaluación... no está planificada. En mi propio departamento, veo que hay una carencia de planificación; o sea, trabajamos muy sobre la marcha, sobre lo que llega, pero debería haber más planificación desde el inicio, ver qué es lo que nos hemos dejado y lo que no, porque así ganamos en eficiencia; es decir, que no todos los expedientes tienen que pasar por una evaluación, lo tienen que ver estas personas que tienen un alto grado de cualificación y, claro, esto es la suprema también de organización, la gestión, mayor eficiencia y de recursos.”*

César de la Fuente: *“¿Los resultados que se obtenían anteriormente con más recursos públicos eran los deseables? Pues yo creo que hay mejores experiencias en otros países, que planifican mejor este tipo de apoyo a la investigación. Porque a la hora de defender esta investigación, en estas situaciones, vendría muy bien basarse en resultados. Y es verdad que en ese sentido, cuando hay que defender una inversión que en mi opinión es muy necesaria, se echa de*

menos en cierta medida el poder contar con más situaciones en las que podamos decir: -Mira, gracias a esta inversión hemos tenidos estos buenos resultados, que han repercutido en la mejora de la salud de la población-. No digo que no se hayan obtenido buenos resultados, eso por supuesto. Lo que sí quiero resaltar es que hay otros países, como por ejemplo Canadá, que planifica mejor su inversión en investigación. Es una planificación pensada desde el minuto cero, y a su vez a posteriori también muy exigente con los benefactores de estos recursos. Y en España en muchas ocasiones se echa un poco de menos una verdadera planificación de la inversión en investigación. Es decir, dedicar mayor esfuerzo a la hora de planificarla, establecer las líneas fundamentales hacia las que queremos dirigir esa inversión y pedir cuentas a aquellos que reciben fondos. Espero que con el tiempo y sobre todo con mayor experiencia podamos entre todos ir mejorando para maximizar los beneficios que se puedan obtener."

Para finalizar, también se destacan otros aspectos a mejorar. Se consideran especialmente importantes estos:

- La perspectiva del interés público: Tanto la calidad de la investigación (autoevaluación de los investigadores), la investigación de los servicios de salud, e investigación de la práctica clínica.
- Abordar la cuestión de los recursos en la formación de los investigadores, y el tratamiento del riesgo de los conflictos de intereses.
- Mejorar la eficiencia en la comunicación de resultados.

Jon Iñaki Betolaza: *"...que los propios profesionales de base se vayan apoyando en la investigación, en la autoevaluación, en fin, en todas las cuestiones que creamos que rondan alrededor de la investigación en servicios y en la práctica clínica. Yo creo que esa es la forma de avanzar. Bueno, unido a eso, yo creo que al resto de estamentos, sí nos toca también hacer otra serie de reflexiones más macro que todo lo que hace referencia a la innovación y a la investigación, sea atractivo para nuestros profesionales y que los ámbitos de investigación tengan un tamaño crítico suficiente para que, primero, esos informes que se realizan, bueno, pues tengan solidez. Y de algún modo, tengan reputación."*

Ángel María Martín: *“En el tema de investigación creo que hace falta también, en ese sentido, mucha humildad. La mayoría que hacemos o hacen o presentan un informe, lo suelen presentar, o lo solemos presentar, como algo que viene a solucionar el mundo en el campo en el que ha investigado. Muy pocos informes hay que realmente tengan tanto peso. Por tanto, yo creo que hace falta más credibilidad en el propio informe, en los equipos que lo hacen, en la metodología, mucha más humildad a la hora de presentarlo y en las pretensiones del mismo informe que se presentan.”*

César de la Fuente: *“...para mejorar necesitamos dar apoyo a esa investigación. A quien realmente es capaz de realizar esa investigación, hay que apoyarle para que pueda alcanzar unos resultados que puedan servir para la toma de decisiones. Y a su vez formar investigadores. La investigación en muchos casos nos viene dada por parte de la industria. Y a lo mejor eso, en cierto sentido, puede restar cierta credibilidad a los resultados que se presentan a quien tiene que tomar una decisión, porque no deja de ser una limitación que quien aporta la información para tomar las decisiones sea una de las partes que precisamente se puede beneficiar de las mismas. Desde el punto de vista del interés público sería deseable fomentar más la investigación, permitiendo dar respuesta a las cuestiones realmente relevantes para los sistemas de salud. No obstante, este fomento de la investigación debe contemplar también poder otorgar facilidades de formación a los investigadores. Una formación que también se ha de apoyar con recursos públicos en vez de obligar a los investigadores a recurrir a recursos privados que no están exentos de intereses externos. Y lógicamente, tal y como se viene comentando, también hay que pedir un poco de comprensión por parte de quien realiza la investigación, si en algún caso no se toma la decisión que concluye su estudio o informe... Hay que ser consciente de que las decisiones en política sanitaria se ven influidas en ocasiones por muchos otros factores que pueden ser externas al propio informe. Parece que cuando no se toma la decisión que en base a la evidencia recomienda un estudio o informe, su autor se puede llegar a sentir hasta un poco dolido. Pero es cierto que con la experiencia te das cuenta de que la toma de decisiones tiene que abarcar muchísimas más circunstancias que las que pueda recoger un solo estudio o informe,*

que desde el punto de vista técnico puede ser impecable, pero que puede adolecer de la visión global que podría ser precisa aplicar."

Mercedes Martínez: "... ¿Cómo se puede acercar la evaluación a la toma de decisiones? Primero, comunicar los resultados de la evaluación de la forma más eficiente y veraz posible. Y esto significa acercarse, estar en contacto con el decisor. O sea el decisor tiene que conocer de primera mano cuáles son los resultados. Y estos resultados tienen que ser los básicos, esenciales y objetivos. Es decir que no te deberías dejar nada por comunicar, por hacérselo saber, porque luego él tomará la decisión que crea conveniente. Como tú has dicho Iñaki y tu César, que puede basarse en otros considerandos también pero, por lo menos, yo lo que quiero es que se conozca con objetividad y que no se deje nada importante en el tintero. Entonces, para eso ¿qué tenemos que hacer? Hacer en los informes lo mejor posibles, basados en la objetividad, independientemente de que estén puestas las referencias bibliográficas o no. Porque hay que darle un voto de confianza también al evaluador."

En resumen...

¿Cómo acercar la investigación de servicios sanitarios a la toma de decisiones en política sanitaria?

Se identifican varios aspectos que pueden ser mejorados para que cada vez sean más relevantes los informes y evaluaciones para los decisores:

- Una correcta "planificación": los tiempos y agendas de producción de ETS están en paralelo con la usabilidad/relevancia con la toma de decisiones. los decisores han de identificar aquellos informes que sean necesarios y deben de ser diseñados junto al investigador.
- Junto con esta programación de actividades, es evidente que será precisa una comunicación eficiente, aparentemente escasa a día de hoy, entre los diferentes agentes que formen parte del proceso.

- También puede ser favorable promover la investigación desde la perspectiva del interés público. Se presentan estudios que pueden estar muy bien hechos pero sólo desde la perspectiva del promotor. Los informes en su mayoría vienen financiados por entidades privadas, por lo que su credibilidad se ve comprometida.

Estos aspectos son planteados como posibles mejoras en un tema en el que se ha avanzado en las últimas décadas, por lo que se puede ser optimista de cara al futuro.

Las dos siguientes preguntas se formularon de manera conjunta:

- 2. ¿Pensáis que la arquitectura administrativa de nuestro SNS que mezcla modelo asegurador y modelo NHS actúa como un freno a cualquier reforma creíble?**
- 3. ¿Hace falta un marco jurídico unificado para reformar o basta con un Real Decreto?**

Se pone de manifiesto el escaso consenso existente en las iniciativas de reformas, y se añade que éstas no siempre son entendidas como mejoras, sino que a veces se entienden como oportunidades de negocio; haciendo referencia a las últimas reformas emprendidas, se insiste en la necesidad de consenso político, y en buscar con ellas la eficiencia y no presentar como reformas las reducciones de la cartera de servicios o los copagos:

Jon Iñaki Betolaza: *“...yo creo que las reformas se tienen que hacer con un cierto nivel de consenso, como se hizo en su momento la Ley General de Sanidad. Todos somos conscientes de que hay que ir transformando el sistema, y en un ámbito en el que la población valora de forma tan importante... En nuestra última encuesta, el 89% de nuestra población valoraba como muy bueno nuestro sistema de salud. Claro, cuando tienes estas valoraciones, hacer cambios drásticos... Es decir, ante todo hay que aplicar el principio de prudencia que nos enseñaban a los economistas en algunas materias.”*

José Luis Sánchez: *"...en España se politiza todo de una manera excesiva. Aquí no estamos acostumbrados a los consensos políticos. Todo el mundo habla de los acuerdos de la Moncloa y los acuerdos del Pacto de Toledo y hasta ahí hemos llegado. Me parece que no hay más, ¿no? Entonces, sabes que estás haciendo algo que se va a volver contra ti, con lo cual se necesita tomar esa medida de una forma drástica, porque no has conseguido llegar a acuerdo. Entonces estás metiendo una medida buena, mala o regular, dependiendo de la que sea y dependiendo de quien la cuente, pero la estás metiendo con calzador, sabiendo que existe hay personas al acecho que prometen quitar esa norma en cuanto puedan, porque políticamente no le gusta... Yo creo que aquí el error viene de arriba, de no lograr llegar a esos consensos. Yo entiendo que hay muchas cosas que son necesarias; puede que no gusten, pero deben ser necesarias; si se hacen sin un acuerdo previo y encima se politiza luego eso, está condenado al fracaso. Está condenado al fracaso. Yo creo que el error aquí, viene de que no haya un consenso previo, por lo menos intentar llegar a algún acuerdo y si no se llega, buscar algo, alguna solución, porque no tiene continuidad, no tiene posibilidades de mantenerse."*

Ángel María Martín: *"...la reflexión que me hago es que cuando hablamos de reforma, ¿de qué hablamos? Realmente, yo trato de enfocarlo como mejora, pero es que... en el campo en que nos movemos, cada vez que hablamos de mejora, para muchos en realidad lo que están viendo es una oportunidad de negocio. Entonces claro, ¿cómo enfocamos mejoras en el sistema? Y en un sistema que tiene una percepción de la población muy buena, con carácter general. Hace unos años se hablaba de que la valoración general de nuestro sistema es que era uno de los siete mejores sistemas del mundo, pese a las imperfecciones de un modelo que vino del INP y evolucionó hacia un sistema nacional de salud y sobre todo con la gran laguna de no mejorar de manera efectiva las listas de espera, que es la asignatura pendiente permanente..."*

"Yo cuando hablo de reforma estoy pensando en mejoras. No pensando en una opción de negocio que es lo que tienen muchos cuando se habla de reforma. Entonces la dificultad es cómo romper inercias. Es decir, dentro del campo de

la mejora, ¿cómo romper inercias? Porque efectivamente, un sistema tan grande, tan asentado tiene muchas inercias. Y también ¿cómo ser capaces de cambiar los procedimientos? Es decir, esas dos son probablemente, los puntos más difíciles de reconducir para ser capaces de... De hacer que nos lleven a mejorar un sistema que de por sí ya es bueno.”

César de la Fuente: *“...en temas concretos, sobre todo en aquellos que afectan a sanidad o educación, cualquier reforma que no venga dada por el consenso a mí me asusta un poco, como técnico y como ciudadano. Las reformas, especialmente las de gran calado, debieran producirse tras el consenso entre las diferentes fuerzas políticas, contando a su vez con las distintas administraciones. Porque en sanidad, las comunidades autónomas por ejemplo son responsables de más del 90% del gasto en nuestro país. En cuanto al fondo de las reformas de los últimos años, yo no cuestiono si éstas eran o no necesarias. Supongo que quienes en ese momento tomaran estas decisiones lo hicieron con suficientes motivos. Pero en mi opinión cualquier reforma que se plantee por la una necesidad de recortar gastos tendría que centrarse en primer lugar en mejorar la eficiencia, no en disminuir las prestaciones o aumentar las aportaciones de los ciudadanos. Y aunque aún hay margen de mejora para alcanzar una eficiencia aceptable en nuestro sistema de salud, es difícilmente aplicable sin la participación de todos aquellos que tienen responsabilidades en la materia.”*

Además, teniendo en cuenta la peculiaridad de la descentralización de España en cuanto a la gestión del SNS, esto plantea una doble dificultad: la necesidad de mejorar la eficiencia y de aumentar la convergencia para reducir los riesgos de inequidad territorial. Algunos panelistas plantean que esta descentralización facilita la eficiencia, e incluso ha permitido disminuir inequidades en los últimos años:

Mercedes Martínez: *“Nuestro SNS es quizás el más descentralizado del mundo, y esto tiene una ventaja sobre eficiencia pero también una desventaja en equidad, o sea, se gana en eficiencia porque se prestan más rápido los servicios a la ciudadanía. Pero se disminuye en equidad porque cada servicio o cada comunidad invierte en lo que quiere. Seamos realistas, se invierte en una*

tecnología sanitaria sea farmacológica o no, preventiva, de cribaje, etc, o se prefiere invertir en carreteras o en otras partidas de índole social que redunden en el bienestar de la población. Entonces esto tenemos que tenerlo en cuenta siempre; para mejorar eficiencia y equidad, ¿qué podemos hacer? Pues, partiendo de la base de dejar el sistema como está, aceptar las posibles diferencias que puedan existir, porque evidentemente, más o menos todo el mundo lo ve: no son iguales los servicios prestados en sitio, que en otro, porque cada gestor tiene voluntad para elegir. Y respecto a eficiencia, ¿cómo puedes mejorar en eficiencia? Mejorando las estructuras, reduciendo los cuellos de botella, siendo simplemente más eficientes. ¿Cómo podemos mejorar en equidad? Pues acercándonos: avanzando a través de criterios de convergencia. Criterios de convergencia para lo que todos consideramos básico. Probablemente las 17 comunidades autónomas no van a coincidir al cien por cien en la cartera básica de servicios. Ni siquiera en la cartera básica de servicios del ministerio, para aquellos servicios que se consideran esenciales, donde confluyen las comunidades autónomas y la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Lo que se marca son unos criterios muy macros del servicio que se presta, pero luego ni la forma de desarrollarlo ni a través de qué técnicas, qué tiempos y a qué pacientes es común. Es decir, que eso se deja en manos de las comunidades autónomas. Por lo tanto esa desigualdad podría afectar también al resultado general. El instrumento idóneo para avanzar en criterios de convergencia es el Consejo Interterritorial del SNS."

César de la Fuente: "Algunos estudios indican que aproximadamente un 20% del gasto sanitario en España sería ineficiente o posiblemente mejorable. Un 20% del gasto sanitario en nuestro país son algo más de 10.000 millones de euros... Pero es verdad que la mejora de la eficiencia es una tarea difícil, y también a corto plazo no presenta resultados tan inmediatos como por ejemplo la disminución de prestaciones o el aumento de las aportaciones por usuarios. La mejora de la eficiencia de un sistema de salud tiene que ser fruto de una planificación. Lo que plantea la pregunta es la reforma del sistema sanitario. Si esta reforma se encaminara entre otras cuestiones a mejorar la eficiencia, respetando obviamente umbrales razonables de calidad y equidad en el sistema de salud,

permitiría dar un mejor servicio manteniendo las prestaciones sanitarias con condiciones de acceso también razonables. Es decir, aseguraría su sostenibilidad sin afectar a su calidad y equidad.”

Jon Iñaki Betolaza: *“Para mí en estos momentos hay más equidad de la que había antes de las transferencias. Y la convergencia es mucho mayor: no hay tantos como 17 sistemas, hay como tres o cuatro. Lo que pasa es que antes de las transferencias había todo un bloque grande en el que habían muchas diferencias intra-. Es decir, nuestra primera preocupación tiene que ser la cartera básica de servicios, creo que estamos todos de acuerdo. La preocupación como responsables políticos de las comunidades autónomas tendría que ser que no hubiese problemas de equidad intra-comunidad. Y yo creo que en este sentido hemos tenido grandes avances [...] Las técnicas y procedimientos no trascienden a los decisores políticos. Eso es cosa de los profesionales. Al desempeño de la medicina, ¿por qué hay hospitales que son más punteros que otros? Pues porque hay profesionales que son más audaces, -no voy a decir ni osados ni atrevidos, sino audaces- o que dedican más tiempo a su profesión, a la investigación que otros. Entonces eso marca la diferencia, en todos los órdenes de la vida. Entonces, yo creo que hay una cuestión que hay que considerar cuando hablamos de que la equidad se ve resentida, yo creo que debíamos dar datos y específicamente decir qué comunidades autónomas la sufren.”*

Ángel María Martín: *“Yo creo que desde luego no ha habido más equidad que la que hay ahora. Cuando desde cualquier territorio alejado de una gran capital se tenían que desplazar montones de pacientes diariamente, ¿eso no era inequidad?. No era inequidad el que tuvieses que hacer 200 kilómetros para hacerte una radiografía, eso no era inequidad. Sin embargo ahora, porque en un sitio han decidido hacer cierta prueba que a lo mejor en otro hospital no están haciendo, se está rompiendo toda la equidad del sistema... Otra cuestión es el tema de la eficiencia; yo creo que efectivamente tenemos un déficit de eficiencia. Podríamos hacer más por mejorar la eficiencia de cómo utilizamos los recursos. Y ya se hace mucho.”*

Jon Iñaki Betolaza: *"Incluso se miran mucho los gastos sanitarios por persona. Pero eso sin tener en cuenta la retribución de los factores no nos dice nada. Hay otro elemento que quizás habría que combinar con el gasto sanitario por persona y que liga con lo que yo estaba diciendo antes: ¿qué pasa con la variabilidad en la práctica clínica? Porque esto explica muchas cosas en línea con lo que decía César. Y ahí todavía, ..., tenemos un atlas ¿no?"*

Mercedes Martínez: *"Yo me refiero fundamentalmente a un ámbito. El debate de si antes había más equidad, ahora menos equidad, es un debate un poco diferente, yo creo. Lo que se puede considerar es una cobertura más amplia por la red organizativa del sistema, que antes no lo había y ahora sí la hay. Pero que la descentralización conlleva diferencias es evidente."*

Jon Iñaki Betolaza: *"Pero esto, ¿es que un ciudadano vasco tiene más acceso, posibilidades -yo no voy a decir igualdad- más posibilidades de acceder al sistema que uno de Castilla la Mancha?"*

José Luis Sánchez: *"Yo creo que nos perdemos con la inequidad. Para mí, inequidad es la urgencia de que te puedes morir, y si vives en Piornal, Extremadura, que es un pueblo muy alto, tienes que hacer muchos kilómetros para recibir asistencia. Es que no podemos tener un hospital al lado... Nos quedamos en la inequidad de las comunidades autónomas. La inequidad está en el sitio donde tú vives dentro de tu comunidad. O sea, si yo vivo al lado de un hospital y me da un infarto, voy casi andando. Ahora, si yo vivo a 40 kilómetros porque he decidido vivir ahí o porque soy de allí, con toda la lógica del mundo no puedo tener un hospital al lado. Esa es la inequidad... Inequidad en los medios."*

Jon Iñaki Betolaza: *"El otro día un compañero me hablaba en términos de justicia y le dije que por favor no utilizáramos el término justicia, porque se complica más la cosa, que debemos hablar en términos de igualdad de oportunidades en el acceso. Voy a poner un caso concreto, que sí es una cuestión de equidad. Era una comunidad pequeña que no tenía acceso a la cirugía*

cardíaca. Y sus pacientes presentaban un riesgo de fallecimiento superior al de pacientes de otras comunidades. Bueno, pues se llegó a un acuerdo y ahora estos pacientes reducen el riesgo de fallecimiento por tener un mejor acceso al servicio. Eso es un avance en equidad, es tener acceso al servicio. Yo lo que manifiesto es que en estos momentos hay mucha más convergencia. En esa equidad entre comunidades que tú planteas no podemos vender el mantra, como decía Ángel, de que esto está peor. Porque no es cierto, vamos.”

José Luis Sánchez: “Aparte yo creo que perdemos el norte cuando, intentando generar equidad, nos ponemos a abrir centros de hospitales... Otro ejemplo: una asociación de pacientes viene a verme y me dice que cómo es posible que en Extremadura no tengamos una unidad para tratar esa enfermedad rara de paciente... Y se me ocurre preguntarle: si la abrimos mañana, ¿tú dónde vas con tu niño? Y responde que a Madrid, al Niño Jesús. Entonces, ¿Para qué quieres la unidad? Claro, yo voy ahí porque están los mejores expertos...”

En resumen...

¿La arquitectura administrativa de nuestro SNS -que mezcla modelo asegurador y modelo NHS- actúa como un freno a cualquier reforma creíble?
¿Hace falta un marco jurídico unificado para reformar o basta con un RDL?

Más que la arquitectura administrativa, se identifican como frenos a las reformas:

- Las constantes faltas de consenso político.
- Los intereses ocultos tras las iniciativas.

Cuando hay voluntad, las peculiaridades sistema no han sido obstáculo insalvable. Es más, la existencia de 15 sistemas puede haber ayudado a corregir inequidades territoriales y a ser más eficiente.

4. ¿Cómo debiera articularse la evaluación para tomar decisiones? ¿Es suficiente el aparato estadístico que tenemos para investigar y por ende tomar decisiones?

Hay un razonable consenso que en España existen datos y en general buenos sistemas de información. El problema reside en la dificultad de explotar dichos datos y en una cierta falta de voluntad o interés por explotarlos:

José Luis Sánchez: *"...si miramos cinco años atrás únicamente, la capacidad de los sistemas de información que tenemos ahora mismo es mucho mayor, simplemente en medicamentos. Lo que sabemos todas las comunidades, nombres y apellidos, cada paciente que se ha llevado cada medicamento, y qué día y de qué se lo prescribieron... Si vamos a los hospitales tenemos una información muchísimo más completa que la que había hace cinco años. Tenemos mucho para trabajar y dentro de cinco años o seis más, habrá todavía mucho más. El problema es que tal cantidad de datos sin explotar asusta, da miedo decir "vamos a ponernos...""*

César de la Fuente: *"Yo creo que tenemos muchos recursos. La disponibilidad de los registros médicos informatizados desde luego ha abierto unas posibilidades que quizás no explotamos suficientemente. Os voy a poner un ejemplo. En mi etapa anterior, cuando trabajaba para la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios coordiné durante un breve período de tiempo la base de datos BIFAP. En aquella etapa, abrimos su explotación a cualquier investigador que presentara un proyecto razonablemente bien planteado. Aunque me refiero a un período corto de tiempo, el resultado fue que recibimos un número poco relevante de solicitudes para realizar estudios con una base de datos de esta magnitud... ¿por qué? Entiendo que la razón principal es que la realización de un estudio de este tipo es muy compleja, al menos se necesita un estadístico "de cabecera" que te ayude a trabajar con cientos de miles o millones de registros, y una formación como investigador muy potente... Por eso pienso que el problema no es tan sólo la disposición de recursos de información..."*

Jon Iñaki Betolaza: *“...el problema no es sólo decir si hay datos o no. El que tiene voluntad de investigar acaba encontrando los datos...”*

Mercedes Martínez: *“Para mí es un problema de falta de voluntad y de miedo a ponerse a investigar la información. ¿Por qué? ¿Qué sabemos de los resultados de ciertas tecnologías, de ciertos medicamentos, si lo analizásemos? Pues probablemente y siendo realistas, de mucho de lo que creemos que es eficaz, se demostraría que no lo es, que no tiene utilidad y que se está usando. Creo que está dentro de nuestras cabezas, en nuestra percepción. Analizar los datos a nivel macro no es tan difícil como parece. Entonces, ¿Por qué no lo hacemos...?”*

Respecto al cómo debiera articularse la evaluación para tomar decisiones, se pone de relieve lo siguiente:

- Es necesaria la planificación y tener en cuenta las necesidades de información del decisor.
- En cuanto a los sistemas de información: debe desarrollarse su configuración para poder abordar las cuestiones relevantes, dentro de sus ventanas temporales, lo cual implica la disposición de recursos suficientes materiales y humanos, know how para su explotación eficiente.

José Luis Sánchez: *“Tenemos muchos datos; ya tenemos los datos recogidos. Vamos a pensar en futuro, pero antes de que vaya alguien con estos datos sin ningún orden al ministro de turno, para decirle -mira lo que he hecho-. Así no. Vamos a planificar este tipo de cosas, para presentar los datos de la siguiente manera: -con toda la información que tengo, ¿te parece bien que hagamos un plan de trabajo, viendo lo que hay, viendo cómo evoluciona?-. Esa es la cuestión. Los datos están ahí...”*

Jon Iñaki Betolaza: *“bajando a nuestro mundo de los medicamentos, ¿cómo se hacen los ensayos? Los ensayos nacen de un interés compañía-clínico. Creo que tiene que articularse de una manera un poco estructurada entre los agentes. No puede ser que el responsable de las decisiones no esté. Ahora estamos*

empezando a tener institutos de investigación e innovación. En alguna medida sí están, pero incluso con esas estructuras creo que eso no se discute con los decisores. Es decir, que debiéramos tener una serie de sesiones para compartir intereses sobre los ámbitos de investigación y sobre cuáles son las líneas prioritarias... Y esto tiene que ser algo compartido con los decisores políticos, en el nivel meso de los institutos. Y esto tiene que bajar a los clínicos, ¿no? Porque si no, además, se genera cierta desconfianza; el clínico pensará: "Oye, el político se empieza a meter aquí. Ya me quieren quitar algo".

María Teresa Requena: *Yo creo que tenemos que pasar primero de la actividad a la experiencia del paciente y a resultados clínicos que realmente importen. Que sean importantes no sólo para el clínico sino también para el paciente. O sea, yo creo que hay que cambiar la perspectiva de toda la acumulación de datos que tenemos. Y también creo que desde luego quien tiene que guiar al final a identificar los resultados importantes, evidentemente son los pacientes y también son los clínicos [...] Es difícil. Vamos a ver, vamos a poneros un caso concreto. Tú quieres evaluar un fármaco y quieres hacer un registro de un antineoplásico. Tendrás que estar controlando que el paciente sea adherente, porque si no después no le digas a la industria que quieres hacer un contrato de riesgo compartido. A lo mejor el paciente lo deja de tomar y me estás echando la culpa a mí. O sea, tienes que controlar tantas variables, tantas variables que tienen que estar registradas... Pero el médico te va a decir -mira, priorízame porque yo no puedo registrar tanta cosa-. O sea, yo no creo que sea tan sencillo darle un botón y obtener información. Primero, ¿cuándo has visto tú que en las historias clínicas electrónicas te digan claramente escrito cuál es el resultado de la evaluación? En el ensayo clínico esta respuesta está completa... Y otro problema que yo creo que es muy importante. Lo veo con la base de datos que manejo todos los días. Este problema es que las bases de datos se cierran anualmente. Es decir, no tenemos un seguimiento longitudinal de los pacientes. En el tiempo, no en ejercicios, que es como se trabaja normalmente. Necesitas una base de datos que casi específicamente vigile esa cohorte de pacientes, para que dentro de tres años me pueda decir la supervivencia de estos pacientes por ejemplo.... Yo lo veo muy complicado. Yo creo que aún no estamos preparados para eso."*

César de la Fuente: *“En este sentido yo creo que ya hay disponibles distintas bases de datos longitudinales para investigar en nuestro país, sobre todo en atención primaria. ¿Qué tienen de bueno y a la vez de malo estas bases de datos? Pues, al contrario de lo que comentabais, resulta que los médicos españoles escriben mucho en la historia clínica codificando quizás menos de lo deseable. Aunque hay sistemas que facilitan su explotación ayudando a validar diagnósticos en la base de datos que permiten asegurar con ciertas garantías que un paciente concreto presenta o ha presentado la patología que se le atribuye, no deja de ser en cierto sentido un ejercicio de pesca que requiere mucho esfuerzo y tiempo. Este tipo de fuentes de información no sirven por tanto para extraer información para evaluar los resultados si no hay antes una planificación.”*

Ángel María Martín: *“Coincido en que tenemos más información de la que habido nunca, tenemos unas bases de datos brutales con una cantidad de información riquísima, pero extraer información útil y consolidada requiere de un esfuerzo brutal. Un clínico diario o ve al paciente o se dedica a explotar... Tenemos el tema de la hepatitis c, con los registros que tenemos que crear, y cuidado que no son muchos datos los que se nos están pidiendo para dar este resultado. No son muchos los datos que hay que dar para cumplimentar esa información básica para ser capaces de evaluar finalmente los resultados, esos recursos. Y lo que dicen muchas veces, los que lo están haciendo: -Mira, o veo al paciente o dedico 15 minutos cada vez a cumplimentar en el formulario-. ¿Qué hacemos?”*

En resumen...

¿Es necesaria la evaluación para tomar decisiones? En caso afirmativo: ¿cómo debieran articularse? ¿Es suficiente el aparato estadístico que tenemos para investigar y por ende tomar decisiones?

- La toma de decisiones es un acto que tiene como consecuencia alterar la naturaleza y el orden de las cosas, por lo que todos los insumos de información -de calidad- juegan papeles fundamentales.

- Las evaluaciones por ende son –o deberían ser- protagonistas. Y cuando sea necesario, programadas, casando con los intereses del decisor, y participando este en el diseño.
- Día a día los sistemas de información recogen ingentes cantidades de datos. Su potencial es riquísimo en este sentido.
- No obstante, estas grandes fuentes parecen ser muy poco prácticas para el investigador que las consulta y de las que intenta extraer información, puesto que no han sido diseñadas, o configuradas con un objetivo claramente definido, o por lo menos seguro que no con los objetivos del investigador.

6. ¿Dentro de las evaluaciones de impacto y de tecnologías podéis ponerme algún ejemplo de las que veis más necesarias?

Los panelistas muestran ejemplos de estudios con impacto, remarcando su importancia por los resultados y por el esfuerzo que supone su realización:

César de la Fuente: *"Un ejemplo de recurso a utilizar en las evaluaciones de impacto y tecnologías puede ser BDCAP, donde se están volcando un elevado número de campos de historias clínicas de aproximadamente el diez por ciento de la población española manteniendo la representatividad de cada Comunidad Autónoma. La diferencia con otras bases de datos como BIFAP es que BDCAP se centra más en determinados indicadores, es decir, está menos planteada para la investigación que otras. Pero resultará sin duda muy útil."*

Ángel María Martín: *"La experiencia que tengo en eso es de qué manera tan sencilla se hace la investigación por parte de la industria de un ensayo clínico. ¿Por qué? Por todo el soporte que tiene. Tiene una CRO (empresa independiente de investigación clínica) que te lo prepara todo, el clínico lo tiene todo... Sin embargo dos intentos de ensayo clínico hechos en mi comunidad por personas tremendamente voluntariosas -uno de ellos responsable de una unidad de investigación- que se dejan la vida, y contando con ciertos recursos y apoyos económicos, no consiguen alcanzar el éxito. Incluso para las personas con un*

enorme interés y motivación. Respecto a industria, no es únicamente el tema de los 8000 euros que le puedan dar a un investigador por paciente, que eso desde luego anima mucho, es que además hay una CRO que te facilita todo. Cuando tienes una duda tienes 18 versiones y 18 explicaciones de cómo cumplimentar la información. Eso es a lo que me refiero, la tremenda dificultad. Porque dar a una tecla, que salga un dato y publicarlo es muy fácil, eso lo puede hacer cualquiera. El que da a la tecla y pone el dato, sabe, si tiene un mínimo de responsabilidad, el valor que tiene. Y hay mucha gente que no tiene el más mínimo escrúpulo en plantar el dato y darlo como creíble. Pero que el dato sea creíble cuesta un esfuerzo brutal.”

José Luis Sánchez: “Nosotros tenemos un estudio muy interesante en Extremadura llamado HERMEX, sobre el riesgo cardiovascular. Creo que llevan ya 10 años. Lo interesante del estudio es que cada vez que se recogen datos de nuevo, los datos son mucho más completos. Ya tenemos datos de alta, datos de seguimiento del paciente, tenemos datos de qué tratamientos tienen... Entonces cuando hablo con el médico que está dirigiendo el estudio y me dice que hace cinco años sólo tenían el tratamiento del 60% de los pacientes, y ahora del 98%, me hace pensar que vamos a mejorar. Que en la historia clínica de hace cinco años no se tenía recogido el dato de cuándo se dio el alta o los problemas de salud que tuvo en el hospital, o al salir, y ahora sí. Eso quiere decir que existe una mejora. O sea, nos falta mucho por mejorar evidentemente, pero creo que se puede hacer un estudio así. Yo este estudio lo analizaba desde el punto de vista puramente de la gestión y pensaba: -qué alegría poder comprobar simplemente cómo mejoramos-. Le digo al médico entonces: -vosotros estáis viendo el resultado clínico y cómo evoluciona el ritmo cardiovascular, pero yo desde el punto de la gestión estoy viendo cómo mejora la recogida de datos, como en esa cohorte de pacientes cada vez tenemos un porcentaje mayor con datos más completos-. Me parece interesante, me parece una forma de valorar todo esto.”

Jon Iñaki Betolaza: “Te voy a citar tres ejemplos. Uno de ellos desarrollado como ensayo clínico con fondos de uso racional del medicamento, proyecto de crónicos poli-medicados diabéticos tipo II. Ahí está, estamos ya finalizando, que

cuesta su esfuerzo, pero hay una información ahí súper valiosa. Ahora eso lo vamos a contrastar con otro proyecto que vamos a hacer de seguimiento fármaco-terapéutico, donde vamos a contar con las oficinas de farmacia. Este proyecto primero lo hicimos dentro de casa, con personal farmacéutico, enfermería, médicos... Y ahora vamos a hacerlo utilizando las oficinas de farmacia. Ahí hay toda una serie de formularios que hay que rellenar. Pero para que veáis, estamos hablando de formularios PDF auto-rellenables que son explotables en formato base de datos. Quiero decir que hay tecnología muy simple que te permite hacer cosas, no te tienes que ir a tecnología Big Data. Y por otra parte tenemos también un programa, en este caso de atención de mejora a la medicación en pacientes atendidos por los servicios de atención domiciliaria, en el que hay toda una serie de registros: hay una encuesta de calidad de vida de los pacientes, tenemos información sobre la adherencia, tenemos información incluso sobre la deprescripción... Si tú tienes claras las variables principales subrogadas y las derivadas que quieras medir, primero tendrás que ver si son medibles o no. Pero al final se puede conseguir, yo creo que aquí ligo con lo que decía José Luis."

Por el lado de la demanda, también hay algunas evaluaciones del impacto del modo copago farmacéutico que estableció el Real Decreto 16-2012, o de la exclusión de los ciudadanos de la cobertura pública:

José Luis Sánchez: *"Nosotros hicimos un estudio a nivel regional y era llamativo que el número de recetas disminuyera mucho durante dos meses y medio. Sería posiblemente lo que la gente tenía en casa guardado. Y luego, si, el mes anterior subió; la gente habitualmente tiene su caja y otra más por si acaso. Y a partir de ahí no vimos luego una disminución muy marcada. Es cierto que el paciente en Extremadura, cuando tenemos un caso puntual, pagaba todo y luego se le devolvía. Hubo una cierta contención; comprobamos que en el momento en que se puso el tope, es decir, llegas a tu techo de gasto y ya no pagas más, hubo otro repunte. Bueno, pues también aquí entendemos que hay muchos actores y comprobamos en la farmacia que el propio farmacéutico decía: Bueno, mira, ya no tienes que pagar más, llévate todo por si acaso. Porque antes el paciente decía: Si me lo llevo lo voy a tener que pagar, como ya lo tengo no me lo llevo,*

porque voy a tener que pagar aunque sea un mínimo. Sin embargo al establecer a cada uno su tope sí se volvió a notar. Fueron los dos repuntes que hubo, pero luego ya en Extremadura no hemos visto un cambio grande...”

Ángel María Martín: *“Nosotros si tenemos “feedback” indirecto. Hay mucha gente que no retira medicación por temas económicos. Negar eso, yo por lo menos aquí en esta mesa no lo negaré, porque no es uno, son muchos los profesionales los que te lo dicen. Gente que va a la farmacia, que no lo puede pagar y no se lo lleva [...]. Nosotros también tenemos hecho un estudio interno. Tuvi-
mos la suerte de ver que hay un grupo de población, la T601, que no son sen-
sibles al precio. ¿Por qué? Porque no pagan. ¿Cómo se comportan las demás
en relación con la T600? Pues sorprendentemente son los de la T603, es decir
los que pagan y además tienen una situación económica más débil, los que
dejan de retirar claramente mucha más medicación que el resto. Y ya llegando
al extremo, entre la T61 y la T62 no hemos visto grandes diferencias. No está
hecho el análisis por los topes de copagos si no sobre el total. Pero lo que sí
que hemos visto es que la T65 se comporta como la T61. La T63, claramente,
tiene un impacto muy claro. Y luego, por tramos de precios, curiosamente, en
el tramo de precios que va entre los 10 y los 50 euros es donde se retira menos.
Es decir, donde deja de retirarse más medicación. En cambio, a partir de 50€
el efecto de retirada de medicación es muy inferior. Es decir, todos estos datos,
es verdad que indirectos, van en la misma línea. Ahí el componente económico
parece que sí está teniendo un efecto fundamentalmente en el grupo económico
que pagando tiene un menor soporte económico, es decir los de los la T603.
Y dentro de los grupos de fármacos, no en los más caros, porque probable-
mente los más caros globalmente la mayoría tiene su precio protegido por el cí-
cero, si no en el grupo que está inmediatamente inferior al precio más alto, al
precio que no está protegido por el cícero, entre los 20 y los 40.”*

- 7. El RDL 16/2012 y la política fiscal de los últimos años ha propiciado un des-
censo del gasto sanitario del 15% y no se ha hundido el sistema. ¿Qué
explicación/es le dais?, ¿puede seguir bajando?, ¿qué papel puede tener
la evaluación y la investigación de servicios sanitarios en todo esto?**

La mayor parte de los panelistas plantean que estas medidas han tenido un impacto real, por ejemplo en las listas de espera y sobre todo, en los profesionales, reduciendo sus salarios y afectando de forma negativa a su motivación. Sí se destaca entre todos, un aspecto favorable, la concienciación por parte de todos los agentes sobre el coste de los medicamentos:

César de la Fuente: *"Bien, si nos atenemos a las medidas que se han introducido en los últimos años, se puede concluir que han afectado a prácticamente todos los sectores, como industria farmacéutica, oficinas de farmacia, recursos humanos del sistema nacional de salud y los propios ciudadanos... No se ha hundido el sistema pero esto no quiere decir que estas medidas se puedan ir repitiendo cíclicamente y el sistema siga aguantando. Probablemente sea un tema coyuntural, pero difícilmente eso puede llegar a ser estructural. Ese tipo de decisiones, cuyo objetivo principal es la sostenibilidad del sistema, entiendo que debieran ir enfocadas en mayor medida al aumento de la eficiencia. Si hubiéramos alcanzado una eficiencia óptima quizás habría que plantearse otras cosas, pero como no estamos en esa situación... Respecto a las agencias de evaluación de tecnología sanitaria, en mi opinión deben tener un papel fundamental, pero tampoco resuelven del todo el problema de la sostenibilidad financiera de los Sistemas Sanitarios. En Alemania por ejemplo se estimó que con la implementación legislativa de una agencia de evaluación de tecnología sanitaria que tomara decisiones vinculantes se conseguía un ahorro de unos 2200 millones de €. No está nada mal, pero en relación a proyecciones de gasto sanitario, que prevén un incremento del gasto en nuestro país de unos 15 mil millones de euros de aquí a 2030, pues ese ahorro podría ser insuficiente. Lo que quiero decir es que la toma de medidas no tiene por qué ser excluyente una de la otra. Se deberían tomar medidas como la mencionada sobre una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, pero ésta debiera ir acompañada de otro conjunto de acciones que faciliten alcanzar los objetivos que se planteen."*

Ángel María Martín: *"Yo creo que no se ha hundido el sistema. Vamos a separar dentro de ese 15% dos ámbitos. Por una parte, la parte del medicamento. Yo creo que las medidas que se han tomado en relación con el medicamento, no han hundido al sistema, de hecho probablemente han mejorado la eficiencia."*

Ha tenido unos costes sociales creo que grandes, pero desde el punto de vista de eficiencia se ha hecho al profesional farmacéutico y médico, así como al paciente, más sensible al precio... Pero es verdad que con el coste que sí que hemos medido, efectivamente ha habido una contracción de la demanda. Lo que no es posible saber es esa contracción de demanda desde el punto de vista de necesidad, qué peso le puedes dar, a qué demanda se estaba contrayendo, ¿no? En definitiva, yo creo que no se ha hundido el sistema, pero se ha quedado muy tocado, muy tocado..."

María Teresa Requena: "Yo también, yo pienso lo mismo."

Ángel María Martín: *"Muy tocado. Lo que cuesta motivar a la cantidad de profesionales que tenemos... Esa motivación no es resultado de una orden de mando de un día, es de toda una trayectoria. El efecto que ha tenido en los profesionales ha sido demoledor. La intervención de manera casi indiscriminada, donde hablar de indiscriminada es mucho decir, cuando el objetivo que ha habido ha sido un objetivo de conseguir un ahorro económico... donde había que recortar por donde se podía. Esto ha llevado a jubilaciones de profesionales con una riqueza intelectual extraordinaria en el sistema y que de un día para otro se han visto excluidos. Eso tiene un efecto no solamente sobre el profesional, sino sobre todo el equipo. Es decir, hay un elemento intelectual que lo tienen determinadas personas. Yo creo que sí, que ha tenido un efecto. Va a costar mucho tiempo y mucho esfuerzo recuperarse. ¿Se soluciona subiendo salarios...? El profesional ha perdido confianza y eso no es sencillo de recuperar. La confianza, cuando la pierdes, es como la credibilidad. Es decir, tú naces con credibilidad. Naces, pero el día que dejas de ser creíble para el resto de los que están a tu alrededor te cuesta muchísimo recuperarlo. Yo creo que el profesional, con esta catarata de medidas, todas ellas de contenido exclusivamente económico y ya no hablo tanto, a lo mejor, de la bajada de precios de salarios que en la situación de crisis general que hemos vivido, de alguna manera todos la hemos percibido casi, no sé si como necesaria, pero como un mal menor. Ha sido otra cosa diferente. O sea, de pronto romper pactos, de pronto romper planificaciones posteriores que habían tomado la decisión que afectaban a familias, que afectaban a grupos de investigación, que afectaban a*

un proyecto general y de pronto, todo eso se ha venido abajo. Es decir, no es fácil volver a recuperar la confianza de toda esta gente en que una vez que haya recuperación económica, no se van a encontrar con otra situación similar..."

Mercedes Martínez: *"Yo no tengo esa percepción tan exagerada como la vuestra. Yo creo que en general la asistencia se sigue prestando exactamente igual o con un retraso. Pero no se puede decir que ha habido recortes en asistencia sanitaria, que a alguien se le deje de operar, que a alguien se le deje de hacer una prueba cuando es necesario... Yo creo que funciona más o menos todo igual que antes. Como estás diciendo, el mayor recorte ha sido en salarios, en gasto de personal."*

Ángel María Martín: *"Ha aumentado la lista de espera. Desde el 12 hasta aquí ha aumentado la lista de espera. Yo creo que en casi todas las comunidades autónomas hay una parte del sistema que tenemos que tiene que ver con la motivación y la ilusión. La motivación y la ilusión cuesta muchísimo el conseguirla y eso se ha perdido."*

José Luis Sánchez: *"El grupo específico que gobierna que no ha consensuado con nadie. A golpe de: te lo firmo y mañana está hecho. No sé... Entiendo que sus motivos tendrían, sobre todo el de la prisa y de la situación económica. Pero no se contaba con nadie. Yo creo que el problema que estamos teniendo en muchas cosas es que no se explica, pero ni siquiera a la población. El tema de la hepatitis es recurrente. Cuando la gente supo lo que pasaba con la hepatitis cambiaron el punto de mira. De poner al Ministerio en el punto de mira, dijeron, ¿señores de la industria, cuánto quieren ustedes cobrar por éste medicamento? Hubo un cambio de paradigma en ese punto crítico. Yo creo que ha faltado información general a todo el mundo. Y además, rápidamente, vuelvo a lo de antes, aquí se cogen dos polos opuestos. Tú dices A, pues nosotros vamos a decir B y además vamos a verter esas opiniones. Yo creo que sí es cierto que la sanidad se ha resentido, claro que se resiente. Si me quitan un compañero, y de ocho en el servicio pasamos a ser siete, claro que lo tengo que notar. Todo eso se tiene que notar, ¿y al final en quién repercute?"*

Jon Iñaki Betolaza: *“Estoy de acuerdo con José Luis, las cosas no se deben hacer así, porque al final esto tiene consecuencias. Pero mi pregunta es más profunda ¿Qué se pretende con todo esto? Porque esto liga con la primera pregunta o con la segunda. ¿Qué se pretende con esto? Porque, fíjate, llevábamos una década, en algunos momentos creciendo a dos dígitos. No es lo normal, y todavía en el sistema, cuando surgen este tipo de debates, la gente sigue hablando del problema de la financiación y de infrafinanciación. Voy a dejar al Gobierno Español aparte, porque igual estaba convidado a tomar una decisión y además, todavía hemos tenido recientemente hace poco con una Ley que se ha aprobado, yo creo que de cara a la galería, de cara a que Europa nos deje tranquilos. Mi pregunta es, ¿qué quieren los Señores de Europa? ¿Es solamente disciplina presupuestaria? o ¿quieren más? o ¿quieren, aprovechando el viaje, llevarse más cosas en el zurrón? Porque nosotros en el sector hemos tenido el tema de las oficinas de farmacia... podemos ir a Grecia... y podemos compartir que el modelo de farmacia es mejorable y tiene que haber cambios, y hay cosas que no se sostienen en la época en la que vivimos. Pero de ahí a los virajes, no vamos a hacer uno de 360 grados. Aquí hay otra serie de intereses que están moviendo los hilos de la economía europea y de la economía mundial; tiene que ver con esto. Hace unos días se presentó un balance de los seguros de salud, y habían crecido de una manera importante. La gente acaba buscando la solución y esto lo tenemos en los ámbitos más cercanos [...] Con otros compañeros hemos hecho una reflexión también de que en estos últimos 30 años, todos estos organismos internacionales, que no se sabe muy bien a quien reportan, han estado ahí diciéndonos que había que cambiar el sistema. Entonces nos han hecho lo de la cigarra y la hormiga. Es decir ustedes compórtense como cigarras que al final iré yo y ya modularé el sistema. Porque les voy a quitar el sustento básico. Entonces vale, ahora van a ir a comer donde yo les diga. Esto es lo que ha pasado, no nos engañemos.”*

En resumen...

El RDL 16/2012 y la política fiscal de los últimos años ha propiciado una bajado del gasto sanitario del 15% y no se ha hundido el sistema. ¿Qué

explicación/es le dais? ¿Puede seguir bajando? ¿Qué papel puede tener la evaluación y la investigación de servicios sanitarios en todo esto?

El sistema no se ha hundido, pero si ha quedado tocado. Los recortes han recaído mayoritariamente en los salarios de los profesionales sanitarios, (son el 60% del presupuesto). Hay consenso que el sistema sobrevive en buena parte gracias a la resignada voluntad de los profesionales.

Hay cierta mejora en eficiencia del gasto, por una mayor concienciación del coste de los medicamentos, por parte de los pacientes y así mismo del personal sanitario.

9. ¿Cómo hacer frente desde la finitud de los recursos sanitarios públicos al alto precio de los nuevos medicamentos?

Existen discrepancias entre los panelistas en el origen del incremento de precios de los medicamentos en los últimos años: el coste de la investigación, intermediarios, e incluso el establecimiento de los umbrales de eficiencia por parte de NICE. Se plantea la necesidad de considerar cambios en el modelo. Para ello serán necesarios acuerdos políticos, globales, donde se decidan cuestiones del tipo topes presupuestales para los medicamentos, que sean los proveedores los que se adapten; considerar otros cambios estructurales en la financiación y en la I+D+I. Este último va a ser impulsado por la propia industria, ante su necesidad de rápido retorno de la inversión, por ejemplo, compartiendo gastos, etc.

Ángel María Martín: *"Hace falta un acuerdo del que se ha estado hablando aquí. Es decir, solamente hace falta casi un acuerdo político. Es tal la potencia que tienen ahora mismo los precios que se nos presentan, en muchos casos con valores añadidos escasísimos. Tenemos una situación muy delicada, porque la industria se ha dado cuenta de que ha roto las barreras. Y, por mucho que adoremos al NICE, yo le responsabilizo del disparate de precios que tenemos desde el momento en que fue capaz de establecer la disponibilidad a pagar. Lo*

que nadie dice. Si tú estás dispuesto a pagar 30 mil Libras, a partir de ahí yo ya por nada te voy a pedir menos. Y a partir de ahí sí puedo te pido 100 mil... Ya están en un escenario en el que se han dado cuenta de que pueden pedir casi lo que quieran, y no hay herramienta para decir no."

César de la Fuente: *"Con el asunto de la financiación del tratamiento de la hepatitis C puede que hayamos abierto un poco los ojos. Aunque la solución alcanzada en este asunto pudiera ser la idónea, hubiera sido deseable una mayor planificación. Una cosa hay que tener por segura, y es que esta misma situación volverá a reproducirse en el futuro con otros medicamentos distintos, en otra patología, a lo mejor el año que viene, dentro de un lustro... ¿quién sabe? [...] Lo que tenemos que preguntarnos es si estaremos preparados para afrontarlo.... Cuando el Estado decide financiar o no financiar una determinada innovación, debiera tener capacidad para conocer las condiciones más ventajosas para su uso y posteriormente aplicar ese conocimiento en la negociación de su precio. Puede que la Administración no esté capacitada a día de hoy para explorar estas condiciones y materializarlas (muchas veces se le atribuye a la propia industria la responsabilidad de la realización de los análisis coste-efectividad, por ejemplo...). Entre las dificultades para implementar este tipo de decisiones, también se podría encontrar el rechazo por parte de la población a aceptar decisiones basadas en la eficiencia. En mi opinión, la solución futura sería explorar estas condiciones ventajosas, y si las hubiere (que no siempre tiene por qué haberlas) se tendrían que fijar en el momento de la financiación de esa innovación para posteriormente realizar el seguimiento que en su caso resulte preciso."*

José Luis Sánchez: *"Yo que creo que va a llegar un momento en que alguien va a tener que decir no lo podemos pagar, ya está. Así de sencillo. Yo creo que el propio problema nos va a dar la solución. Porque llegará alguien que diga tengo todo el mercado y nosotros diremos: no llega, no te lo pago. Y a mí sólo se me ocurren acuerdos globales, y globales para decir: señores, nosotros en España para tratar el cáncer tenemos 1000 millones de euros al año y si usted quiere que utilicemos sus medicamentos, sus tratamientos del cáncer, o entran aquí o esto no se financia. Yo creo que el problema va a dar la solución. Es como la*

gente que ha perdido su casa. Con la crisis llegó un momento que la gente dejaba de pagar la hipoteca: yo no puedo pagar más... y se acabó. Pongo la casa en alquiler y te voy pagando o quédate con la casa y cierro el quiosco. O sea, no hay más posibilidades que esa. Y a mí se me ocurren acuerdos globales. Es decir, señores, el presupuesto para pagar tratamientos es éste. Pónganse ustedes de acuerdo, sois los proveedores. Díganme cómo van a hacerlo, pero yo más de 30.000, 40.000, o lo que sea, no voy a pagar, porque no lo tengo."

Mercedes Martínez: *"Yo lo veo de la siguiente manera: hemos asistido a un cambio importante en lo que es la investigación en moléculas, desde el año por ejemplo 2010, cuando hasta esa fecha era una investigación mucho más centrada a nivel de empresas biotecnológicas, y ahí se han dado innovaciones únicas. Es la era por ejemplo del Trastuzumab, del Rituximab, del Imatinib, de innovaciones disruptivas que no han tenido competidores. Pero a partir del año 2010 vemos por ejemplo que el índice de actividad de las empresas biotech se ha multiplicado por cuatro o cinco. ¿Esto qué quiere decir? Que ahora hay más investigación que antes. Entonces aquí sí creo que tiene que venir un cambio de modelo. Un cambio de modelo, no sólo desde el punto de vista del financiador, sino del que investiga. Porque ahora mismo la investigación es muy costosa debido a que hay que hacer una gran inversión en I+D+i tomando como base la regulación que tenemos actualmente. Las empresas compiten por los mismos resultados a través de sus respectivos programas y su respectivo gasto. Entonces yo creo que hasta la propia industria se dará cuenta de que eso es un error y podrá liderar un cambio de modelo, de partenariado, de compartir gastos y pasos de investigación. Porque al final van a llegar a lo mismo y luego van a tener que competir en precio y acceso al mercado; incluso el Índice de Recambio del posicionamiento va a ser más rápido, por lo tanto tienen que recuperar más rápido esa inversión a base de un alto precio, encontrándose con la negativa del financiador en muchos casos. Porque sí que ha pasado el coste de 20.000 a 30.000 ahora, a multiplicarse por tres o cuatro y eso ha sido en esta década. Ha sido en esta década. Entonces ¿qué vamos a hacer? Yo no tengo la solución. Yo creo que sí que va a haber un cambio... ¿y quién tiene capacidad de liderar ese cambio? Yo creo que la tiene más la industria investigadora, los financiadores*

y gestores tenemos que seguir trabajando por la sostenibilidad. Porque es obvio que los recursos son finitos.”

María Teresa Requena: *“Es interesante lo que se comenta pero yo creo que el libre mercado se auto regula, cuando salen muchos competidores, que ya ha pasado. Entonces pasa a ser un problema de la propia industria. Yo creo que hay que hacer coste-efectividad. Y además coste-efectividad comparado, y lo ha hecho el NICE, y lo ha hecho muy bien. Ha podido negociar con la industria...”*

Ángel María Martín: *“No creo, yo discrepo rotundamente de que el NICE lo haya hecho bien. El NICE es responsable de los precios que estamos pagando en toda Europa. El NICE no fija precios, pero estableció un umbral de eficiencia. Y a partir de ese momento no hay laboratorio que no ponga su precio aliñado, pero ese umbral está pasado del todo [...] Yo creo que el precio del medicamento debería estar ligado al coste de la investigación. Pero también creo que el coste de la investigación es un agujero negro que no sabe nadie y que por lo tanto no hay manera de saber, por más que nos digan que la investigación cuesta mucho realmente... Creo además que hemos entrado en una etapa completamente distinta a todas las etapas anteriores en los medicamentos, y es que se están introduciendo los tiburones financieros. Hay intermediarios que compran moléculas estratégicas. Y que trafican con ellas. Por lo tanto si no somos capaces de identificar y acotar ese tema lo tenemos muy crudo, porque por más que digamos, el sistema no va a dejar de financiar. No va a permitir que no se financie un medicamento. Y el día que nos pidan tres millones de euros, se pondrán sobre la mesa tres millones de euros, aunque estemos desahuciando a miles de personas porque no pueden pagar una hipoteca de 500 euros. Por tanto el precio del medicamento debe ir con el coste de la investigación. Ese es el esfuerzo. Probablemente habrá que exigir que se acredite el coste de investigación en los procesos de autorización. Porque si no empezará a haber una cadena de intermediarios, cada uno de los cuales especulará, cuando tengamos un medicamento, cuando insisto, de un valor intrínseco conocido a priori elevado. Esa es mi opinión de cómo debemos intervenir, hay que volver anclar el precio de financiación de un medicamento*

con el coste de la investigación, con el margen que se quiera poner."

César de la Fuente: *"Yo creo que el coste de la investigación hay que tenerlo en cuenta. No obstante, también hay que otorgar el precio del medicamento en relación con su valor o aportación clínica. Conocer de forma fiable cuánto ha costado el desarrollo de un medicamento es algo que debiéramos poder tener al alcance... No obstante, ¿quién decide el valor que tiene una determinada innovación, y su verdadera aportación en términos clínicos y de eficiencia? Para analizar este valor es para lo que la Administración debiera estar preparada y en mi opinión, tal y como comentaba antes, actualmente no lo está."*

Mercedes Martínez: *"Aquí hay un hecho evidente: las empresas biotecnológicas tienen unos inversores. Entonces esos inversores están ahí porque perciben que para la población la salud es un valor grande. Están invirtiendo ahí y tienen que tener unos resultados y unos rendimientos. Tenemos que ser capaces de manejar eso por otro lado para no dar señales negativas que pudieran desincentivar la investigación."*

Jon Iñaki Betolaza: *"A mí primeramente me gustaría hacer referencia a tres cuestiones relevantes en este ámbito que nos debiéramos cuestionar: 1- Los límites del precio de los medicamentos, 2- Los límites de la financiación del sistema y 3- El coste de oportunidad de los recursos, es decir la consideración de todas las actividades afectadas por el uso del medicamento y las diversas alternativas existentes a la hora de abordar un problema de salud concreto. Las nuevas terapias biológicas han supuesto una auténtica revolución terapéutica y una gran oportunidad para los pacientes en el tratamiento de muchas enfermedades con una mayor esperanza de vida para pacientes cuya enfermedad no tenía tratamiento; esto ha supuesto un alto impacto socio-económico con importantes mejoras en la supervivencia de determinadas enfermedades, como por ejemplo el cáncer, pero al mismo tiempo han supuesto un alto impacto económico en los presupuestos de los servicios de salud. En la Comunidad Autónoma Vasca, en 10 años el gasto en biofármacos se ha multiplicado por cuatro y suponen el 40% del gasto farmacéutico hospitalario de Osakidetza. En algunos*

casos, la diferencia de supervivencia de las nuevas terapias con respecto a las terapias estándar es relativamente pequeña en relación con el coste adicional de las mismas y, en ocasiones, se desconoce si aportan mejoras en la calidad de vida de las personas. Además, se prevé que en las próximas dos décadas se va a producir una nueva revolución en los tratamientos oncológicos y todos nos preguntamos si son asumibles por el sistema de salud estos medicamentos de alto impacto. ¿Cómo hacemos frente a este cambio de paradigma? Nosotros pensamos que es necesario establecer un nuevo modelo de gestión y de relaciones entre los diferentes agentes implicados en el mismo que nos permita afrontar las tres cuestiones clave del nuevo escenario:

Primero, garantizar el acceso equitativo a los nuevos medicamentos. Una vez comercializados, es necesaria una gestión eficiente de acceso al mercado de los medicamentos biológicos, estableciendo procedimientos que favorezcan el acceso en un marco de colaboración y corresponsabilización de todos los agentes implicados: industria, autoridades sanitarias y comités y comisiones de evaluación de medicamentos y estableciendo procesos acelerados en aquellos casos de medicamentos altamente innovadores y con una aportación terapéutica relevante. El acceso a los nuevos medicamentos debe realizarse garantizando la equidad en el acceso tanto a nivel de los pacientes que padezcan la misma enfermedad como entre las distintas enfermedades.

Segundo, gestionar la innovación de manera adecuada. El grado de innovación debe estar basado en el valor terapéutico añadido demostrado que aporta el medicamento respecto a las alternativas existentes. Para considerar un medicamento innovador, debe modificar la práctica clínica, no todo lo nuevo es necesariamente innovador y debemos gestionar de manera adecuada la gestión de la innovación incremental, conjugando los avances graduales con la asignación eficiente de los recursos sanitarios.

Y tercero, la sostenibilidad del sistema de salud. Debemos invertir en intervenciones sanitarias que generen mayor salud con el presupuesto disponible. El camino debería ser hacia la financiación selectiva de los nuevos medicamen-

tos, no necesariamente todo lo que se autoriza debe financiarse. Además, el precio de los medicamentos debe fijarse en función del valor terapéutico o económico adicional que aportan. Es necesario financiar aquellos medicamentos que hayan demostrado no sólo Valor Terapéutico Añadido si no ser eficientes y además asumibles por los presupuestos de los sistemas de salud.

En mi opinión, se debe incorporar la innovación a un precio razonable, garantizando la sostenibilidad del sistema y desarrollando una evaluación continua de los resultados en salud en la práctica clínica real que nos sirva para un posicionamiento de los medicamentos en el tiempo de acuerdo con el valor terapéutico añadido demostrado en relación con las alternativas terapéuticas existentes. Además, creo que desde el ámbito de la industria, se deben aprovechar las posibilidades de la innovación y las nuevas tecnologías que favorezcan un proceso más eficiente en la fabricación y aplicación de los nuevos tratamientos con medicamentos y debemos gestionar los ciclos temporales de la industria y de los sistemas de salud con nuevas reglas más claras y transparentes para incorporar la innovación incremental.

Nosotros abogamos por un diálogo colaborativo con la industria incorporando nuevos instrumentos en la financiación de medicamentos que permita mejorar la salud de nuestros pacientes garantizando la sostenibilidad de nuestro sistema de salud."

En resumen...

¿Cómo hacer frente desde la finitud de los recursos sanitarios públicos al alto precio de los nuevos medicamentos?

Ante el reto de la perdurabilidad del sistema, parece que no queda más remedio que recurrir a la innovación en el proceso de entrada del medicamento. Parece que esta necesaria creatividad en la gestión y regulación inevitablemente tendrá que pasar por acuerdos de riesgo compartido en los que los sectores público y privado se corresponsabilicen de los resultados.

11. ¿Mejoraría la profesionalización de la política, el uso de incentivos adecuados, la declaración de conflicto de intereses profesionales y la transparencia a que la evaluación y la investigación de servicios sanitarios se tomen en serio? ¿Cómo? O por el contrario, ¿es un problema irresoluble por falta de cultura evaluadora?

Existe bastante acuerdo en que la profesionalización y la capacitación del personal político, la alineación de incentivos entre los diferentes agentes del sistema, la obligación de declarar conflicto de interés cuando exista, la transparencia y la evaluación con acceso para el ciudadano, son factores que favorecen la consolidación de la evaluación y de la investigación en servicios sanitarios.

Todos: “Sí.”

Ángel María Martín: *“Más la capacitación. El tema de la profesionalización de la política tal como... A mí me parece lamentable. Conocemos casos lamentables, pero no creo que sea lo más llamativo. Es decir, puedes tener un político no profesional del campo que se arrope del equipo con la suficiente habilidad y capacidad como para hacer una excelente gestión. Es decir, yo no creo que eso por sí mismo lo pueda lograr.”*

Todos: *“Es la manera. Fundamental la transparencia al final. La transparencia y rendición de cuentas. Totalmente.”*

Respecto a la cultura evaluadora, los panelistas consideran que las limitaciones en los recursos y la reorganización de las prioridades tienen mayor importancia que la mayor o menor presencia de cultura evaluadora. Hay optimismo derivado de la mejora en los últimos 10 años de la calidad de los informes de evaluación, de los sistemas de información, etc.:

César de la Fuente: *“Que mejor estamos mejor a día de hoy en cuanto a sistemas de información y transparencia, yo creo que sí es evidente. De hecho un ejemplo es la futura publicación del gasto sanitario y gasto farmacéutico en*

medicamentos y productos sanitarios por Comunidad Autónoma y en los distintos ámbitos asistenciales (hospitalarios, especializada, y primaria) receta, eso. Éste es sin duda un buen ejercicio necesario de transparencia. Porque te obliga a conocerlo cuando lo vas a publicar. Además, como ocurre en otras tantas áreas, la propia publicación fuerza en muchas ocasiones a la realización de un seguimiento más conciso del gasto. Me parece muy positivo."

Ángel María Martín: *"No es quizás falta de cultura evaluadora sino un tema de recursos y de esfuerzo. Evaluar cuesta dinero, tiempo y esfuerzo. Se tienen los recursos que se tienen, y a veces como se dice comúnmente, es tiempo que saca fuera, bastante fuera, que se quita su vida fuera del trabajo. Entonces, el tema de la evaluación, o lo haces mediante hitos que se destinan a tal, o si lo hacen los propios equipos en su trabajo cotidiano, pues es otro trabajo que no está haciendo y por lo tanto al final te lo encuentras."*

María Teresa Requena: *"En general es verdad que ha habido poca transparencia, es absolutamente cierto. Yo recuerdo ahora mismo las discusiones en la asamblea de Madrid y estaban continuamente pidiendo datos y nadie daba datos. O sea, que están a medias. Como mucho, te adjuntan un pdf, con lo que no se puede trabajar..."*

Ángel María Martín: *"Yo he recibido peticiones de datos de un Parlamento Regional, y es que a veces con las peticiones de datos que te pide te dan ganas de decirle al que lo pide: Mire, usted vaya a la escuela. Perdonad la expresión."*

María Teresa Requena: *"Me refiero a información básica, ya no te estoy diciendo de actividad de los hospitales. Que se sepa, ¿no? O de gasto del hospital ¿Cuánto gasta este? ¿Cuánto gasta el otro? No, de qué se gasta de verdad. O sea, cosas que son relevantes y que no es dinero del político, que es dinero de todos nosotros y que deben estar públicos y puestos ahí."*

Ángel María Martín: *"Yo eso no creo que sea actividad evaluadora, yo creo que eso es actividad fiscalizadora."*

En resumen...

¿Mejoraría la profesionalización de la política, el uso de incentivos adecuados, la declaración de conflicto de intereses profesionales y la transparencia a que la evaluación y la investigación de servicios sanitarios se tomen en serio? ¿Cómo? O por el contrario, ¿es un problema irresoluble por falta de cultura evaluadora?

Sin dudar que todos los aspectos que otorguen transparencia a los informes los dotarán de más credibilidad –y quizás más uso–, la no consolidación de estos parece que tiene más que ver con un tema de reorganización de las prioridades, por lo menos en la rama política.

Por último, estas son las reflexiones finales de los panelistas:

José Luis Sánchez: *“Yo creo que para que el resultado de la evaluación que hagamos se pueda trasladar a esa gestión, me quedo con la idea que decíamos de que se planifique, que se pida. Y luego, buscar acuerdo. Acuerdos de la sociedad. Si estamos en una sociedad cada vez más informada. Yo creo que todo va mejor. La información la tenemos. El paciente entiende. Ya la gente sabe de qué va esto. Habrá que informarle. Habrá que decirle: Mire usted, no vamos a pagar esto, no vamos a ofertar esto. Pero previo a eso, tendrán que sentarse los partidos que gobiernan y decir: señores, vamos a llegar al acuerdo y vamos a explicárselo para que no nos lo tiremos entre nosotros. Pero si un político dice: esto no se puede hacer y el otro político está echándole la gente encima diciendo que sí se puede hacer, pierdes credibilidad. Lo que decía Ángel.”*

María Teresa Requena: *“Como resumen para mí sería que desde luego con la planificación y la sistematización, y definición, en conjunto entre todos los elementos del sistema, de todos los sistemas sanitarios de España, se podría evitar tomar decisiones que a lo mejor no han sido las mejores. Si tuviéramos esa cultura de evaluación continua, estaríamos mejorando continuamente y no habríamos llegado a lo mejor a esas cifras de subidas del 20%... Yo creo*

que lo importante es sistematizar y trabajar juntos pero planificando. Planificando continuamente. Y si va a entrar este fármaco, tenemos que ver cuántos genéricos podemos meter para poder bajar el precio y saber cuánto vamos a bajar para poder absorber lo que entra. O sea, midiendo, midiendo continuamente. Y yo creo que es la única forma."

César de la Fuente: *"Me quedo con la planificación. Respecto a presupuestos, en el ámbito sanitario la incorporación de profesionales sanitarios a la hora de planificarlos resulta fundamental. Esta planificación, que en la actualidad se reduce en muchas ocasiones a realizar una "quita" de lo gastado en el ejercicio anterior o a mantener lo presupuestado en dicho ejercicio se realizaría de forma más realista incorporando profesionales sanitarios a esta actividad para que puedan aportar conocimientos sobre el impacto de lo que está por venir. Todo ello permitiría perfilar una política económica y sanitaria más ajustada a la realidad, que será en principio más acertada y evitará problemas futuros fundamentalmente asociados a la incorporación de la innovación. Organismos internacionales como la OCDE también aconsejan la incorporación de profesionales sanitarios a los equipos económicos."*

Mercedes Martínez: *"En eso estamos, haciendo estos ejercicios ahora, ahora más que nunca, porque es ahora cuando tenemos que seguir aplicando medidas de eficiencia."*

Jon Iñaki Betolaza: *"A mi modo de ver debemos modernizar la gestión e innovar tanto en los modelos de gestión como en los modelos de relaciones entre los diversos agentes tanto a nivel institucional como a nivel de las compañías e incorporar de manera permanente la cultura de la evaluación, de la transparencia y de la rendición de cuentas."*

4. ANÁLISIS DEL DISCURSO DEL GRUPO DE DISCUSIÓN II ("MESO-GESTIÓN")

A diferencia de la primera discusión, donde el cuestionario fue elaborado para conducir los discursos desde lo general a lo particular, para el grupo "meso" se plantearon temas específicos. Al igual que en la primera sesión, el orden original de las preguntas no fue seguido con rigidez, sino que las preguntas se fueron planteando en función de las diferentes intervenciones de los panelistas. Así pues, la sesión arrancó con la siguiente pregunta:

1. ¿Explica la designación por confianza de los directivos, la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones de gestión sanitaria?

La designación por confianza, entendida como libre designación, puede ser un hecho influyente en la falta de conexión entre evaluación y decisiones, debido al posible perjuicio a la profesionalidad, pero quizás no sea el hecho que explique dicha carencia; de todas maneras, no hay indicadores establecidos para medirla. Pueden existir gestores bien elegidos libremente, y malos gestores elegidos bajo reglas. Quizás este insuficiente vínculo entre evaluación y toma de decisiones venga explicado por un hábito cultural a no evaluar:

Ricardo Herranz: *"Yo creo que el problema es que la simple designación sin más requisitos y sin más complementos por quien tiene la autoridad para hacerlo, en el caso de cargos directivos, simplemente perjudica la profesionalidad. Y en ese sentido, todo lo que tiene que ver con la profesionalidad. Entre otros, son exigibles el manejar los instrumentos de gestión adecuadamente, tener la formación adecuada, tener la experiencia necesaria, etcétera. Son los*

mismos requisitos que se debe esperar de un profesional en cualquier otro sector productivo. Realmente el nombrar directivos, hacer de directivos a gente que no cumple con el perfil directivo, sino con el perfil de amigo o con el perfil de confiado, como se le quiera llamar, simplemente lo que hace es, cargarse toda la función directiva profesional que esa persona debía hacer. Por tanto afecta tanto a los aspectos de gestión, como a los aspectos de planificación, como a los aspectos de evaluación, como a todo lo que tiene que ver con a una labor profesional propiamente dicha."

Miguel Rodríguez: *"Yo creo que no explica el total de la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones de gestión sanitaria, pero es una elemento que influye en esa falta de conexión. Evidentemente las personas que nos dedicamos a esto, hablamos siempre de que es necesario profesionalizar los puestos directivos y el hecho de que haya personas que no tengan una mínima preparación y unos mínimos conocimientos para estar en un puesto directivo, evidentemente influye, aunque no explica el total de la falta de conexión."*

Jaime Espín: *"Yo creo que la falta de conexión entre evaluación y decisiones tiene que ver con un tema cultural. Somos un país que nunca más ha tenido la costumbre de evaluar; posiblemente -Miguel lo ha comentado también-, si profesionalizamos el tema de la evaluación, aprendamos a evaluar. Pero aprenderemos a evaluar siempre que tengamos cultura evaluadora. Y la evaluación y los resultados de esta cultura se premien (no exclusivamente de modo económico). Pero hoy nadie (o muy poca gente) tiene incentivos por evaluar y ni para tomar decisiones de acuerdo a esta evaluación. Respecto a la pregunta de si la designación por confianza de los directivos explica la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones de gestión sanitaria, éste es posiblemente uno de los elementos, pero yo iría mucho más arriba, es decir, el hecho cultural de la falta de evaluación que he comentado anteriormente."*

Antonio Sarría: *"Yo creo que son dos cosas que pasan al mismo tiempo, pero no veo la relación causa efecto. Es decir, si ahora los mecanismos de designación fueran otros, ¿simplemente con eso se relacionaría la evaluación con la*

toma de decisiones? No necesariamente. Es decir, habría que hacer otra cosa. Hay dos aspectos a considerar: ¿cuál es la carrera profesional en los procesos de incorporación de profesionales a los cargos directivos? Y la otra es: ¿cuál es el proceso por el que se incorpora la evaluación y la evidencia científica en las tomas de decisiones? Porque resolver un problema o una situación directamente, obviamente podría estimular, facilitar, mejorar, pero no resolvería directamente. Y se puede resolver una cosa sin la otra también. Esa es un poco la lógica, la perspectiva.”

Pedro Gómez: “Se han dicho algunas cosas que me gustaría matizar. Lo más importante, desde mi punto de vista, es que no tenemos indicadores suficientes para medir la correlación que tiene que haber entre evaluación y toma de decisiones. Un poco en la línea de lo que dice Jaime, es falta de cultura. La mayor parte de los sectores industriales han encontrado alguna manera de medir sus resultados y de cómo trasladar los mismos al cumplimiento o no de objetivos. Nosotros en el ámbito sanitario sólo hemos encontrado la manera de medir los resultados en pilotajes, pero no hemos sabido trasladar esos datos al mundo real. Hoy todo el mundo mide... En la televisión miden cuál es el índice de audiencia y en función de éste se contratan o salen de emisión contenidos o programas. En el ámbito sanitario lo más lejos que hemos llegado, desde mi punto de vista, es a interpretar la encuesta mensual que hace el CIS donde nos indica si el tema sanitario es una preocupación o no a nivel nacional o si ésta es la primera o la quinta preocupación para los españoles en un momento temporal. Si realmente hubiese una correlación entre la elección de directivos, la toma de resultados de la evaluación y la traslación a lo que es la gestión, a lo mejor esa evaluación, a través de esta encuesta tendría, no sé, un nivel de repercusión en el ámbito sanitario y no lo tiene. Unas veces la preocupación sanitaria en la sociedad está en el nivel 16 y de pronto un año y medio o dos después, como ahora, estamos en el nivel cinco, “los españoles consideran que la sanidad es el quinto problema que hay después del paro, de la corrupción política, del problema económico...”. Medimos esta preocupación pero no abordamos decisiones que permitan modificarla. Algún día podremos pedir responsabilidades a los gestores, si hacen o no esa transferencia.”

Salvador Peiró: *"Yo estoy de acuerdo con lo que han dicho Jaime y Antonio. No necesariamente la designación libre elige "malos" gestores, ni los sistemas reglados eligen los mejores [...]. Por otra parte, la gestión en muchos casos tiene que tomar decisiones en momentos o sobre cosas de las que no existe evidencia. En cierta forma, para las decisiones en las que disponemos de evidencia no nos hacen tanta falta los gestores. Podríamos aplicar reglas automáticas. Pero existen muchas situaciones de alta incertidumbre en las que es muy difícil decir si una decisión es correcta o no... En cierta forma, cuando es muy claro lo que se tiene que hacer y lo que no, el espacio para la toma de decisión se ha reducido mucho. La relación entre evidencia y gestión no es tan directa y deberíamos juzgarla con un poco con cautela. Los servicios sanitarios no son sólo dar aspirina el infarto (una actuación para la que existe evidencia rotunda). Son muy locales y muy contextuales. Cada población tiene una cultura, una organización, un comportamiento, unas personas... Y las reglas que teóricamente han funcionado en un sitio no necesariamente funcionarán en otro. En resumen, la traslación de la evidencia a las decisiones sobre las organizaciones no es igual que la traslación a los medicamentos o las tecnologías."*

En resumen...

¿Explica la designación por confianza de los directivos, la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones de gestión sanitaria?

Los panelistas "meso" están más inclinados a explicar la falta de conexión entre la evaluación y las decisiones por motivos culturales, en atributos generales. Las designaciones por confianza efectivamente son rasgos sociológicos del país, aunque en este caso no tienen que ser expresamente relevantes. Las capacidades del directivo se entienden independientes de la forma en que accedió a la posición, a menudo quien otorgó la confianza consideró la capacitación y prestigio profesionales; otra cuestión es la gestión de esta confianza, y las agendas personales de los interfectos.

2. ¿Ayudaría la profesionalización y la designación por méritos a mejorar esta situación?

Más profesionalización probablemente signifique más atención a la evaluación, siempre y cuando sean claros los perfiles requeridos para la gestión, y siempre en el contexto de la relativamente tenue cultura evaluadora de este país. Además, hay argumentos a favor de una evaluación continua del directivo, en función de su desempeño y cumplimiento de objetivos, y no únicamente unas exigencias de entrada:

Jaime Espín: *“Si uno de los méritos que se pide es experiencia en gestión y que ésta haya sido evaluada, sí. Así se profesionalizaría la gestión y, sin duda, se mejoraría la situación actual.”*

Ricardo Herranz: *“Dando por supuesto que se escogiera a las personas ideales o idóneas, por lo menos con los perfiles necesarios para hacer la labor que tienen que hacer, yo creo que por supuestísimo mejoraría muchísimo la traslación. Primero se empezaría a evaluar, que en otros casos si no tienes experiencia, si no tienes formación en la evaluación, si no sabes qué buscar ni dónde, pues es difícil que puedas hacerla. Y además hay que saber evaluar y hay que saber trasladar esa evaluación a la toma de decisiones. Hay que tener la autonomía suficiente de gestión para poder hacerlo y la suficiente capacidad de responsabilidad para que se te deje ser, como digo, responsable de las consecuencias de las buenas o malas decisiones que se tomen...”*

Pedro Gómez: *“En dirección, no sólo se necesita una evaluación de méritos al inicio sino que además se necesita una evaluación continuada. Claro, porque si no al final caemos en el fango, y creo que es una de las grandes inquietudes que no terminamos de tratar. ¿Qué es un buen directivo? No es el que llega a un cago, es el que es capaz de modificar una organización, porque se ha puesto unos objetivos de llevarla hasta donde se haya establecido, hasta donde el consejo rector haya definido, y además lo logra. Hay que ver que efectivamente se*

están alcanzando esos logros. Yo diferenciaría, talento, el directivo tiene que ser alguien que tenga talento, aunque es difícil de medir, y lo diferenciaría de la habilidad, que es una cosa que los gestores habitualmente tienen, es decir oficio. Se necesita talento para lograr que cambie el curso de una institución o de un organismo. Un buen gestor no sólo se pueda evaluarse a la entrada "bueno, éste cumple toda una serie de requisitos". No. Tienes que realizar una evaluación continuada de toda su labor."

Miguel Rodríguez: *"Una cosa es el tema de la evaluación del funcionamiento de las organizaciones y otra cosa es la evaluación de la función directiva. Son dos cosas distintas. Y en la línea de los que decía Jaime, yo creo que tenemos tan poca cultura evaluadora que no hacemos ni lo uno ni lo otro. Pero no porque no tengamos indicadores. Yo tengo muy claro que hay indicadores para evaluar a los gestores. Si tú no cumples el presupuesto, si tú tienes listas de espera, etc., estos son perfectamente indicadores que sirven para evaluar el funcionamiento de la organización. No tenemos esa cultura evaluadora, en definitiva, el que un directivo se mantenga en un puesto no depende tanto de lo bien que vaya la organización, sino de otros factores..."*

Salvador Peiró: *"...factores como que no se caiga una pared, que no se averíe un ascensor con 12 pacientes, que una ambulancia no entre corriendo en un hospital y te atropelle a un señor... por citar algunas cosas que han motivado ceses fulminantes de gestores".*

Pedro Gómez: *"Lo que pasa es que tampoco sirve de nada tener los indicadores y que no los pongamos en funcionamiento. Decir que no están los indicadores, hombre, es una forma de hablar. Quiero decir, que no los aplicamos, que no hacemos nada con ellos."*

Conviene considerar por separado la propia evaluación del cometido directivo (simplificando, si "es bueno o malo") de la incorporación de resultados de investigación en el proceso de toma de decisiones. La calidad de la gestión es compleja, y no depende de este último factor, así mismo complejo:

Salvador Peiró: *“Una cosa es hablar de la traslación de los resultados de investigación a la gestión, y otra hablar de la buena o mala función directiva. Hablar de traslación de resultados, por ejemplo, implica que alguien que leído el estudio sobre la efectividad de las unidades de ictus las implanta en su organización. O que ha visto que un determinado componente organizativo mejora la atención. Pero la buena o mala función directiva no tiene esto como único componente, sino que incluye muchas cosas y la elección entre unas y otras que, insisto, es muy contextual. Muy, muy contextual. Las cosas que funcionan en los ensayos clínicos son replicables con la organización y personas que hicieron esos ensayos, pero un gestor tiene que hacerlo con su equipo y a lo mejor no funciona o no funciona igual. El que la colecistectomía laparoscópica en un ensayo (que, por cierto, se publicó años después de que la técnica se generalizara) con 1600 intervenciones (800 laparoscópicas) sea mucho mejor que la cirugía abierta, no quiere decir que un gestor pueda decir mañana todas las colecistectomías serán laparoscópicas. Sus cirujanos podrían no tener experiencia con la técnica, ser reacios,... o pueden existir otras prioridades o cualquier otro problema. Y la gestión debe considerar todo esto en la implantación de la evidencia. La incorporación del cambio tecnológico y del cambio organizativo a la propia organización es sólo una de sus funciones y debe acompañarse al resto.*

Pedro Gómez: *“Lo que pasa es que tú buscas a un directivo que tenga además de capacidad para gestionar recursos humanos... liderazgo para llevar a la Organización a donde se haya definido previamente... Eso es lo que pides de un buen directivo y de su equipo de gestión.”*

Salvador Peiró: *“Sí, y en muchos casos, las cosas a hacer forman parte de estrategias globales de la organización, no sólo de un hospital o de un centro. A veces los gestores tienen que encajar sus actuaciones –incluso las de incorporación de evidencia– como parte de una estrategia global.”*

Pedro Gómez: *“Sí, pero hay muchas veces que las instituciones tienen un equipo de trabajo bastante estanco, y a pesar de ello unas veces funcionan con esas mismas personas y otras veces no [...]”*

Salvador Peiró: *"La gestión no ha mejorado tanto. La información para la gestión ha mejorado mucho, pero la gestión no tanto..." Y es importante. En un centro sanitario todo el mundo sabe lo que tiene hacer sin que haga falta que el gestor diga nada. La gente va a la consulta, al quirófano, al laboratorio y ve pacientes, opera, hace análisis, resonancias, etc. Parece que el gestor no importa (y, de hecho, puede irse de vacaciones). Pero aunque la gestión determine en sólo un pequeño porcentaje cómo funciona el hospital, pongamos un 5 o un 10%, a medio-largo plazo se nota mucho. Si no hay dirección estratégica, dirección, gestión de los conflictos... el centro sanitario lo notará."*

Antonio Sarriá: *"La ventaja que tiene este negocio es que no tienes que preocuparte de los clientes. Los clientes los tienes garantizados. Esa es la ventaja que tiene. Los clientes ya están garantizados y ya están presentes. Y hay parte de esta reflexión, la que habla de los sistemas de salud y la salud de las poblaciones, más transcendental, pero luego termina estando para otras cosas: resolver las enfermedades de las pacientes. Esto implica desarrollar la organización y los procesos para resolver las citas a los pacientes, llevara cabo pruebas diagnósticas, visitas a los profesionales,... Resolver satisfactoriamente estos aspectos, además del impacto en la salud que pueda tener, tiene también un importante impacto en la percepción de calidad del sistema. Y además reduce la perspectiva sobre el producto del sistema, que no es cuánta salud se aporta, sino cuántas intervenciones, derivaciones, o pruebas de imagen se realizan. Y es evidente que esta duplicidad de perspectivas refleja una tensión para definir para qué está un directivo al frente de un centro sanitario."*

Salvador Peiró: *"Claro, lo que pasa es que en este negocio es los gerentes tienen un papel esencial que no es tan gestor. Por ejemplo, si un cirujano se equivoca en un quirófano y le corta a un diabético la pierna que no toca (y mira que las dos estaban mal y eran difíciles de distinguir), el ruido en torno a ese error ira creciendo y subiendo y acabará en el Parlamento donde la oposición (de turno) pedirá la cabeza del Consejero de Sanidad. El rebote de esta mecánica es que los Consejeros quieren asegurar, a través de los gerentes,*

el control político del hospital. Y aquí aparece la que probablemente es la primera función gerencial en la actualidad: poner su cabeza en una bandeja si pasa una cosa de estas. Lo comentaba antes: si cae un ascensor en Bellvitge, un muro en Valdecilla. De hecho, lo primero que hacen los gerentes cuando llegan al hospital por la mañana (y los consejeros a la consejería) es leer el periódico (o el “recull” de prensa) y ver si han salido. Y si han salido mal asunto. Y esto determina los incentivos: que no pase nada que genere ruido mediático. La solución implica despolitizar bastante los aspectos asistenciales. No la sanidad que, siendo uno de los pilares más importantes del estado del bienestar y un 40% del gasto de una Comunidad Autónoma, es obviamente muy política. Pero la política debe distinguir entre un problema (un error en una intervención, y obviamente equivocar una pierna es un error importante) y un problema sistemático (y los cirujanos no se pasan el día cortando piernas equivocadas). Esto es clave para despolitizar y para que la política y la gestión puedan entrar a investigar cada error en lugar de intentar atacar al gobierno o defenderse de la oposición.”

En resumen...

¿Ayudaría la profesionalización y la designación por méritos a mejorar esta situación?

A priori, al profesionalizar un cargo de gestión, implica que la procedencia del mismo raiga en el sector en cuestión, por tanto el candidato tendrá y aportará conocimiento sustancial del mismo. No obstante, la función directiva consiste en conseguir la máxima eficiencia y eficacia de la unidad gestionada, que debe estar “alineada” en su marco institucional. Es bien sabido que esto requiere habilidades específicas que para las cuales suele existir distintos niveles de formación también específica, además de la experiencia en la gestión. Procede considerar, conjuntamente, ambos aspectos.

Las dos siguientes preguntas se formularon de manera conjunta:

3. ¿Puede la evaluación por comparación, a partir de centrales de resultados y observatorios, animar a que una vez conocidos los resultados, se tomen decisiones acorde a ellos? Y la siguiente,
4. ¿Por qué se usan poco por parte de gestores, clínicos y pacientes las estadísticas disponibles?

Estas preguntas deben contextualizarse como mínimo en dos planos: en el ámbito de la gerencia, y directivo en general, por supuesto, pero también a los diversos niveles que implican a toda la gama de los distintos profesionales sanitarios. Son una incógnita las causas del poco uso que se hace de los sistemas de información, de las centrales de datos, que pueden servir para hacer pequeños ejercicios de evaluación por comparación, para mejorar resultados y en última instancia para que se empiecen a tomar decisiones de acuerdo a estos resultados, y así acortar la distancia entre el uso que se hace de ellos y luego la traslación a la dirección. De hecho en algunos casos meritorios si se hace –cirugía vascular, algunos crónicos, diálisis, trasplantes, e incluso hay benchmarking-. Lugares donde hay cultura o interés/motivación por ello. Parece que esta desconexión con la información disponible se explica, bien por razones culturales, bien por el interés –o más bien falta de interés- que despiertan los resultados de los informes:

Miguel Rodríguez: *"Informes, estadísticas, son muy poco conocidas. Yo, que vivo en el hospital porque estoy todos los días allí, la gente no conoce realmente lo que hay, aunque lo haya. Es decir, tú quieres por ejemplo implantar una nueva técnica o te vienen a contar que quieren implantar una nueva técnica; entonces le dices "primero entérate si está evaluada, de los informes que hay". Nadie sabe dónde están los informes ni los sabe encontrar. Va un poco en relación a lo que decía antes Jaime de la poca cultura evaluadora que tenemos. Yo tengo un caso de hace unos días de un médico que pidió una medicación que no está incluida en la guía fármaco terapéutica del hospital. Todas las medicaciones que se piden que no estén en la guía hay que evaluarlas periódicamente y al final las autoriza la dirección. Bueno, el informe de farmacia dice que esa medicación en concreto está evaluada por la Agencia Española de Medicamento en marzo y dice claramente no hay evidencia científica de que esa medicación tenga efectividad. Pero*

además es que algunos casos incluso el riesgo para el paciente pueden ser mayores que el beneficio posible o esperado. Evidentemente la medicación no se autoriza pero al hablar con él dice “es que yo no sabía de existía ese informe”. Dices “oye, es que es tu responsabilidad también manejar los informes que hay sobre la práctica de tu especialidad.”

Jaime Espín: “Yo creo que a veces se conocen los informes y las evaluaciones pero no gustan los resultados. Nosotros también tenemos experiencias diversas de ese tipo... Vas a realizar la evaluación de una tecnología sanitaria para su incorporación en el hospital, por ejemplo, y cuando vas a realizar la visita la tecnología ya está incluida en el hospital. Y dices “bueno, pero si me han llamado para evaluar su incorporación y veo que ya está incorporado...” “No, pero es que era urgente”, “pero tenéis evidencia de que es efectivo”, “no, pero es que es urgente”, “pero, ¿cómo que es urgente?”, “no”, “pero ¿y quién la ha comprado?”, “no, no la hemos comprado, nos la han regalado”, “pero ¿cómo te van a regalar una tecnología de 12.000 euros?” [...] En ese sentido sí existe capacidad de buscar la información, pero la información que existe de evaluación no da respuesta a lo que quieres... Por otro lado, creo que los gestores si utilizan la estadística. Pero utilizan la estadística que quieren. La que le interesa en su momento, ¿no? Bueno, vemos un poco las cifras del paro, por ejemplo a nivel nacional. Se dan cifras de desempleo pero no se dicen las cifras de contratos temporales. Dicen “hemos bajado el desempleo en 600.000” ¿Cuántos contratos son temporales? Esa cifra no nos interesa, nos interesa la macro. La estadística se utiliza mucho más que las evaluaciones pero de un modo más sesgado.”

Antonio Sarría: “Aparte de los elementos puramente culturales que evidentemente pueden estar presentes y de esto que comentábamos de que tampoco está muy claro el proceso de que qué se produce, tenemos una característica en el sistema español que hace que eso suceda más fácilmente, que es el modelo de financiación del sistema. En un país como Francia esto no puede suceder porque el médico tiene que cobrar en función de sus actividades, pero solo va a ser reembolsado por aquellas actividades a las que está realmente autorizado, y

le dicen: "¿cómo que tú estás haciendo eso? Tú no puedes hacer eso". O en Alemania, no se lo reembolsan. Porque no está autorizado. Por ejemplo su hospital ha desarrollado esta actividad, porque la seguridad social certifica a los centros y permite realizar determinadas procedimientos en determinados centros. Y fuera de eso no los financian, no los paga. Esto lo puedes hacer, pero no te lo van a pagar. Claro, es una cosa que está ahí, pero no nos damos cuenta del efecto que tiene. Claro aquí tenemos el presupuesto, el gerente tiene su presupuesto y le van entrando cosas que más o menos puede llegar a controlar, porque en un gran centro en muchas ocasiones realmente hay que reconocer que el sistema de información interno tampoco llega a capturarlo todo, porque además las vías de entrada en muchas ocasiones son confusas. La investigación está bajo el paraguas del ensayo clínico y eso está muy definido hoy en día, pero existe ese otro mundo de la innovación y el cambio tecnológico que resulta que no está tan bien definido. Esto es especialmente complejo en el mundo de los dispositivos. Entonces sí, te van llegando cosas que vas probando, que no vas probando, no sabes, y hay ahí como lagunas. Lagunas que sin darnos cuenta permiten que se vayan pasando todo este tipo de cosas."

Pedro Gómez: "Las estadísticas las utilizamos para lo que nos interesa. Quien quiere introducir nuevas tecnologías, busca estadísticas positivas y, el que no las quiere introducir, busca estadísticas negativas que justifiquen esa decisión. Ayer salía el índice de precios al consumo, el IPC. Y creo que ha bajado el 0,8, me parece. Hay quien tiene interés en habla del IPC subyacente y entonces ha subido el 0,9% y quien tiene interés en hablar del índice general y entonces ha bajado el 0,8. Coges lo que te beneficia para defender tu argumentación. Y eso es una práctica que tenemos en este país para hablar de fútbol, para hablar de lo que nos ocurre en otros campos económicos y para hablar de los medicamentos también. Yo creo que tenemos un poco metido dentro de nuestro ADN, en nuestro comportamiento, esa obsesión por afianzar nuestras opiniones con datos, no de formar nuestras opiniones desde los datos. Fuera, como decías tú, cuesta muchísimo explicar que llegues con una tecnología, llames a la puerta de un hospital y al día siguiente abran la puerta y dicen: "pase usted que vamos a empezar a utilizarlo". Eso es rarísimo. Como si llegar alguien a tu casa y pusiese

un aparato electrónico, una nevera, y al momento se pone a funcionar y luego ya veremos a ver cómo gestionamos el pago, el mantenimiento, el consumo, y todo lo demás. No parece un modelo de acceso muy correcto.”

Tampoco facilita el proceso la existencia de multitud de sistemas sanitarios diferentes en España, ya que esto implica una gran variabilidad en la toma de decisiones y en los agentes que influyen en el contexto concreto de cada decisión. Además, esta variabilidad va ligada al profesional sanitario que toma la decisión, al paciente que decide mantener o no el tratamiento, a los gestores y también a la dificultad para aplicar muchas directrices de origen ministerial, y las consecuencias de la limitación de los presupuestos a nivel comunitario:

Miguel Rodríguez: *“Lo cierto es que el hecho de que haya 17 autoridades competentes no favorece la coordinación y aunque marginales ya existen problemas reales de inequidad entre unas comunidades autónomas y otras. Además, al final, se produce un efecto arrastre y en el momento en que una comunidad autónoma autoriza una medicación o técnica al final nos arrastra al resto por la presión mediática y social.”*

Pedro Gómez: *“Sí, lo de las comunidades autónomas no sé si es consecuencia o no, pero es otro tema que da mucho de sí. Sobre la variabilidad que hay en el trato de las tecnologías en las distintas comunidades autónomas habría mucho que decir, yo creo que se magnifica... Porque si como ciudadano voy a un hospital y tengo el derecho de pedir dos opiniones clínicas, y las pido, y son distintas. ¿Qué hago? Estoy dentro del mismo ámbito sanitario y tengo un problema intestinal y un médico me dice que tengo una enfermedad de Crohn y otro me diagnostica un colon irritable. Las opiniones clínicas no son siempre iguales. En definitiva, esto de que tengamos que tener informes -y vuelvo a lo de la evaluación- absolutamente vinculantes para todo el territorio nacional, también le pongo sus pegos porque no todos los evaluadores obtienen las mismas conclusiones de sus evaluaciones. No todos tenemos que tener el mismo comportamiento... La estructura sanitaria de algunas comunidades, efectivamente no es lo más loable ni es lo mejor que hay, pero tampoco debemos criticar que*

entre unas y otras las interpretaciones evaluativas no sean exactas. Tampoco creo que esto esté ocasionando grandes problemas. Ese problema de variabilidad yo creo que también está muy dentro del comportamiento de las personas. Y es cierto que, cuando tú haces un ensayo clínico, a lo mejor está fenomenal pero, cuando te bajas a Requena, el comportamiento de esa ciudadanía, aun estando dentro del mismo país, es distinto que el de Mataró porque tenemos otros hábitos, tenemos otras maneras de construir y, al final, esa horizontalidad que tanto demandamos, no creo que sea la solución a todos los problemas."

Miguel Rodríguez: *"No lo sé si será la solución. Desde luego, lo que no favorece nada es que aquí cada uno haga lo que quiera."*

Salvador Peiró: *"El valor de una tecnología, entendido como eficacia demostrada en un ensayo, es prácticamente universal. No depende de la comunidad autónoma o del país. De hecho, la autorización de un medicamento por la EMA es válida en toda Europa (y no se extiende más allá por los límites del mercado). Pero este "valor" puede ser muy diferente en el mundo real por dos problemas. El primero es que el ensayo haya utilizado una población muy diferente a la población que lo usa en un contexto concreto (ejemplo: la edad de media de algunos ensayos de antirresortivos tras fractura de cadera es de 70 años, mientras que los usamos en mujeres de 90 años). El segundo se refiere al acceso, la prescripción correcta y la adherencia. Ambas cosas son problemas más relacionados con la organización sanitaria que con la tecnología. Las organizaciones deberían considerar que los resultados de un ensayo son directamente aplicables a poblaciones similares a las del ensayo y no extenderlos a otras poblaciones salvo que exista un buen motivo. También deberían preocuparse por la calidad de la prescripción y por la adherencia."*

Pedro Gómez: *"Pero ahí también hemos sabido comprar, entre comillas, los resultados clínicos y todo el mundo habla de la eficacia de un fármaco y se nos queda en la mente y en los papeles un valor concreto. Y con ese valor se va a misa y todas las organizaciones lo aceptamos como válido. Cuando el resultado realmente tiene una gama de aceptabilidad y variabilidad, muchas veces elevada*

que no solemos tener en cuenta y hay pacientes que están en un 25% de resultados de mejora y otros que están un 35%, muy por encima.”

Salvador Peiró: *“A ver, en referencia de lo que dices de si en el ensayo se curaban el 70% y en mi organización se curan el 40% en la vida real, lo que hay que pensar es que hay un “gap” debido a nuestra organización que hay que recuperar. El ensayo da la referencia del mejor de los mundos (se han realizado en centros con experiencia en la patología de turno, por médicos expertos, en pacientes seleccionados, seguimiento intensivo que garantiza la adherencia, etc.) y, de alguna forma, un centro sanitario tendrá más calidad cuanto más se aproxime a estos resultados. La diferencia entre eficacia (ensayo) y efectividad (mundo real) no necesariamente es atribuible al fármaco o la tecnología y no necesariamente se resuelve en el nivel de autorización del mismo.”*

Pedro Gómez: *“La utilización de las tecnologías está como mucho más dilatada muy expandida en general en nuestro país, ¿no?”*

Jaime Espín: *“La mayoría de los países no están tampoco por la labor...”*

Pedro Gómez: *“Aquí en España tenemos el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, y a través de él puede entra casi todo. Igual que mediante la Ley de Garantías se financian casi todos los fármacos. Luego es cierto que hay una estructura administrativa brutal, y que para entrar un fármaco en el sistema sanitario público el proveedor debe obtener la autorización de la agencia y pasar por una serie de escalones que son sinuosos, pero que normalmente termina consiguiéndolo.”*

Salvador Peiró: *“Si el fármaco es caro, el Ministerio (más que la Agencia) tiene un problema. Todas las Comunidades Autónomas se esforzarán en limitar o retrasar su entrada al mercado porque ese fármaco caro (o carísimo) se va a incorporar a la cartera de servicios (y al gasto de las Comunidades Autónomas) sin añadirles el presupuesto para cubrirlo. Que el Ministerio vaya autorizando*

cosas no quiere decir que las CCAA tengan más dinero, sólo más gasto. Y Ahí hay un problema real. Las Comunidades Autónomas tienen un doble papel. Por un lado, desde la perspectiva del acceso de sus pacientes a un tratamiento eficaz, querrían introducirlo. Y quedar bien y decir que lo incorporan todo. Por otro lado, tienen presupuestos y el actual esquema de financiación simplemente las lleva a la ruina. Así que el sistema de financiación incentiva el bloqueo de la innovación (si su precio es alto), tanto si es positiva como negativa. En el caso de la hepatitis C había pocas dudas sobre la eficacia de los tratamientos y este bloqueo fue un escándalo, pero es una situación habitual (y hasta positiva cuando hablamos de fármacos de muy escaso valor añadido). En todo caso, un esquema en el que el Ministerio puede poner el precio de las copas e invitar a barra libre pagando las CCAA es un problema. Hay que buscar otros mecanismos que, sin generar la situación inversa, permitan otros juegos de mayor responsabilidad para ambas partes. Y probablemente también para la industria y los pacientes. Pero no se puede salir de la premisa de que podemos ir introduciendo nuevos y caros fármacos (oncológicos, biológicos, huérfanos, etc.) y que se va a gastar lo mismo que el año pasado."

Antonio Sarría: *"Parte del problema que tenemos es que metemos cosas y no sacamos. Tú tienes lo del año pasado más lo que llega y tienes la misma población, un poquito más envejecida y encima menos dinero. Y dices: "Pues, a ver, esto no hace falta experto en economía para saber que hay un problema". Y con además lo nuevo que llega, llega en ocasiones, no siempre, mejorando, pero por supuesto más caro. En ocasiones pero no sistemáticamente."*

Pedro Gómez: *"La verdad es que si se ha hecho la inversión ya, piensas muchas veces que para que desinvertir... Ya la has hecho... pero depende de lo que sea..."*

Jaime Espín: *"Tampoco hemos hecho el estudio de cuánto cuesta desinvertir."*

Por otra parte, aunque haya desconexión entre informes de evaluación y toma de decisiones, no se deben olvidar las limitaciones que se producirían al aplicar todas

las ETS existentes en su interpretación más restrictiva. Por ejemplo, esta interpretación no restrictiva presenta la ventaja de la investigación paralela:

Salvador Peiró: *“A veces los informes de las agencias, que son sesudas y evalúan con tranquilidad, dicen aquello de “no hay evidencia”, que no es lo mismo que decir que no funciona [...]. El tema es complejo cuando tienes un paciente que ha fracasado en la primera línea y en la segunda línea y solo hay un fármaco que se ha probado en algunos sitios. No hay ensayos, pero tampoco alternativas. Y aquí se están haciendo en práctica clínica cosas que rozarían la investigación si... se analizaran los resultados. Me viene a la cabeza un trabajo, un caso o unos pocos casos, no recuerdo bien, en el que se empleó en cáncer de pulmón con un determinado biomarcador un fármaco autorizado para el melanoma con ese mismo biomarcador. No hay otras líneas y pasamos al uso “off label”. Es una situación cuya aceptabilidad es discutible, pero lo que no es discutible es que si analizamos los resultados de estos pocos casos de aquí y allá podríamos obtener alguna guía. Lo dudoso no es tanto que se intenten alternativas no probadas en determinadas situaciones, sino que estas alternativas no generen conocimiento para los próximos pacientes. Por otra parte, también hay situaciones paradójicas. El caso más notable es con el IPT de la Agencia para la hepatitis C. Probablemente cuando se publicó ya estaba obsoleto. Y luego apareció la guía de la Comisión de expertos del Plan de la Hepatitis C. Como la AEMPS no ha retirado o modificado su IPT ahora tenemos una forma de tratar a los pacientes aprobada por el plan de la hepatitis C que dice una cosa y el informe de la agencia que dice otra y que, en teoría, es el oficial.”*

Pedro Gómez: *“Es que mejor ejemplo que ese de que no se traslada la evaluación a la toma de decisiones no hay, es de libro.”*

Salvador Peiró: *“Entonces, hay dos elementos que juegan aquí. Un elemento es cómo incorporamos el conocimiento en la toma de decisiones, pero hay otro elemento que es cómo generamos conocimiento. En realidad, no creo que podamos decir que sí o que no a un caso de estos. Se puede negociar*

precio, se pueden hacer muchas cosas, pero es difícil argumentar en el sentido de sí o no. Pero lo que sí se puede hacer, es pedir que se generen evidencias tras ver los resultados de un curso de acción. Se autoriza algo porque realmente no tenemos más opciones, pero con los 15 o 20 o 30 pacientes tratados, si se juntan, puedo analizarse si este algo funciona o no. Y eso también es importante. Media humanidad se pasó años discutiendo sobre la vacuna del papiloma. Por aquella época leía los trabajos y me decía "con la información que tengo soy incapaz de tomar una decisión". Y era una decisión trascendente porque en una opción se habrían evitado miles de cánceres y en la otra no es que no se habría evitado nada, es que con aquellos fondos se hubieran podido hacer otras cosas y tratar otros pacientes. Pero en el momento que toca tomar esta decisión es posible que no exista suficiente información para tomarla. Y quizás hay que tomarse estas cosas con más tranquilidad. Pero lo que realmente es absurdo es que toda la organización sanitaria esté desperdiciando el conocimiento que genera el "uso off label". Y hablamos de oncología, pero en pediatría, prácticamente todo lo que lo damos a los niños no ha sido autorizado para uso de niños y no queremos mirar, y no sabemos cómo va..."

Jaime Espín: *"A lo mejor la administración pública tiene que fomentar este tipo de investigación."*

Salvador Peiró: *"A ver, cuando alguien gasta 300.000 euros al año en dar un tratamiento que no sabe exactamente cuál es su valor, lo mínimo es intentar averiguarlo, esto es, generar el registro de seguimiento de los resultados para saber qué pasa. Hubo un intento con aquello que llamaban el uso tutelado, en sus días, con el PET y alguna cosa más, pero yo creo que nadie completó los análisis."*

Antonio Sarría: *"Eso ha tenido su cierta continuidad y su pequeño impacto, ¿no? Lo que pasa es que al final, establecer -y no es diferente del problema de la superación, que cualquier generación de evidencia-, o sea, es decir, claro, al final el proceso de introducción de tecnología en general es tan poderoso, que al final arrasa con todo, arrasa con todo."*

Salvador Peiró: *“Pero hoy tenemos muchos sistemas de información que pueden registrar en uso pragmático sin mucha más carga de trabajo que la que te obligaba a rellenar el formulario [...]”*

Antonio Sarría: *“En parte el problema era que eso conllevaba un esfuerzo administrativo y de gestión, probablemente... Ese esfuerzo llegó en un momento donde las tecnologías de información ya podían, ya estaban presentes, pero todavía no se habían implantado definitivamente. Pero claro, eso... eso lo lastró muchísimo, lo lastró muchísimo...”*

Salvador Peiró: *“No, pero la idea es esta. La sociedad compra las tecnologías, trata a la gente, pero también debe mirar para saber. Debe generar conocimiento.”*

Antonio Sarría: *“Ese tipo de estudios se están planteando y ahora hay una nueva remesa de propuestas que se están llevando a cabo, cuyo objetivo es por una parte generación de evidencia, pero por otra parte también restringir y limitar, racionalizar el uso... Probablemente os habrá llegado una cosa que se llama estudios de monitorización. Tenía que haber comenzado este año. Claro el objetivo de eso es que, en definitiva, el gerente preste atención y los servicios regionales de salud seleccionen y nombren centros para introducir dispositivos recientemente evaluados. Esta perspectiva también ha estado presente en el proceso de identificación de centros servicios y unidades de referencia. Que también ha estado ahí algo de iniciativas que están ahí y que bueno, que parece que algo aportan pero que no terminan de resolver el problema. Entonces, bueno, pues siguen metiendo pero estas pequeñas cuñitas, estas pequeñas cosas. Pues, el efecto que tienen termina siendo pequeño, pero claro, por lo menos están en ese cambio, por lo menos cultural, que planteaba.”*

Miguel Rodríguez: *“Volviendo al tema de la información y demás. Es cierto que hay mucha información a nivel macro. Pero, luego, a nivel de centros, hay una opacidad terrible con la información. Es decir, yo, si quiero saber los resultados de la Fe en el tratamiento del infarto, posiblemente, no los encuentre en ningún*

lado. Y yo lo digo, por mi propio centro, somos absolutamente opacos con los resultados. Es decir, los resultados no están a disposición de todo el mundo, que es una cosa en la que tendríamos que trabajar."

Además, la autoridad con capacidad de comisionar las evaluaciones a realizar viene condicionada por la actividad de actores en el contexto. Entre estos se encuentra, por ejemplo, la presión generada por los medios de comunicación, o por los grupos de pacientes, o incluso la propia presión interna:

Jaime Espín: *"Nosotros, en un estudio que estamos terminando sobre evaluación de tecnologías sanitarias en países del Este de Europa y América Latina, le hemos preguntado a los decisores cuáles son los criterios de una evaluación de tecnología sanitaria y nos sorprendió que generalmente se utilizan los estándares. Es decir, de prevalencia, carga de la enfermedad... Pero en algunos casos concretos, por ejemplo en la vacuna del papiloma humano, le preguntábamos a los decisores por qué la habían evaluado y decían que las razones eran básicamente la presión mediática de los medios de comunicación... Algunos decían que era presión política, a través de los medios de comunicación (por ejemplo), y otros decían que era presión de la población. Lo separaban totalmente porque unos países estaban muchos más preocupados por la población como tal y su capacidad de presionar a las puertas del ministerio. Y luego están otros mucho más preocupados por los medios de comunicación. Con lo cual yo creo que hay otros criterios no explícitos que también se suelen utilizar."*

Antonio Sarría: *"Formalmente, y lo que tiene que ver con los procesos de evaluación, tanto de tecnologías a través de los procesos establecidos, de prestaciones y demás, como de medicamentos en España, el criterio de la presión para el desarrollo de los procesos de evaluación no aplica... otra cosa es para la decisión..."*

Salvador Peiró: *"En las Comunidades sí aplica. Para la decisión yo no diría que tanto. En realidad a veces te piden que evalúes algo para que digas que no o que no hay evidencia. Muchos encargos de la organización sanitaria a los grupos*

de evaluación de tecnologías se dan porque hay “bronca”. Bronca porque la haya montado una asociación de pacientes, porque esté produciendo mucho gasto, porque sea de una empresa propia y el consejero de industria quiere cariño para las PYMEs locales, ... pero, en general, digamos que si piensan usarla, no preguntan nada, no piden que lo evalúes.”

Ricardo Herranz: *“Bueno, ahí estamos siempre en la vieja dicotomía de la opinión pública, o la opinión publicada. Lo que realmente debiera -se supone- importar al gobernante, al político, es la opinión, las necesidades, la opinión pública. Pero lo que realmente acaba primando, no es la opinión pública, es la opinión publicada... la presión mediática.”*

Salvador Peiró: *“Sí, pero a veces es simplemente también presión interna, de puerta trasera...”*

Antonio Sarría: *“Esto no es una cosa que suceda y se produzca solamente en España. Nosotros hemos empezado por hacer una evaluación de las evaluaciones que se han hecho en Europa. Hemos analizado el caso de Kalydeco, para la fibrosis quística, es un medicamento que tiene una base genética, efectivo para un grupo de pacientes con fibrosis quística, no para todos, a un coste obviamente descomunal. Eso, la Agencia Europea lo aprobó y a partir de ahí se comenzaron a hacer evaluaciones en los diversos países. Prácticamente ninguno de los países donde se hizo la evaluación, con todos sus agentes de evaluación que valoran, ninguno recomendó su utilización. Ninguno. Pero todos los países lo aprobaron. Hemos hecho el mismo ejercicio con Yervoy, un tratamiento para melanoma metastásico que reflejaba una situación parecida. Y entonces las interpretaciones de los evaluadores, no del regulador, de los evaluadores, eran variables. Había quienes señalaban que el coste-efectividad, pues estaba ahí. Se ha aprobado en todos los países. Se ha aprobado en todos los países que hemos mirado. Con lo cual, claro, no es tanto la presión solamente que se pueda producir. Pero luego te encuentras con que hay una realidad social, denomines como la denomines, que termina apoderándose de la toma de decisiones y te encuentras con situaciones complejas.”*

Ricardo Herranz: *"Al respecto, un ejemplo que igual puede ser ilustrativo. Un paciente de mi hospital, un paciente, un niño con una enfermedad muy rara. Coste actual, 800.000 euros/año para un niño que mueve los ojos y la lengua exclusivamente. Pues resulta que hemos recibido una carta muy bien escrita por parte de sus padres diciendo que hay que duplicarle la dosis porque si no, corre peligro de que tenga problemas cardíacos, con un informe en contra de todo el servicio de pediatría del hospital, con un informe en contra de la empresa farmacéutica que fabrica el fármaco. Seguramente me voy a ver obligado a darlo, porque se ha dicho que les faltan dos minutos para ir a los medios de comunicación para decir que estaban matando al niño. Vaya, que esto no es ni siquiera la industria. La industria a favor, la ciencia a favor, todo el mundo a favor."*

Antonio Sarriá: *"Una cosa que es relativamente frecuente todavía hoy en día: un entorno relativamente peculiar es el del hospital infantil de la Paz, por las características que tiene; eso, claro es un hospital y tiene muchos servicios de referencia en pediatría y que tiene una tradición, una historia, muchas personas, y hay muchas personas empadronadas en el área de población de La Paz, porque si no le resulta imposible todo el proceso de derivación."*

Pedro Gómez: *"De todas maneras, yo creo que estamos hablando de casos particulares y extremos. Existen muchas evaluaciones de fármacos que se han autorizado, lamentablemente, con unos resultados pobrísimos. Pero, bueno, no podemos generalizar. Y en relación con la entrada de tecnologías sanitarias, la ley establece claramente que las tecnologías deben ser evaluadas antes de entrar en el SNS y muchas veces no se hace. Aunque en el caso de los medicamentos, no entran en el sistema sin que haya autorización, salvando "off label", etc."*

Salvador Peiró: *"No, el tema de fondo es que entran para una indicación pero se gastan en muchas otras cosas. Ese es el problema. En oncología hablo."*

Pedro Gómez: *“Nos gastamos 14.000 millones...de euros en medicamentos y la mayor parte de ellos en fármacos dentro de su indicación, no creo que lo que está fuera de indicación tenga un peso importante, hay que resaltarlo a la hora de comentar este tema.”*

En resumen...

¿Puede la evaluación por comparación, a partir de centrales de resultados y observatorios, animar a que una vez conocidos los resultados, se tomen decisiones acorde a ellos? ¿Por qué se usan poco por parte de gestores, clínicos y pacientes las estadísticas disponibles?

El limitado uso de los -cada vez más ricos- sistemas de información que están disponibles el entorno sanitario se explica por diferentes motivos:

- Influyen las peculiaridades culturales. Hoy por hoy, no suele ser necesario para el decisor tener base en la evidencia empírica que un análisis de datos pueda otorgar. Existen otra serie de presiones, de tipo mediático, de grupo de pacientes, o incluso presión interna, que tienen mucho poder condicional en la toma de decisiones.
- La variabilidad y complejidad de los diseños de las fuentes de datos hacen muy difícil su explotación.

7. ¿Puede la mimetización de éxitos (Cirugía Ambulatoria, por ejemplo) generalizar otros cambios en la práctica clínica?

La cirugía ambulatoria es un buen ejemplo, y pertinente -tiene un antes y un después- de un cambio de prácticas clínicas que estaban muy enraizadas, como tener al paciente ingresado mucho tiempo. Se pone de manifiesto que analizar e imitar y aplicar conductas, hábitos y prácticas exitosas siempre es una buena idea, pero esto no debe hacerse sin menoscabo de considerar con rigor la naturaleza propia de los demás terrenos, tecnologías, prácticas:

Miguel Rodríguez: *"A ver, lo lógico sería eso, que las experiencias, tanto de incorporación de técnicas o de fármacos o incluso de innovaciones razonables que sean exitosas, nos debería servir para mimetizarlas, copiarlas y aplicarlas. Yo no tengo ninguna duda."*

Salvador Peiró: *"Para la cirugía ambulatoria, y desde el punto de vista organizacional, hay muchas prácticas. Algunos sitios han reconfigurado personal y las han creado sustituyendo atención desde otras áreas, incluida la cirugía. Pero en la mayor parte de los sitios la cirugía ambulatoria se ha construido con recursos de novo. Con un entusiasta, sea anestesista, sea cirujano, etc., que quería crear la unidad, dinero nuevo y ganas de inaugurar esto y decir que hacemos mucha CMA que es más barata, aunque lo cierto es que gastamos todos los recursos de la cirugía convencional más los nuevos de la CMA. Cada caso es más barato pero en agregado gastamos más. También lo pienso de las nuevas unidades de ictus, creadas de novo cuando –quizás, sólo quizás- los intensivistas que ya hacían trombolisis para el infarto podrían haber atendido estos casos. No lo afirmo. Pero el hecho de que en Estados Unidos hayan funcionado con neurólogos no quiere decir, necesariamente, que debemos hacer lo mismo copiando el mismo modelo organizativo."*

Antonio Sarria: *"El incremento que se produce en la utilización por la simplificación o la mejora de la eficiencia, puede terminar convirtiéndose, de forma agregada, en una pérdida. Porque, claro, cuesta muchísimo más. O sea, tú estás operando hoy en día, con cirugía mucho menos invasiva, con muchas más cosas de las que se operaban antes. Dices: a ver, puede que eso tenga sentido, ¿pero tiene sentido realmente en términos de la mejora que eso produce en la salud de las personas que tienen hernias u otro tipo de enfermedad? Porque, en definitiva, este es el problema. Es decir, yo opero ahora... Antes necesitaba más tiempo, vale. Ahora tengo menos. [...] Otro problema, lista de espera, la realidad es que cuanto más dinero se gasta en la lista de espera, más lista de espera hay. O sea, eso es una cosa que esta clarísima y, como normalmente, como decías, la solución está en la lista de espera... Pero, al final, resulta que la lista de espera cada vez termina siendo un problema y cada vez atrae más recursos y más recursos y más recursos."*

Se incide especialmente en las listas de espera:

Salvador Peiró: *“He visto que en varias comunidades, no formalmente, los cirujanos lo practican. Por ejemplo con cataratas, dicen “como usted tiene más de 0,5, no lo puedo operar”. Y esto es simplemente una forma de controlar las listas de espera. La idea no es mala. Buscar un punto de corte a partir del cual no hay indicación. Pero probablemente la agudeza visual no es la mejor métrica (podrían usarse instrumentos más adecuados como el VF14) y, adicionalmente, valorarlo con –y no sobre- los pacientes.”*

Miguel Rodríguez: *“En el tema de la lista de espera, hay que hacerlo en la entrada, no en la salida. Si se actúa en la salida, está demostrado en la experiencia, que lo único que sirve es para tener más listas de espera. Es decir, hacer un esfuerzo en operar más, lo único que genera es más lista de espera. De eso no hay ninguna duda y tenemos la demostración evidente en este país.”*

En resumen...

¿Puede la mimetización de éxitos (Cirugía Ambulatoria, por ejemplo) generalizar otros cambios en la práctica clínica?

Cada terreno en el ámbito de la práctica clínica tiene su propia naturaleza, lo que supone un primer obstáculo en la traslación de los ejercicios clínicos. Los éxitos son lecciones de las que hay que aprender lo mimetizable o adaptable a otros entornos. La innovación en la práctica clínica es muy importante, de la que la mimetización es solo una parte.

5. ¿Hay que aumentar y disminuir presupuestos en AP y hospitales?, ¿sería para ello preciso financiar no por actividad sino por procesos y resultados?

Salvando las dificultades que implica la complejidad de la estructura del sistema sanitario, y los compromisos de la sanidad, como bien público, con la población, hay cierto consenso en que la elaboración de presupuestos debe estar basada en los

resultados de ejercicios anteriores. Se deben tener en cuenta resultados positivos, pero también negativos. En resumen, financiación en base a incentivos y castigos:

Ricardo Herranz: *"Yo creo que en esta empresa, como en todas, debemos financiar los resultados. O sea, financiar los resultados positivos. El problema es que nuestras empresas son empresas mayoritariamente públicas y nuestros resultados no son los resultados razonables, lógicos y científicos de una empresa cualquiera, sino que exigen un grado de consenso, consenso social, político. Por tanto, lo que tenemos que hacer es definir qué entendemos por resultados y cómo los medimos, que es una cosa que no hemos hecho. No veo cómo vamos a hacerlo en nuestro nivel porque creo que, cuando no hay ganas de acordar, no se acuerda, y yo no veo ganas de acordar, ni en términos sanitarios ni muchos otros. Dado que estamos en entidades públicas, lo lógico es hacerlo así, pero no veo que estemos preparados de ninguna manera, ni con una voluntad expresa de hacerlo así. Entonces de momento tendremos que seguir financiándonos de otra manera."*

Miguel Rodríguez: *"Si vamos a financiar por resultados, los resultados negativos tienen que tener consecuencias. Tienen que tener consecuencias en todo, en la organización, desde el gerente hasta el clínico, y eso con el sistema que tenemos es imposible."*

Jaime Espín: *"Entonces lo que tenemos que hacer es financiar por actividad e incentivar por resultado. Seguimos financiando la actividad que tenemos, todos por igual. Y luego, al final, incentivamos o desincentivamos económicamente o penalizando por resultados. Porque no podemos pasar de repente de no evaluar nunca a de repente financiarte por resultados. A lo mejor tenemos que seguir financiando por actividad e incentivar por resultados."*

Miguel Rodríguez: *"Y en cuanto a los presupuestos, no se determinan en función de los resultados en este país. Son presupuestos fijos. Mi hospital este año tiene en capítulo I un 0,1% menos que el año pasado y en capítulo dos un 11% menos que el año pasado..., sin que haya ninguna correlación, ni con la actividad, ni con los resultados."*

Salvador Peiró: *“Por ejemplo es muy difícil juzgar a un servicio de trauma, que puede ser mejor que otros en fracturas de cadera pero peor en reemplazo de rodilla por artrosis. Esto de los resultados, en este campo, no es tan fácil. Y no hay poblaciones iguales. No es lo mismo una población más envejecida, más rural, con más paro, a un barrio bueno donde todo el mundo es más culto y están mejor de salud. Estas diferencias se notan en los resultados y no son atribuibles a la calidad del centro como a las diferencias de contexto. En primaria esto se nota muchísimo, hay muchas zonas y no puedes compararlas sin buenos métodos de ajuste de las comparaciones.”*

Antonio Sarría: *“Estando de acuerdo con ese problema, hace una serie de años la situación era que se presupuestaba una cantidad de dinero y se gastaba una cantidad de dinero siempre superior. Era el problema cíclico [...]. Eso incrementaba el gasto periódicamente y anualmente. La evidencia de que eso tenía un impacto sobre la salud de las personas también es relativa. Es decir, no había una correlación entre que se gastara más y que realmente se mejoraba la salud. Entonces, por otra parte se acepta que hay una infrafinanciación. Aceptémoslo como crisis. Tampoco tengo claro que incrementando el gasto realmente vayamos a resolver los problemas. Al final es un problema también de distribución y de un poco todo lo que hemos estado discutiendo previamente. Es decir, dónde nos gastamos el dinero, en definitiva. Dentro del sistema, obviamente, pero claro, debido a la naturaleza no solo pública sino de los presupuestos, en definitiva cualquier aportación que se hace al sistema sanitario implica un detrimento en nuestras partidas. Es decir, en otros modelos asistenciales, el modelo francés, no funciona de esa manera ¿Por qué? Porque no tienen su seguridad social, su mutualité. Sí que está clara una cierta infrafinanciación, eso es evidente, pero sin embargo no está claro que aumentar la financiación contribuya a la mejora de la salud de las personas. Entonces, este es el problema.”*

Salvador Peiró: *“El ejercicio de contabilidad de “palé” puede ser útil pero no vas a dejar de pagar al personal sanitario ni puedes despedirlos. Hay un margen muy pequeño. O sea, cualquiera que siga esa regla acabaría gastando más:*

tendría que pagar más a los que han hecho más y lo mismo a los que ahora han hecho menos porque parte de sus casos se han ido a otro lado."

También se destacan las consecuencias de los recortes presupuestarios durante estos años de crisis; el gasto sanitario público en sanidad ha bajado un 15% pero los hospitales han seguido abiertos y los pacientes atendidos:

Salvador Peiró: *"Sueldos y farmacias son un 65% del gasto sanitario, si no los tocas no reduces gasto. Por otra parte, en una situación de crisis y con millones de desempleados, el personal sanitario soporta las restricciones, un año, dos, pero cuando la situación general mejore, todo este tiempo de restricciones estallará por algún sitio. Los médicos no son los controladores aéreos, no tratan así a sus pacientes, y no hará falta militarizarlos, pero digamos que a largo plazo habrá estallido profesional y una recuperación del gasto. A largo plazo las medidas no son las restricciones, sino cambiar los esquemas."*

Ricardo Herranz: *"Ha habido mezclas de medidas. Ha habido reducción de coste salarial individual pero ha habido también mucha reducción de número de personas. Porque los hospitales ahora están trabajando, en los hospitales se sigue haciendo casi lo mismo que antes. El mío está haciendo lo mismo que hace cuatro años, lo mismo."*

Respecto a las posibilidades de alterar los porcentajes de presupuesto preestablecido del 40% a atención primaria y 60% a hospitales, no parece que sea algo fácil:

Miguel Rodríguez: *"Es muy difícil mover las cosas con el sistema que tenemos. Nosotros hemos inaugurado un nuevo hospital en junio del año pasado, hemos introducido reformas innovadoras muy importantes en todo lo que se refiere a la logística, con distribución de material, medicación, comidas, etc. por medio de robótica. Eso nos debería haber permitido reducir mucho la plantilla en personal no sanitario y al final para no tener problemas sindicales no se ha echado a nadie."*

En resumen...

¿Hay que aumentar y disminuir presupuestos en AP y hospitales?, ¿sería para ello preciso financiar no por actividad sino por procesos y resultados?

Hay consenso en la necesidad de cambio en la financiación a partir de la valoración previa de los resultados del ejercicio anterior y la actuación en consecuencia. Sin embargo, en una situación en la que la suma de las partidas de masa salarial y farmacia significan el 65% del presupuesto, el margen de maniobra es muy limitado, que tras la crisis este margen es todavía más estrecho.

8. ¿Pueden los programas de crónicos que pivotan en la enfermería atenuar la demanda, o por el contrario, prevalecerá statu quo?

Los programas de crónicos están ahora en primera página en casi todas las comunidades autónomas. Muchos de ellos pivotan en la enfermería como elemento crucial para atenuar demanda. Los médicos se ven así beneficiados por la menor carga de trabajo. No obstante, el statu quo, sobre todo en enfermería, debe revisarse, por aspectos legales, jurídicos y de responsabilidad profesional:

Salvador Peiró: *“Por ejemplo, en atención domiciliaria, los médicos están encantados de traspasar parte de sus funciones a la enfermería. Y, cuanto menos los llamen para ir a domicilio, mejor... Pero esta incorporación de la enfermería requiere estrategias. No porque lo haga enfermería, sino porque implica servicios adicionales que deberían ser evaluados. Veo muchos problemas, en como personas entusiastas, en este caso enfermería pero podrían ser otros profesionales, van gestando unos servicios de una forma un tanto caótica y van dando muchos más servicios de los necesarios, “medicalizando” a la población, haciendo creer que un paciente necesita que un enfermero vaya a su casa todos los días cuando no siempre es así. Cada cosa que metemos en*

un programa de crónicos (una visita, una toma de tensión al día u otra toma adicional, una pulsioximetría, etc.) debería plantear la pregunta de qué ventajas tiene respecto a una menos."

Miguel Rodríguez: *"En este tema yo creo que no va a haber una oposición de los médicos a que la enfermería haga el seguimiento de los crónicos dependiendo de qué capacidad se le dé a la enfermería. Y dependiendo de hasta dónde se deje llegar a las enfermeras. En el momento en que se pasen determinados límites, los médicos se pondrán de uñas como lo han hecho siempre, intentarán bloquear que las enfermeras tengan mayor capacidad resolutive. No tengo ninguna duda de eso. Pero de todas maneras esto también va asociado al papel de la enfermería, porque el papel de la enfermería de primaria en este país tiene que cambiar... O en algún momento nos ponemos a reflexionar sobre cuál es el papel de la enfermería en primaria o si no esto no puede mejorar. Porque el papel de la enfermería en primaria en general, salvo alguna excepción, es verdaderamente limitado."*

También se destaca el bloqueo en eficiencia que implica el exceso de rigidez en el detalle de protocolización de las prácticas, que en la práctica suele significar la adopción de "procedimientos estándares":

Antonio Sarriá: *"Yo ahí no sé cuál es la causa. O sea, estoy completamente de acuerdo pero no sé cuál es la causa. Otra asunto tiene que ver de alguna manera en que con el sistema sanitario tendemos a sobrepasarnos. Después resulta que hay que tomar la tensión pero, ¿a quién le estamos tomando la tensión?. Probablemente le estamos tomando la tensión al que no hacía falta tanto tomarle la tensión y, al final, se le toma la tensión a todos por igual."*

Salvador Peiró: *"Programa común con independencia de la gravedad."*

Antonio Sarriá: *"Hay mucho de esto de certificación de riesgo y tal pero al final resulta que no. Y entonces, resulta que donde terminas también po-*

niendo más énfasis -porque esto también es naturalizado- es en aquello que te gratifica más y que es más fácil. Entonces te concentras en los crónicos pero no en el que está más complicado, sino en el que está menos complicado. Como hipótesis. Porque luego la otra cosa que pasa es que no estamos resolviendo realmente el problema, ni siquiera diagnosticándolo correctamente, es que cada vez va más la gente a urgencias. Pero no es que vaya la gente a urgencias solamente para la urgencia que no es urgencia. No, no, es que si tú te vas a los números de las personas que van, cada vez más, de todos los grupos de edades y con problemas... Vamos, no hace falta decir nada que no sepáis, cómo están las urgencias y de qué pacientes están las urgencias llenas.”

Salvador Peiró: *“Se ha estabilizado mucho el crecimiento de urgencias. Una cosa para la que no encuentro una clara explicación. Ese crecimiento que teníamos del 3%, 4% anual, desde el inicio de la crisis está plano. Este último año parece que empiezan a crecer, pero han estado cuatro años planas. Esto es algo que no acabo de explicarme.”*

En resumen...

¿Pueden los programas de crónicos que pivotan en la enfermería atenuar la demanda, o por el contrario, prevalecerá statu quo?

- Hay consenso en que los programas tienen alta visibilidad.
- Para conseguir eficiencia hay que revisar los roles profesionales, caso por caso. Ejemplo: medicina vs enfermería.
- Esta revisión tiene dimensiones no solo organizativas, sino también jurídicas y de responsabilidad.
- Sin flexibilidad, difícilmente se conseguirán eficiencias. La protocolización rigorista las impide.

6. ¿Cuáles son las principales palancas para el cambio en la organización sanitaria?, ¿qué papel le dais a la presión ciudadana (mejor y más informados), a la presión de los profesionales, a ambas?

Ricardo Herranz: *"Yo dos palabras, sobre todo: profesionalización a todos los niveles, no únicamente directivos, y consenso entre todos los agentes del mundo sanitario, incluso a aquellos que puedan distorsionar si no están adentro. Primero se tiene que detectar como necesidad el consenso y tenemos que conseguirlo al menos en cuestiones básicas de reformas del sistema. Hay que tener un consenso sobre cuáles son las líneas que no son discutibles."*

Jaime Espín: *"Yo añado dos más, una es evaluación y otra transparencia."*

Miguel Rodríguez: *"Para mí la principal palanca de cambio sería la modificación del régimen del personal."*

Pedro Gómez: *"Por añadir otra, la participación. No estoy tan de acuerdo con lo del tema del consenso porque muchas de las organizaciones con consenso no avanzan. La participación no tiene por qué ser consensuada. La participación debe ser informada, donde tú puedas avanzar, escuchando a todas las partes pero siempre tiene que haber alguien que tome la decisión, y no tiene por qué ser por consenso, es a lo que voy..."*

Antonio Sarria: *"No es tanto consenso sino que haya una definición clara del objetivo, de para qué sirve esto que tenemos aquí. Porque a veces lo que sucede es que cada uno que está aquí piensa que esto está para una cosa. Entonces, no nos ponemos de acuerdo y salen ese tipo de cosas que pasan."*

Miguel Rodríguez: *"Y aprovechando la palabra consenso. El consenso, que en principio es deseable, no se puede convertir en algo inoperante. La ley establece que las decisiones del consejo interterritorial se toman por consenso y eso nos ha llevado a lo que nos ha llevado: a que no se toma ninguna decisión."*

En resumen...

¿Cuáles son las principales palancas para el cambio en la organización sanitaria?, ¿qué papel le dais a la presión ciudadana (mejor y más informados), a la presión de los profesionales, a ambas?

Se identifican 6 palancas fundamentales en las que basar el cambio organizativo:

- Profesionalización.
- Evaluación.
- Transparencia.
- Modificación del régimen de personal.
- Participación, especialmente de profesionales en la propia organización.
- Definición clara y consensuada de objetivos.

9. ¿Conocéis alguna experiencia de Unidad de Gestión Clínica que haya presentado resultados de mejora en calidad y eficiencia?

Parece que la gestión clínica forme parte de la panacea para la modernización del sistema y de las organizaciones sanitarias en España. En Asturias o Andalucía, se han publicado decretos para ordenar la gestión clínica. Incluso el Ministerio está pensando en sacar un real decreto.

Los panelistas, al hablar de “presentación de mejoras” de eficiencia, o calidad, en las unidades de gestión, ponen en relieve la necesidad de definir bien las métricas: que se mide y como. Se pone de manifiesto que la evaluación del éxito pasa por la comparación externa o propia, retrospectiva como mínimo. Por otro lado, de los ejemplos queda clara la importancia clave de la holgura presupuestaria para que dicho éxito sea posible:

Salvador Peiró: *“En realidad, el comparador es determinante del éxito. Nuestro grupo de investigación ha realizado mucho trabajo de comparar, por ejemplo en concesiones con respecto a hospitales convencionales. Y hay hospitales públicos peores y concesiones peores ... Nos movemos en un rango para el*

hospital en conjunto pero cuando empiezas a moverte por especialidades, los rangos van variando... Y también en eficiencia. Hay hospitales públicos extremadamente coste-efectivos, mucho más que algunas concesiones, y otros que triplican el coste de la concesión y del otro público. El hospital es un cautivo de su historia. Si se abrió con 4000 empleados y el nuevo con 3000, haga lo que haga la gerencia, uno será menos eficiente que otro."

Jaime Espín: *"En Andalucía hay apoyo del estamento político para el impulso de las unidades de gestión clínica. De hecho muchos hospitales tienen ya cuenta con unidades de gestión clínica. Y yo creo que se comparan entre ellos. Hay incentivos. Yo sé que hay publicaciones en Andalucía comparando hospitales tradicionales con nuevas formas de gestión."*

Salvador Peiró: *"A la hora de comparar, el tiempo importa. No se puede comparar un hospital recién creado, concesión o de gestión directa, con un hospital creado hace veinte años. Todo cambia. No se pueden comparar los hospitales públicos creados antes de que empezaran a hacerse las concesiones con los posteriores, más modernos, más informatizados... digamos que no tiene sentido comparar " hospitales de hace cuarenta años con el doble de cirujanos de los que usamos ahora (porque los pacientes entonces estaban catorce días en el hospital) con los actuales. O un laboratorio actual y uno de hace 15 años."*

Miguel Rodríguez: *"El HUCA tiene 14 unidades, unas son áreas y otras son unidades de gestión clínica. Las que agrupan a varios servicios son áreas y las que son de un único servicio son unidades. El modelo teórico de Asturias es un modelo muy bueno, el modelo teórico del papel. Luego la práctica es más complicada pero básicamente yo sí que conozco unidades que han mejorado con respecto al modelo tradicional pero comparándose consigo mismas. Es decir, si comparamos el servicio de cardiología cuando era servicio, ahora que está metido en el área de gestión clínica del corazón, hay diferencias. Pero eso está íntimamente ligado a la persona que dirige el área de gestión, al líder de la unidad. Y hay unidades o áreas que se han creado y que no han mejorado nada con respecto al modelo tradicional porque ya os digo: está muy ligado a la persona que dirige."*

Pedro Gómez: *“La ONT, para mí es una unidad de gestión con éxito. Es un organismo que no tiene asistencia sanitaria directa pero que se dedica a gestionarla, a coordinar el sistema nacional de trasplantes. Y está claro que tiene un éxito, incluso en la denominación del modelo, pues está absolutamente internacionalizado ¿Cómo se consigue este éxito? Pues desde mi punto de vista, poniendo al frente de la gestión diaria a gestores y clínicos, estableciendo equipos sanitarios comprometidos y dotando a los servicios de recursos económicos suficientes.*”

Miguel Rodríguez: *“Esa es la clave de la ONT: el dinero que lleva asociado.”*

Pedro Gómez: *No solo eso. Es importante que haya dinero en cualquier unidad de gestión porque, si no, lamentablemente no funciona. Pero también se necesita cumplir con los indicadores de mejora. En el caso de la ONT, los indicadores sobre el número de trasplantes se superan año a año, esto es lo que cuenta, y de ahí que se pueda mantener un proceso de subvenciones perfectamente establecido donde los criterios de asignación son públicos y transparentes, eso es un modelo de gestión de éxito.”*

Miguel Rodríguez: *“En la gestión, si nos metemos en ese tema, habría que ver la cantidad de unidades asistenciales que tenemos en este país y que son innecesarias.”*

Antonio Sarria: *“Hace unos años, en Inglaterra, en el National Health Service, puso en marcha los frameworks for quality. Los frameworks for quality fue un programa dirigido sobre todo a los GPs cuyo objetivo era mejorar la calidad en las enfermedades crónicas, seguimiento, estas cosas. Un GP que cumplía todos los requisitos se podía llevar al año más de 60.000 libras añadidas al sueldo. Y lo cumplieron en un 98% y pico por ciento, fue espectacular. Lo que pasó es” que a alguien se le ocurrió decir: “Bueno, vamos a ver, ¿esto qué efecto ha tenido en la salud de los ingleses...?”*”

Pedro Gómez: *“Hay que medir las estadísticas dependiendo de lo que uno quiera medir, claro.”*

En resumen...

¿Conocéis alguna experiencia de Unidad de Gestión Clínica que haya presentado resultados de mejora en calidad y eficiencia?

De las experiencias expuestas, se deducen los siguientes elementos críticos:

- Apoyo del estamento político.
- Suficiencia presupuestaria.
- Liderazgo directivo real.

Las preguntas 10 y 11 se formularon de forma conjunta:

- 10. Los 20 años de la MBE han cambiado los patrones de comportamiento clínico y mejorado las decisiones con el paciente. ¿Cómo serán los próximos 20 años? ¿Qué papel tendrán los DVR? Y la siguiente, que está relacionada con esto:**
- 11. ¿influyen los informes de las agencias de evaluación, de la Cochrane a la hora de elaborar y seguir protocolos y guías clínicas?**

Los Datos de Vida Real hoy en día son de una fácil manipulación, por lo tanto ante una potencial falta de rigor en su explotación, procede ser escéptico.

En cuanto a los informes, y otros productos, de las agencias de evaluación, hay consenso tanto en su influencia como en su solidez:

Salvador Peiró: *"Yo diría que es muy difícil hacer algo contra un sólido informe de la Cochrane o del NICE, con conclusiones contundentes. Pero también puedes encontrar que la revisión sistemática se sitúe en zonas grises. O que el informe de evaluación de tecnologías llegue cuando la tecnología se ha difundido ya. Que hoy la Cochrane diga como tenemos que tratar la hepatitis C no tiene mucho sentido. En las situaciones oscuras o grises, donde no hay mucha contundencia en la evaluación, sigues estando en la misma situación. Y la medicina es un campo*

para los grises. También es cierto que tienes un mapa de evidencias y, aun sin conclusiones, te haces ideas. Ayuda. Es decir, cuando la Cochrane te despliega resultado a resultado, vas mirando grupos de pacientes y ayuda. Respecto a los datos de vida real, estos sirven para generar evidencias, otra vez. Se incorporarán al uso de las evidencias de manera complementaria al ensayo. Medicina basada en la evidencia es todo. Con unas cosas, un ensayo. Pero, con otras cosas, no necesariamente se necesita un ensayo (que a veces engaña respecto al mundo real) pero tampoco pueden olvidarse los ensayos. Pero yo creo que se incorporará conocimiento basado en RWD y que, durante bastante tiempo, causará mucho ruido, traerá muchos problemas, porque los datos del mundo real son muy manipulables. Si el ensayo lo es, los estudios de efectividad con RWD son extremadamente manipulables.”

Antonio Sarría: *“La industria y el establishment, por así decirlo, del ensayo clínico, es muy poderoso.”*

Salvador Peiró: *“Potente y necesario.”*

Antonio Sarría: *“Potente sí, claro. Lo que quiero decir es que es ahí. Y tiene unos anclajes, por una parte, todo un proceso regulatorio que lo define y, a partir del proceso regulatorio, toda la dinámica del marketing científico que se construye alrededor.”*

Salvador Peiró: *“Ahora tienes que comparar un fármaco nuevo con, por ejemplo, una estatina, un fármaco fantástico. Tu problema ya no es reducir la mortalidad en un 1%, 2% o 3%, tu problema es que la estatina ya hacía eso y tú tienes que reducir un poco más. Para encontrar diferencias del 10%, del 15% o 20% necesitas 100.000, 150.000 pacientes. El ensayo se vuelve imposible. Se hacen los de no-inferioridad con 20.000 pacientes, y entonces aparecen los pagadores y dicen: “bueno, pues si el suyo no es inferior que el otro, voy a pagar lo mismo porque es lo que usted me ha demostrado en el ensayo”. Y luego tienes el mundo de los biomarcadores, los cánceres pequeñitos, 18 casos, 20 casos, 30 casos donde el ensayo convencional tampoco es manejable porque*

el poder estadístico es muy bajo. Entonces, ¿qué está haciendo ahora la EMA o la FDA? Poniéndose a trabajar con la industria para ayudar al desarrollo del fármaco, y haciendo esos ensayos de 20 casos y de 30 casos, o sin ensayos siquiera, y con eso se pone en el mercado y luego en seguimiento. El submundo del ensayo está cambiando porque la industria va a otro lado. Además, buena parte de los cambios que estamos teniendo en Europa, son porque hay que abaratar los ensayos para mejorar la competitividad de la industria. No se puede mantener unos espacios de investigación con el coste que tienen hoy los ensayos. Cuando no tenías nada que funcionara (contra placebo) era posible. Pero cuando comparas con un nivel de tecnología ya avanzado, o tienes que demostrar eficacia de un fármaco respecto a otro... quizás simplemente es imposible, no hay poder estadístico y hay que hacer otras cosas. Los análisis bayesianos están aportando algunas soluciones, pero aun así..."

Antonio Sarría: *"Lo que sí veo es que La EMA, ha visto que el mundo regulatorio es un mundo cada vez más pequeño y que hay muchas más cosas alrededor, pues claro lo que tiene que hacer uno para sacar beneficio..."*

Salvador Peiró: *"La EMA trabaja para los gobiernos que, por un lado, quieren proteger a sus pacientes sin pagar demasiado, pero por otro también quieren tener una industria competitiva, porque Europa quiere ser una potencia en este campo. Y para esto tienen que desarrollar fármacos más rápido y más barato. Nosotros no tenemos una gran industria (aunque sí un buen número de biotechs) pero Alemania, Reino Unido, Francia tienen un altísimo interés en este campo."*

Pedro Gómez: *"Yo lo único que puedo apuntar es que esta generación de evidencia del mundo real creo que tendrá éxito a largo plazo si las agencias de acreditación incorporan esto como exigencia. Y en la línea de lo que estabas tú comentando antes, hombre..., es que las administraciones en general cada vez usan más datos innovadores, o sea la contratación del sistema público cada vez se fundamenta más en la compra pre comercial, la compra tecnológica innovadora, es decir, buscas un consenso con el proveedor sanitario o el proveedor de lo que sea para iniciar una inversión conjunta..."*

Salvador Peiró: *“Pero, ¿qué es lo que se nos va a venir ahora cuando, como mecanismos industriales, quieran que el proceso de hacer la autorización al precio y con mecanismos interactivos, sea continuo? Entonces tenemos que tenerlo muy separado. La agencia (Europa) autoriza lo que quiera, pero hasta que no se ponga precio aquí no entra al mercado.”*

Pedro Gómez: *“Seguimos regulando. El decreto de precios que ha salido a trámite de audiencia ahonda todavía más en la línea de la separación absoluta entre autorización y finalización.”*

Salvador Peiró: *“Se va a complicar mucho porque dicen “yo autorizo; usted pone un precio. Doy una nueva indicación, autorización, la amplio, la rechazo, la restrinjo, entonces le cambio...”, y en el fondo estás diciendo: “En función de la evidencia que vayamos teniendo vamos a ir cambiando los precios”. Pero ahí por fuerza estás obligado a alinear. El que autoriza y el que marca precios.”*

Pedro Gómez: *“Bueno, luego habrá que leer esos datos porque, como pasa con todo, cada uno lee los datos como le interesa o los interpreta como le viene bien.”*

Salvador Peiró: *“Nosotros vivimos en un mundo que es el de la sanidad pero es una industria súper potente y con mucha gente empleada. Esta es la segunda parte. La industria autoriza los procesos de ensayos. O sea, el mecanismo que tiene es complejo.”*

Miguel Rodríguez: *“Nos hemos centrado mucho en el tema de la medicación. Yo tengo claro que los informes influyen pero no lo tengo tan claro con los datos de la vida real, entendidos como datos epidemiológicos, o datos de morbilidad de la población. Por ejemplo, está clarísimo -y me alegra mucho verlo en el informe- que el nivel de educación influye claramente en el estado de salud ¿Eso cómo se compagina con que este país en los últimos años haya aumentado escandalosamente la tasa de abandono escolar?, que los datos de la vida real tengan influencia, tengo dudas...”*

En resumen...

Los 20 años de la MBE han cambiado los patrones de comportamiento clínico y mejorado las decisiones con el paciente. ¿Cómo serán los próximos 20 años? ¿Qué papel tendrán los DVR? Y la siguiente, que está relacionada con esto es: ¿influyen los informes de las agencias de evaluación, de la Cochrane a la hora de elaborar y seguir protocolos y guías clínicas?

- Hay consenso en que el ensayo clínico es potente y necesario aunque hay que abaratarlo.
- La evidencia en el mundo real debiera tener éxito a largo plazo. Lo será en la medida que su generación sea robusta.
- Se consolida la separación entre la decisión de autorización administrativa y la decisión de financiación de medicamentos.

12. ¿Cómo mejoraríais la confianza entre gestores y clínicos? Y, ¿entre clínicos y pacientes?

Miguel Rodríguez: *"Yo entre gestores y clínicos lo tengo claro. Información, transparencia y mucho diálogo. ¿Quién se resiste a esa transparencia? Ambos. El gestor en no ser claro en las armas de gestión y el clínico en ocultar información que no le conviene."*

Salvador Peiró: *"Es un juego. Si tú miras ese juego, como en "House", todo el mundo miente. Es una dinámica que funciona por conspiraciones, alianzas y des-alianzas. Hay que conseguir que haya una dinámica honesta y que no perjudique."*

Pedro Gómez: *"Para mí, información, comunicación, sí. Por ejemplo el curso "Comunicación en situaciones críticas", que imparte la ONT desde hace muchísimos años ha permitido la formación de más de 13.000 profesionales que trabajan en unidades de críticos. Según el cuestionario de valoración al 60% de los participantes les resultaba estresante ó muy estresante el contacto con familias de pacientes en situación crítica y al 77% les resultaba igualmente estresante ó*

muy estresante el contacto con familias de potenciales donantes. Una vez completado el curso, el 92% cree que mejorarán sus habilidades de comunicación. El 80% piensa que se sentirá menos “incómodo” al comunicarse con las familias de críticos y de potenciales donantes. Al 94% de los asistentes les facilitará la comprensión de las diferentes respuestas del duelo y el 90% considera que se podrá comunicar con mayor eficacia con las familias de los pacientes en situación crítica. Este es un ejemplo claro de confianza entre gestores y clínicos que luego se traslada a confianza entre clínicos y pacientes.”

Salvador Peiró: “Yo creo que los pacientes tienen confianza en sus médicos. Como norma general...”

En resumen...

¿Cómo mejoraríais la confianza entre gestores y clínicos? Y, ¿entre clínicos y pacientes?

- Consenso en los parámetros claves, que son:
 - Honestidad
 - Transparencia
 - Información
 - Comunicación efectiva
- Hay resistencias específicas por parte de los pacientes y su entorno en cada uno de estos 4 puntos.
- Hay resistencias específicas por parte de los distintos estamentos profesionales en cada uno de estos 4 puntos.

5. DISCUSIÓN

A nivel de análisis comparado, España todavía tiene que aprender de otros países más punteros, como Canadá, en lo que a integración de la investigación en la decisión de política sanitaria se corresponde. El par de sesiones realizadas tenían como objetivo explorar aquellas posibles mejoras aplicables a nuestro sistema, comprendiendo siempre las particularidades de éste, y por ende siendo fundamental la experiencia de cada panelista.

Este objetivo se abordó mediante el acercamiento a la realidad del sector desde dos esferas diferentes: la de reguladores y autoridades sanitarias de las administraciones central y autonómica, y la de evaluadores e investigadores de servicios sanitarios.

De los primeros se extrae que, pese a existir esta distancia entre investigación y decisiones, la tendencia en las últimas décadas es de acercamiento. Y de este acercamiento se desprende optimismo de cara al futuro. La toma de decisiones es una tarea extremadamente compleja en la que entran en juego una serie de factores, y además priorizados, junto con otros que se le escapan al decisor.

La principal acción aplicable para recortar distancia es la planificación. Organizar la investigación y describir de arriba a abajo qué se necesita de ésta, qué informes son necesarios, según las decisiones a tomar. Y también hacer atractivos los resultados de esta investigación a los decisores, fomentando la investigación, formando investigadores, y comunicando eficientemente los resultados. El principal freno a las mejoras propuestas sin embargo puede ser la constante falta de consenso en las reformas aplicables y aplicadas.

La necesaria planificación se acentúa cuando se analiza la calidad del aparato estadístico disponible, una mina de oro para investigadores. Los sistemas de información a niveles regionales y nacionales son completos, pero también complejos e ineficientes en ocasiones. La carga de trabajo debida a la recogida de datos no se ve compensada con la voluntad o interés de explotación de éstos. De la misma manera, la dificultad en la selección de los datos necesarios también rebaja los ánimos al investigador. Es por ello que con una buena comunicación investigador-decisor, se podría llevar a cabo una planificación jerarquizada de los proyectos, planificación en la que participen todas las partes implicadas.

Otro factor que ha de ser tenido en cuenta de cara a analizar la trayectoria de la investigación es la inestabilidad económica nacional de los últimos años. Recortes presupuestarios, reales decretos, etc., han hecho tambalear los cimientos del sistema, afectando a todos los sectores del ámbito salud. Podría haber sido, sin embargo, una oportunidad para acercar más la investigación. Los tiempos de crisis son tiempos también de oportunidades, pero la búsqueda desesperada de mayor eficiencia a golpe de recortes lineales ayudó poco. Sí se consiguió una mayor concienciación de costes de todos los actores.

Derivado de la eficiencia, uno de los temas más preocupantes es el de la sostenibilidad del sistema. Los altos precios de las innovaciones y en constante crecimiento se prevén inviables según el modelo que tenemos. Es necesario encontrar nuevas fórmulas para la incorporación de los nuevos medicamentos, y en estas fórmulas tiene que implicarse activamente la industria. Pueden ser acuerdos globales, límites a precios, techos de gasto, acuerdos de riesgo compartido o colaboraciones público-privadas. De estas colaboraciones puede nacer un escenario muy interesante para incrementar la investigación y evaluación en el sector público sanitario, salvándose los actuales obstáculos presupuestarios. También sería interesante para la industria, para cubrir sus necesidades de retornos en el corto plazo.

Además de los comentados, existen otros aspectos que a priori favorecerían la consolidación de la investigación y evaluación como herramientas clave en la

toma de decisiones. Uno de ellos sería conseguir una mayor profesionalización de la atmósfera política, o al menos la exigencia de una cierta capacitación de los políticos en la materia que les toca ocupar. Un ministro de sanidad, o un consejero de sanidad, con nociones de medicina y con experiencia práctica sobre el terreno, parece más apropiado para ejercer el papel. A priori, desde luego. Otro aspecto, y quizás de los más importantes, es la necesaria transparencia en el proceso de toma de decisiones. Solo así se podrán detectar las mejoras aplicables a estos complicados procesos, y ahí es donde la investigación puede jugar un papel clave. La tangible mejora en los últimos 10 años, de cantidad de informes de evaluación, de calidad de estos, así como de diversidad de fuentes de datos, demuestra que la cultura investigadora y evaluadora se puede educar y modular.

En el ámbito de la meso gestión, los evaluadores e investigadores que participaron en el grupo de discusión creen que la designación por confianza de directivos (entendiéndose esta como “amiguismo” en las designaciones) es probable que influya en la falta de conexión latente entre la investigación y la toma de decisiones. Sin embargo no creen que sea el aspecto determinante, pudiendo influir mucho más la falta de cultura del sector en este sentido. Es muy difícil no obstante medir esta desconexión; no existen los indicadores adecuados para ello.

Lo que sí parece necesario es exigir más profesionalización de aquellos que desempeñen funciones directivas; profesionalización bien entendida, es decir, que los designados cumplan con los perfiles requeridos para la gestión. No necesariamente un médico (o un economista) es el más indicado para dirigir un centro de atención sanitaria. Las labores de dirección exigen de una experiencia particular, siendo casi indispensable una formación académica reglada específica para ello. Además de directivos preparados para serlo, las funciones que desempeñan deben de ser constantemente evaluadas. No es suficiente cumplir unos requisitos de entrada. Hay que marcar objetivos y cumplirlos. Todo esto siempre entendido en el ámbito de la buena gestión, no de la integración de investigación y evaluación a la toma de decisiones. Esto último depende de los aspectos culturales que se mencionaban antes, y no tanto de la preparación de los gestores.

Esta falta de cultura también explica parcialmente el poco uso de las valiosas centrales de datos disponibles para la investigación. Los sistemas de información en España siguen estando poco explotados, o por lo menos por debajo de su potencial. A través de estos podrían surgir preciados ejercicios de investigación y evaluación, pudiendo ser determinantes para la dirección. No obstante los resultados de los informes no parecen despertar demasiado interés. Otro factor que explica el poco éxito del empleo de los datos disponibles es la dificultad de su explotación derivada de la gran diversidad y dificultad en la recogida de éstos. El tránsito de la Medicina Basada en la Evidencia, al uso de los Datos de la Vida Real, procedentes de historias clínicas digitales, registros y estudios observacionales no está todavía alineado con las expectativas generadas. Los datos masivos, Big Data, crean escepticismo, debido a su facilidad de manipulación y a los problemas de privacidad.

Volviendo a los factores explicativos de la disociación entre investigación y decisiones de política, sale a relucir un aspecto clave: la presión mediática. Este factor condiciona fuertemente el destino de la gestión, pudiendo tomarse decisiones en pro de la opinión pública, o incluso de grupos de pacientes, y no de una evaluación coste-efectividad.

Parece lógico pensar que la mimetización de prácticas exitosas no es el peor camino a seguir de cara a plantear nuevos modelos de práctica clínica. Si bien es cierto que gracias, por ejemplo, a nuevas prácticas -como por ejemplo la cirugía ambulatoria- se ha mejorado la eficiencia del sistema, consiguiendo disminuir la duración de los ingresos de los pacientes. Hay que ser conscientes de la naturaleza del sector, existiendo una gran variabilidad que posiblemente impida ciertas traslaciones.

Uno de los aspectos en los que se encuentra un consenso general es el del cambio en la manera de elaborar presupuestos, mediante una evaluación continuada sobre el éxito o fracaso en la consecución de los objetivos propuestos. Tras la valoración de los resultados, tanto positivos como negativos, se ha de planear el gasto, evitando las ineficiencias producidas por presupuestos preestablecidos.

Cuando los panelistas fueron preguntados por aquellos aspectos de refuerzo en pro de un cambio organizativo, tuvieron claras sus respuestas: más profesionalización, más evaluación como herramienta para la toma de decisiones y más transparencia en su proceso. Y más participación de todos los agentes implicados. Y todo ello partiendo de una previa definición clara del ejercicio de planificación, adecuado a los objetivos que se propone conseguir el sistema sanitario. En todo esto, el correcto funcionamiento de la cadena gestor-clínico-paciente será, por tanto, fundamental en la consecución del éxito, pero únicamente con honestidad y transparencia en todas las partes de esta cadena se podrá avanzar en la dirección correcta.

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El diagnóstico de situación que cubre una parte sustantiva de este estudio acaba con un Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) y un Análisis CAME (Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar). Ambos nos permiten enlazar las principales amenazas y debilidades del sistema sanitario con un abanico de posibles medidas que las mitiguen. Por ejemplo, la falta de sistemas de evaluación —en definitiva, la escasa cultura de evaluación de políticas como mal endémico de nuestro país— puede corregirse en parte escogiendo, adaptando a nuestro ethos y manteniendo en el tiempo sistemas que en otros países sirven para propiciar el consenso entre los diferentes agentes del sistema.

Los resultados de ambos análisis también ayudan a conectar las fortalezas y oportunidades del sector con medidas que contribuyan a mejorar el desempeño de nuestro sistema sanitario en un contexto de restricciones de gasto por numerosos motivos. Por ejemplo, utilizar el acuerdo general que existe en torno a la necesidad de llevar a cabo reformas nucleares del sistema para aprovechar la oportunidad o, mejor dicho, la necesidad imperiosa de sanear nuestras instituciones. *Conditio sine qua non* para ello es fortalecer definitivamente los procedimientos de evaluación de políticas y servicios de salud con más inversión y dotación de recursos específicos, sin las cuales no es posible ni evaluar su impacto en el sistema sanitario ni diseñar medidas de mejoras basadas en pruebas, y sin olvidar el despliegue de estrategias que faciliten la transferencia de conocimiento desde la investigación a la atención al paciente.

Se ha avanzado algo en los últimos años respecto a la progresiva integración de la investigación y evaluación en los procesos de toma de decisiones. Esta tendencia

es esperanzadora, aunque deben de salvarse difíciles obstáculos para poder avanzar en este sentido: hay que “cambiar el chip”, hay que activar la cultura evaluadora a todos los niveles de la gestión. Y esto se conseguirá cuando la sociedad sea realmente consciente de su utilidad o se perciban los rendimientos de la inversión en investigación y se logre. Estos rendimientos, reflejados en, por ejemplo, ganancias en eficiencia, serán fundamentales para asegurar la sostenibilidad de nuestro sistema de salud, que ha sido duramente azotado por la situación económica de los últimos años.

¿Qué es lo que está en manos de los diferentes agentes para facilitar esta integración? En primer lugar, es fundamental una buena planificación, junto con una comunicación constante, en las cuales participen activamente decisores, gestores e investigadores. No menos importancia revisten las razones que se esgrimen en la bibliografía para intentar explicar por qué los decisores acostumbran hacer caso omiso o poco caso a la información científica que proviene de la investigación aplicada: su insuficiente formación, prisas, premuras y presiones de todo tipo para tomar decisiones, capturas, intereses, puertas giratorias, olvido de la meritocracia, relaciones de los agentes de los niveles macro, meso y micro, e incentivos desalineados, inadecuados, de intensidad insuficiente o ausentes.

Por último, se apunta a la necesaria confianza en la que se deben sustentar las relaciones entre los diferentes agentes del sector para el buen funcionamiento organizativo. Estas relaciones deben ser honestas y transparentes. A todos los niveles: tanto del gestor con el clínico, y viceversa, como del clínico con el paciente, y viceversa.

RECOMENDACIONES

1. La notoria modificación del perfil epidemiológico de la población española (mayor longevidad y mayor carga de la cronicidad), así como sus conocidas consecuencias —las que ya están presentes y las que se harán sentir a medio y largo plazo—, combinada con la tendencia sistémica de crecimiento del gasto sanitario por encima del crecimiento de la economía (PIB), añaden incertidumbre no sólo sobre la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo, sino también sobre su solvencia. Si ambas quieren preservarse, el nuevo gobierno deberá pronunciarse con claridad en cuanto a las medidas que prevé adoptar respecto a la financiación y al gasto sanitarios. Por ejemplo, si sube la presión fiscal, habrá de señalar qué tipo de impuestos aumentan para sufragar el gasto. ¿Se seguirá manteniendo la tendencia creciente de los indirectos? ¿Se financiará también o no con tasas y precios públicos?. Las repercusiones en relación con su progresividad o regresividad y los efectos en las desigualdades sociales de las diferentes posibles formas de aumentar la carga fiscal no son las mismas. Si se intenta aumentar el gasto, ¿cómo se financiará?, ¿a expensas de qué?. Sabemos que existe margen para reducir gasto (evitable) sin menoscabar la calidad de la atención ni los resultados en salud. ¿Se actuará reinvertiendo con racionalidad?
2. Conviene establecer y convertir en carta de naturaleza de nuestro sistema un marco y un sistema de evaluación de políticas, programas y servicios de salud consensuado por todos los agentes del sistema sanitario. Y conviene hacerlo garantizando la difusión de la información esencial preservando su fiabilidad, veracidad y oportunidad, así como la transparencia. Rendir cuentas y ser transparente —dos de los parámetros definitorios del buen gobierno— no es poner

al alcance del público cualquier tipo de información, sino la que importa, la que muestra a las claras a la sociedad el funcionamiento real del sistema, la que puede revelar eficiencias, mejoras logradas, objetivos alcanzados, ineficiencias, márgenes de mejora omitidos desde hace tiempo, la que puede delatar, poner en entredicho estatus quo. Y hay que decidir, además, cómo se hace en un estado de las autonomías que padece tensiones nada inocuas entre (y también intra) 17 comunidades autónomas y reclama reformas de calado hace tiempo. Se deberá decidir y decir a las claras de quién dependerá y qué recursos humanos y presupuestarios se necesitan y se asignarán de forma mantenida a la función de evaluación. La Agencia Nacional de Evaluación de Políticas Públicas fue una buena iniciativa en esta dirección aunque, desafortunadamente, tuvo vida efímera.

3. El Sistema Nacional de Salud requiere cambios profundos, sistémicos, nucleares, muchos de ellos apuntados por los panelistas. Pero como demuestra la experiencia internacional, estos cambios sólo son posibles si se tiene voluntad, existe consenso y hay firmeza en su introducción. Conviene que los cambios sean pilotados y evaluados antes de acometer e implantar las iniciativas legislativas y organizativas a gran escala sin incurrir en la parálisis por el análisis. Por muchos motivos, es muy difícil, virtualmente imposible extrapolar de forma lineal experiencias de otros países. Hay que adaptar y ajustar, a veces de forma milimetrada al contexto local. Cualquier implantación debe ser evaluada para continuar con el proceso de retroalimentación de información necesario para avanzar en la consecución de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.
4. La inestabilidad económica, los recortes y la crisis han hecho tambalear alguno de los cimientos del sistema. España puede aprender de Canadá en la integración de la investigación en los procesos de decisiones de política sanitaria. Su arquitectura federal ayuda. Los panelistas del grupo de la macrogestión (reguladores y autoridades) aprecian un acercamiento entre ambas en los últimos años. Recomiendan la planificación para recortar la distancia. Contamos, sin duda, con los recursos humanos, técnicos y materiales necesarios y suficientes

para hacer posible esta integración; no hay justificación de demora por su carencia. El acercamiento real entre investigadores y decisores es clave para contribuir a este fin.

5. Asociada con la eficiencia, la preservación de la sostenibilidad de nuestro sistema también pasa por ahondar sin sesgos ni prejuicios y con resultados de evaluaciones rigurosas en el funcionamiento de las colaboraciones público-privadas. Debe experimentarse con nuevos modelos de colaboración, pero de forma planificada, controlada y evaluando y dando a conocer abiertamente resultados.
6. Los panelistas del grupo meso abogan por una mayor profesionalización y capacitación de los políticos y de todos aquellos que asuman responsabilidades directivas. Hay modelos de formación continua de directivos en otros países que pueden adaptarse al nuestro.
7. Deben acabar las designaciones por confianza, clientelismos, amiguismos y puertas giratorias, prácticas lamentablemente tan asentadas en nuestro sistema que hasta se asumen como normales. La meritocracia es clave.
8. También se debería alcanzar un consenso general para cambiar la forma de elaborar los presupuestos donde el componente histórico sin más no pese tanto. Debe atenderse a previsiones y criterios de planificación rigurosa, eficiencia, equidad, y solvencia, y tener presentes mecanismos de limitación de recursos, sus razones, los criterios de priorización y la transparencia, sin los cuales la provisión y producción pueden estar dejándose en buena medida al albur de la inercia secular, el clientelismo o la ojimetría.
9. La falta secular de cultura evaluativa tiene que ser superada de una vez por todas. El coste de oportunidad social de dejar las cosas como están a este y otros respectos es elevado y socialmente inaceptable. Aquí los aspectos que reforzarían un cambio organizativo de calado, como el que necesita el Sistema Nacional de Salud, serían, entre otros, más profesionalización, profesionalismo

en sentido estricto, más transparencia, mayor participación activa en la planificación acorde con los objetivos que se marquen y consenso multipartito, entre todos los agentes del sector sin excepciones.

10. A partir de este estudio, sugerimos pilotar un proyecto para reducir en la práctica real la brecha entre investigación de servicios sanitarios y decisiones de política sanitaria, eligiendo una CCAA. Se estudiarían los circuitos de decisión actuales en sesiones de trabajo con sus principales actores y se propondrían mejoras. Hay vocación de traslación a otras comunidades autónomas, pero *a suo tempore*, con pruebas empíricas sólidas.

EPÍLOGO

Carlos Campillo Artero

¿MÁS EVIDENCIA BASADA EN LAS POLÍTICAS QUE POLÍTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA?

Casi siempre nos falta el contrafactual. Más allá de lugares comunes y rayana en el hartazgo sigue latiendo en todo el mundo la pregunta ¿por qué las políticas de salud —y otras políticas— no se basan en pruebas científicas? Tan racional como este interrogante es este otro: ¿mejorarían los resultados en salud si las políticas de salud se basaran en dichas pruebas? En rigor, no lo sabemos: nos falta un sólido contrafactual.

¿Quién osaría contravenir los fundamentos del *leitmotiv*? Salud en todas las políticas? Pero si la salud impregnara todas las políticas, ¿mejoraría la efectividad y la eficiencia de las políticas de salud y, en definitiva, la salud de la población? Tampoco lo sabemos; también carecemos de un buen contrafactual.

Sí disponemos de un alto nivel de evidencia de la escasez de evidencias sobre el impacto real de los resultados de las investigaciones y de la evaluación de tecnologías sanitarias, primero, en la toma de decisiones en política sanitaria y, a la postre, de esta en la salud poblacional, que es lo que más importa. Hay pocos estudios metodológicamente intachables. De todos los realizados, la mayor parte evalúan sobre todo procesos, muy pocos, resultados, y en buena medida analizan aspectos parciales, un hecho, este último, que no obsta para que algunos se precipiten a la sinécdoque, por calificarlo con un tropo literario: juzgar el todo por una de sus partes (evaluadas). Además, de estos estudios, la mayoría circunscritos a complejas realidades locales, es virtualmente imposible y certeramente arriesgado extrapolar sus conclusiones linealmente a otras situaciones y sistemas sanitarios. Tampoco contamos con evidencias empíricas decisivas sobre las estrategias que deberían desplegarse para aumentar la fundamentación de las políticas en pruebas científicas.

Con todo, se avanza lentamente realizando evaluaciones destinadas a recabar información en estos frentes. Un escollo clave que han de sortear las investigaciones con datos primarios y secundarios en evaluación de tecnologías y políticas de salud es reducir la confusión reinante respecto a lo que se debe priorizar en evaluación.

Esta confusión probablemente esté siendo a un tiempo uno de los principales lastres de los progresos en el conocimiento de la influencia de la investigación en la elaboración de políticas y del impacto de estas últimas en los resultados en salud y una dilapidación de recursos escasos.

Dejando al margen numerosas particularidades, el objetivo ulterior —y, sobre todo, el más necesario— no es tanto aportar más información ni aumentar el acervo de conocimiento, como contribuir proporcionalmente a mejorar la salud de la población. Lograr que las políticas se diseñen y ejecuten sobre la base de pruebas científicas es un objetivo irrenunciable, pero intermedio, de proceso. No se olvide.

La diseminación adecuada de la información procedente de investigaciones y la contenida en informes de evaluación de tecnologías y de políticas de salud es un elemento de capital importancia para conseguir que los resultados de investigaciones y evaluaciones se *trasladen* e incorporen en la elaboración de políticas. Pero a este respecto con frecuencia se olvidan varias cosas, entre las cuales aquí interesa destacar algunas. Primero, la diseminación es otro elemento de proceso. Tan importante como ella es conseguir que la información diseminada se utilice, y se utilice bien, otro objetivo esencial, pero asimismo de proceso. Segundo, se sabe que ni todas las estrategias de diseminación de información funcionan ni alcanzan ese objetivo si no se implantan simultáneamente con otras actuaciones. Los problemas poliédricos sólo pueden solucionarse con intervenciones de conocida efectividad y dirigidas con puntería a todas las aristas y facetas conflictivas de ese poliedro. Atacar un nudo de un ovillo causal es insuficiente.

Asimismo, los actores que intervienen en la toma de decisiones, directa o indirectamente, en un plano u otro, son destinatarios insoslayables de la información. Pertenecen a colectivos diferenciados entre sí, con cosmovisiones, funciones e intereses distintos —a veces, por defecto, contrapuestos—, lo que debe tenerse presente tanto en la elaboración de políticas y toma de decisiones, como en las medidas que se barajan hoy y barajen mañana, por ejemplo, para satisfacer la recientemente destacada necesidad de armonizar los criterios de aprobación, cobertura y financiación dispares de reguladores y decisores políticos (sin olvidar gestores y clínicos).

Para mitigar los efectos del trabajo de los actores en compartimentos virtualmente estancos en muchos países o con insuficiente comunicación en otros, se intentan promover diálogos tempranos y tripartitos (reguladores, industria, decisores) o multipartitos a fin de contribuir a mejorar los efectos de las decisiones regulatorias y de políticas de salud. Es, sin duda, una línea de avance inapelable, pero en la medida en que las agendas, los encuentros, las órdenes del día y los diálogos se diseñen, sometan a pilotaje y corrijan adecuadamente, como están realizando algunas instituciones en la actualidad. Se afirma, por ejemplo, que quienes realizan evaluación de tecnologías carecen de incentivos e interés para participar activamente en la toma de decisiones y que su función se limita a evaluar y presentar informes. El papel activo en el diseño, desarrollo y evaluación de políticas no sólo compete a ellos, es responsabilidad de todos los actores. Los diálogos tripartitos son un avance, pero los *multipartitos* y los procesos deliberativos bien ejecutados lo serían más.

Tanto la forma como la estructura de la información que se necesita en política sanitaria, como sus canales de difusión, importan para transmitirla de forma efectiva y eficiente. Si aceptamos principios de la economía del comportamiento, coincidiremos en que factores como el *framing*, *priming*, *salience*, los *defaults* y otros tantos son cruciales para que los decisores y los restantes actores presten atención a la información, la procesen y cambien comportamientos en la dirección adecuada. Determinante es también ahormar la diseminación de la información a las peculiaridades de la forma como se *hace política* a escala nacional, a la idiosincrasia local, así como a las marcadas variaciones del modo de *hacer política* entre países y en cada uno de ellos, a las prioridades que se hayan marcado cada uno de ellos y a la dinámica de sus mercados.

No menos importancia revisten las razones que se esgrimen en la bibliografía para intentar explicar por qué los decisores acostumbran hacer caso omiso o poco caso a la información científica: insuficiente formación, prisas, premuras y presiones de todo tipo para tomar decisiones, capturas, intereses, puertas giratorias, olvido de la meritocracia, entrecruzamiento de incentivos alineados y alienados, visión de *iure* amistosa de los agentes macro, micro y meso y como oponentes *de facto*.

Todo parece, cuando menos, sugerir que para algunos decisores la intensidad del efecto de estos últimos factores debe de ser mayor que la de las consecuencias económicas y sociales derivadas, bajo sus responsabilidades, de la autorización (con un ovillo de precios altos, bajos, desorbitados, basados o no en valor), utilización y sobreutilización de tecnologías poco coste-efectivas o menos efectivas que otras existentes, de perfiles beneficio-riesgo de algunas sesgados hacia la derecha, la contención del gasto, el evitable, los recortes, la demanda creciente de silos, el ya notorio despilfarro (*waste*), la fagocitosis creciente de la formación e información por la industria, y la comprobación reiterada de otras ineficiencias sistémicas.

¿Hay que investigar más, mejor o ambas cosas? A modo ilustrativo, si atendemos a las tres fases de la evaluación de tecnologías descritas por Schwarzer y Siebert, podríamos convenir en que, si bien es preciso hacerlo en la fase científica (la evaluativa propiamente dicha) y en la de políticas (cuando los juicios y valores sociales se incorporan en las evaluaciones para influir en las decisiones de política), hoy las priorizaciones deberían al menos instar a concentrar esfuerzos y recursos en la fase poblacional, aquella en la cual la información científica y las recomendaciones basadas en ella alimentan y moldean las decisiones, se aplican a través de las políticas, se someten a evaluación y ofrecen el fundamento para introducir correcciones.

Cualquier reflexión sobre este tema será algo menos incompleta si, primero, reitera (a riesgo y sabiendas de incurrir en saciedad) que sin buen gobierno añadido poco cabe esperar y, segundo, anima a responder preguntas tales como ¿es paradójico comprobar que investigadores y evaluadores, por un lado, y decisores por otro, heterogéneos todos ellos, se comporten y decidan homogéneamente como grupo sin alcanzar acuerdos?; ¿tienen estos actores necesidad e incentivos para cambiar sus comportamientos en relación con la toma de decisiones?; ¿qué incentivos y de qué características?; si tanto cuesta cambiar comportamientos en sus respectivas posiciones, ¿superan para cada grupo los costes de cambiarlos a los beneficios que ya obtienen en sus posiciones o que podría granjearles el cambio?, si deben terciar otros actores, ¿quiénes son los más idóneos para hacerlo?

Si las medidas de avance señaladas surten su efecto individual, pero no se cambian las reglas del juego ni se impulsan coordinada y simultáneamente todas acciones necesarias, no cabe esperar un progreso notable.

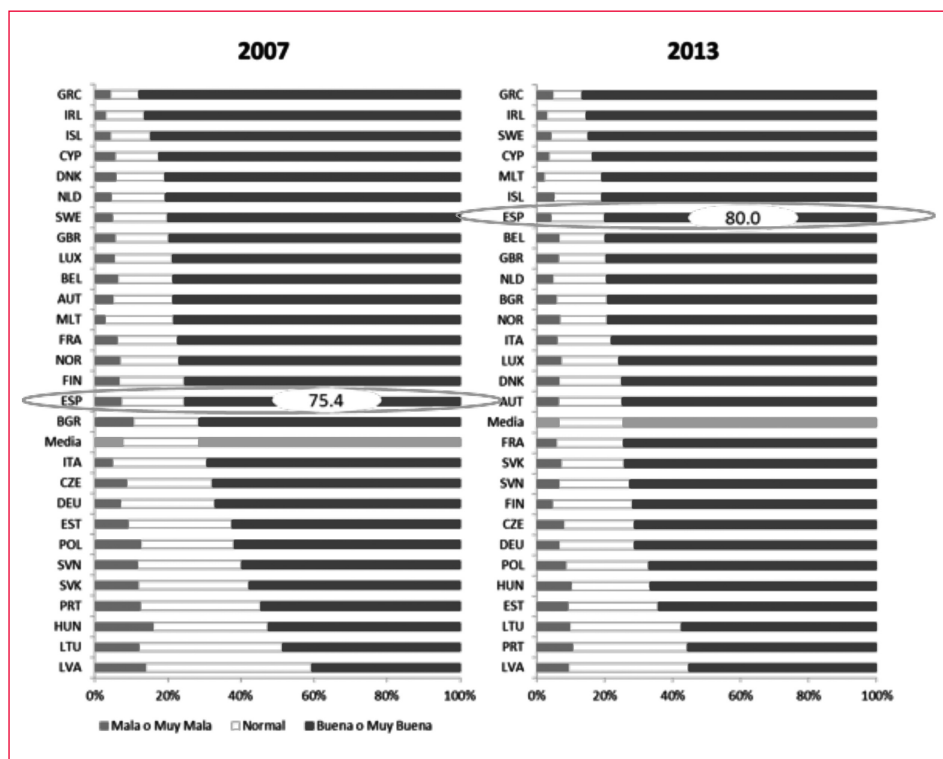
Carlos Campillo Artero
Investigador asociado CRES, UPF

APÉNDICES

Apéndice A. COMPARACIÓN INTERNACIONAL SALUD PERCIBIDA

En este apéndice presentamos información relativa a una comparación internacional sobre salud percibida. Pese a las limitaciones de este indicador (por ejemplo, subjetividad, sesgo cultural, etc.), es significativo la continuidad en la percepción sobre el estado de salud de los individuos en España como otro indicador positivo de los resultados generales del sistema sanitario en España. En los años 2007 y 2013, la proporción de individuos en España que consideran que su salud es buena o muy buena está por encima de la media de los países seleccionados en la Unión Europea. Por otro lado, el porcentaje de individuos que considera que su salud es mala o muy mala está por debajo de la media Europa y disminuye para este período pasando del 7,2% al 4,2%. Estos resultados podrían llevar a la conclusión de que la crisis económica podría estar relacionada con una mejor percepción de la salud de los ciudadanos. Sin embargo esta afirmación no sería rigurosa puesto que la autopercepción de la salud está influida por una serie de variables no directamente relacionadas con la situación económica de un país. La autopercepción de la salud debe analizarse con mucha precaución puesto que puede estar relacionada, por ejemplo, con la educación de los individuos (xxxiii) así como con la calidad de la atención sanitaria que reciben. Así, la autopercepción de la salud suele acercarse más a la evaluación de la salud que hacen los profesionales sanitarios en poblaciones con mayores niveles de educación.

Gráfico 40. Salud Percibida – 2007 y 2013 (62)



(62) Fuente: EU-Statistics on Income and Living Conditions survey.

Apéndice B. SUPUESTOS EMPLEADOS EN EL MODELO DE PROYECCIÓN SIMPLIFICADO PARA EL GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las proyecciones del coste de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas (CCAA) presentados en la Figura 4 (ver en la pág. 102), se basan en la evolución esperada de (a) la cantidad de población protegida por el sistema nacional de salud, y (b) el coste sanitario de las CCAA per cápita. Para el primero se han empleado las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística. Para el segundo se ha tomado el supuesto simplificado de que crecerá un 2.5% anual en términos reales. Este supuesto se encuentra en un rango robusto de estimación si se tiene en cuenta que,

- El nivel medio de crecimiento de esta variable para el quinquenio antes de la crisis (2003-2007) se situó por encima del 4%,
- La literatura sobre crecimiento del gasto sanitario coincide en que la elasticidad de esta variable en países de nuestro entorno con respecto a la renta de la población está en un rango entre 0.5 y 1 (xxxiv); y es esperable que tras los años de crisis la economía española recupere una senda de crecimiento consistente con los niveles de largo plazo,
- En los próximos 15 años se prevé que la población en España va a disminuir algo más del 2% mientras que la cantidad de personas con más de 65 años va a pasar de ser el 18% del total al 25.5%. Si asumimos que el gasto sanitario en personas mayores de 65 años está en línea con la media internacional – en torno al 40%, (xxxv) en los próximos 15 años el envejecimiento de la población causará un crecimiento gradual significativo del coste sanitario per cápita en términos reales. El modelo de proyección elegido tiene que ser reproducible.

Apéndice C. MEDIDAS ADOPTADAS RECIENTEMENTE EN EL SISTEMA SANITARIO

La crisis económica iniciada en España en 2008 supuso un incremento sin precedentes en los niveles de desempleo (desde una cantidad por debajo del 10% en 2008 hasta más del 25% en 2013) lo que a su vez redujo los niveles de consumo. Este efecto y otros como las inyecciones de fondos para el salvamento de entidades financieras, junto con la reducción de los niveles de inversión, elevó el nivel de déficit público hasta el 11% del Producto Interior Bruto (PIB) en 2009, e hizo que la deuda pública pasase de un 40% del PIB hasta un nivel cercano al 100% del PIB en la actualidad. Ante esta situación el Fondo Monetario Internacional y la Comisión Europea requirieron la aplicación de reformas para reducir el gasto público y permitir que el déficit volviese a los niveles impuestos en los acuerdos de Maastricht (esto es, un 3% del PIB). En este contexto, desde 2009 las diferentes administraciones en España han tomado medidas en el sistema sanitario con el objetivo de reducir el gasto (xxxvi).

El gasto sanitario per cápita había crecido en España, en términos reales, un 4,1% al año entre 2000 y 2009 (similar a la media de la OCDE) pero disminuyó un promedio cercano al 2% entre 2009 y 2012 (xxxvii). Por CCAA, la variación del gasto de los gobiernos autonómicos ha sido de un descenso del 20% en media entre 2009 y 2013, siendo Cantabria la comunidad con una reducción menor (7,9%) y Castilla la Mancha la comunidad con la mayor reducción en su gasto sanitario per cápita (28,5%) (xxxviii).

El Gobierno de España ha tomado medidas que afectan fundamentalmente al sector farmacéutico. En 2010, se introdujeron una serie de medidas para la contención

del gasto farmacéutico relacionadas con el sistema de precios de referencia, y reducciones obligatorias para los medicamentos genéricos. Por otra parte, en 2012 se llevó a cabo una reforma sanitaria cuyo objetivo era garantizar la sostenibilidad del sistema. Esta reforma incluía un diseño nuevo del sistema de copagos para la prestación farmacéutica, una reforma de la cartera común de servicios y la creación de una plataforma de compras centralizada para algunos medicamentos y productos sanitarios. Como consecuencia de las reformas de 2012, el gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas medidas disminuyó un 12,2% con respecto a 2011 (xxxix). Esta reducción de la factura farmacéutica es diferente en las CCAA con un rango entre el nivel mínimo en el País Vasco (8.1%) y un nivel máximo en Asturias y Castilla León (con un 15.4%). Además del descenso del gasto farmacéutico, el descenso del gasto público se ha debido a la reducción de los gastos en capital y la remuneración de personal. El resto de las partidas (por ejemplo, consumos intermedios y conciertos) han experimentado, en cambio, incrementos menores.

Las Comunidades Autónomas también han tomado una serie de medidas para hacer frente al reto de la sostenibilidad del sistema (63). En algunas CCAA, se han puesto en marcha distintas fórmulas de titularidad y gestión de los servicios sanitarios. En el denominado “Modelo Alzira”, lanzado en la Comunidad Valenciana, se gestiona la atención primaria por una entidad privada. Se respetan los derechos adquiridos del personal y se promueve su integración voluntaria a la empresa proveedora, el nuevo personal se contrata laboralmente y se utilizan sistemas de gestión privada. En Cataluña, la gestión de zonas básicas de salud se hace por “consorcios sanitarios”, empresas privadas sin ánimo de lucro que gestionan equipos de atención primaria mediante mecanismos privados de gestión.

Cabe resaltar las iniciativas en el País Vasco (xl) donde se ha puesto en marcha la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi” que intenta reorientar las organizaciones sanitarias hacia modelos que proporcionen una respuesta de calidad más eficiente para los pacientes crónicos. Las estimaciones para los países

(63) Las medidas adoptadas por las CCAA como consecuencia de la crisis económica en el sistema sanitario merecen un estudio exhaustivo quedando fuera del objetivo de este informe.

con una estructura demográfica similar a la de España muestran que el gasto para los enfermos crónicos se va a duplicar en una década. La motivación de la estrategia es la reducción del gasto sanitario mediante nuevas formas de gestionar la atención sanitaria para los crónicos mediante estructuras más integradas que supongan menos hospitalizaciones, re-hospitalizaciones, menor gasto farmacéutico, menor frecuentación a urgencias y una mayor satisfacción del paciente.

Vemos, por tanto, que en España se han tomado una serie de medidas para hacer frente a la crisis económica y estos cambios se han centrado fundamentalmente en reducir el gasto público. También ha habido, en menor medida, algunas medidas enfocadas a introducir más eficiencia en la gestión sanitaria e iniciativas cuyo objetivo es hacer frente a las que serán las necesidades sanitarias en el medio y largo plazo.

Apéndice D. OTRAS MEDIDAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL SISTEMA SANITARIO

En este Apéndice se recogen algunas sugerencias más centradas en la realidad institucional de España.

Mejor gobierno y más cohesión

Mejorar la gestión de las instituciones sanitarias requiere de una mejor calidad de la política y de las instituciones y una mayor conexión con las necesidades de los ciu-

.....
Un Consejo Interterritorial del SNS más ejecutivo
.....
dadanos. Para asegurar igualdad en el acceso al sistema, se debe reforzar la cohesión del sistema con los mecanismos de gobernanza del mismo. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud juega un papel en la cohesión del Sistema Nacional de Salud y puede ser un eslabón básico en la gestión de un sistema sanitario al servicio de los ciudadanos. Una opción sería reformar y desarrollar la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud para conferir un carácter más ejecutivo al Consejo Interterritorial y permitir que sus decisiones se tomen por mayoría simple. La Administración General del Estado tendría una mayor capacidad para conseguir la cohesión interterritorial y mantener la calidad y equidad del sistema (ej. nuevos mecanismos para diseñar el fondo de cohesión territorial).

Otra opción es avanzar en el establecimiento de órganos de gobierno participados por todas las administraciones sanitarias cuyos acuerdos resulten de obligado cumplimiento para garantizar condiciones universales e igualitarias en todo el país. En

este sentido ya existe el antecedente de la Conferencia de Presidentes celebrada en 2005 que abordó los principales retos del sistema sanitario. Canadá también celebra encuentros periódicos entre el Gobierno de Canadá y los gobiernos de las provincias para acordar programas e iniciativas con influencia en todo el país. El nuevo órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud rotaría su presidencia entre las diferentes administraciones sanitarias y tendría un mecanismo de gobernanza que evitara politizar las decisiones y actuaciones. También tendría funciones para gestionar un Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud cuyos fondos se destinen a corregir desigualdades entre regiones en resultados de salud resultantes de los principales causantes de la morbi-mortalidad en cada región.

Nuevos órganos de gobierno participados por todas las administraciones

Sea cual fuere el órgano que de cohesión al sistema también debería seguir avanzando en acuerdos relacionados con ciertos puntos, incluyendo:

- Sistema de Información incluyendo el estudio de la evolución del gasto para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.
- Planificación estratégica del sistema, incluida la política de construcción de nuevos centros, centros de referencia, introducción de nuevas tecnologías, evaluación de acceso al sistema.

Más información e información de más calidad

Siguiendo con lo tratado en la Sección 3.1, para poder evaluar el funcionamiento del sistema hay que tener información precisa sobre su desempeño. En España ya hay experiencias interesantes como la labor que está desarrollando el Instituto de Información Sanitaria publicando los indicadores clase del Sistema Nacional de Salud de manera agregada para todo el país y desagregados por comunidad autónoma (xli) desde hace muy poco. No obstante, hay margen para seguir avanzando en esta línea para que la mayor transparencia ayude a reducir la variabilidad en el

desempeño de los centros de atención, tanto en calidad como en eficiencia. Por ejemplo, los indicadores podrían ser a un nivel más desagregado (ej. centro de atención sanitaria) y con una mayor frecuencia para poder facilitar el estudio de la evolución en el tiempo. También sería interesante incorporar a todo el sistema (público, privado y concertado). Estos indicadores serían esenciales para la fijación de objetivos en materia sanitaria.

En esta línea, hay experiencias interesantes en otros países. Por ejemplo Suecia elabora anualmente un informe sobre los resultados de los hospitales incluyendo medidas de calidad clínica, satisfacción de pacientes, tiempos de espera y eficiencia. En Alemania, los hospitales reportan un amplio conjunto de indicadores de calidad a una agencia independiente. Esa información permite a los pacientes comparar el desempeño de los hospitales para distintas enfermedades o procedimientos. En Ontario (Canadá), *Health Quality Ontario*, recoge una serie de indicadores que evalúan la calidad de la atención sanitaria. Además, *Health Quality Ontario*, publica informes que evalúan los resultados del sistema tanto en su conjunto como de diferentes sectores o temáticas (ej. atención primaria, seguridad del paciente, atención a la dependencia, etc.).

Mayor autonomía de gestión

Una mayor autonomía tanto en la gestión de los centros sanitarios así como de los profesionales sanitarios supone un mayor control sobre los recursos y su uso en la práctica clínica. Esto puede redundar en una mayor eficiencia y una mejora de la calidad clínica y de servicio. En este sentido, sería interesante diseñar la estructura organizativa sanitaria dando autonomía a cada centro sanitario con mecanismos de medición de los resultados en salud y evaluación continua. Se podrían considerar centros de provisión de servicios sanitarios con contratos de compra de servicios que aseguren una mayor autonomía de gestión, a cambio de la consecución de unos compromisos de calidad clínica, calidad de servicio y eficiencia incluyendo la gestión de las listas de espera con mayor transparencia y con criterios de prioridad clínica.

En Suecia, se han establecido incentivos a la eficiencia a través de contratos trienales a los centros de atención. El nivel de actividad se asocia a una remuneración específica dando libertad a cada centro para que gestione su actividad y recursos (xlii). Si los objetivos del centro proveedor se cumplen, incluyendo los objetivos clínicos, y hay superávit, parte del mismo se puede utilizar en el propio centro.

Financiación

Las reglas que determinan la financiación del sistema pueden establecer un marco de incentivos que fomente ganancias en la eficiencia del sistema. En este sentido, si el objetivo es seguir mejorando la cohesión del sistema para que el acceso a un determinado grupo de prestaciones básicas sea equitativo para todos los ciudadanos independientemente de la región en la que residan, sería interesante seguir avanzando en medidas adicionales que incentiven que las CCAA aseguren la provisión de las prestaciones básicas acordadas por todas las administraciones sanitarias. Por ejemplo, se podría vincular la recepción de fondos estatales al mantenimiento de unos estándares autonómicos mínimos de calidad en la provisión de prestaciones sanitarias.

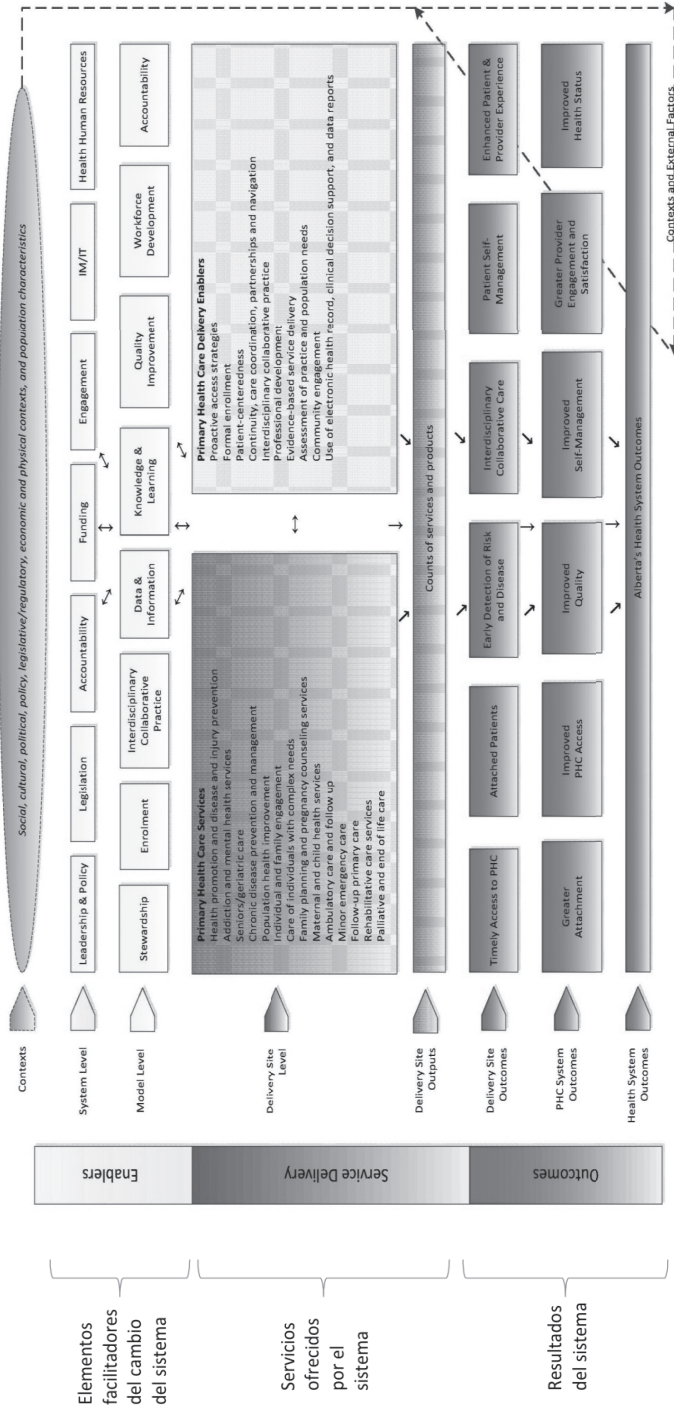
Otra opción a analizar sería asociar la financiación del sistema con las reglas generales de funcionamiento del sistema. Se podría ligar la financiación no a la cartera de servicios sino a unas características comunes o reglas generales de funcionamiento que las autoridades regionales deberían garantizar. Este es el caso de Canadá, donde la contribución federal a la financiación sanitaria de las Provincias depende de que las mismas mantengan las condiciones esenciales del sistema (administración pública, asistencia sanitaria, universalidad, accesibilidad y portabilidad) con transferencias adicionales para las regiones con un nivel de renta menor (xliii). La financiación se liga así a las reglas que definen el funcionamiento del sistema y no servicios sanitarios concretos. La financiación sanitaria debería en este caso ser un capítulo específico de financiación a las CCAA.

Apéndice E. CLASIFICACIÓN PAÍSES ISO 3166

País	Código ISO 3166	País	Código ISO 3166
Australia	AUS	Irlanda	IRL
Austria	AUT	Israel	ISR
Bélgica	BEL	Islandia	ISL
Bulgaria	BGR	Italia	ITA
Brasil	BRA	Japón	JPN
Canadá	CAN	Corea	KOR
Suiza	CHE	Lituania	LTU
Chile	CHL	Luxemburgo	LUX
China	CHN	Letonia	LVA
Chipre	CYP	México	MEX
República	CZE	Macedonia	MKD
Checa		Malta	MLT
Alemania	DEU	Holanda	NLD
Dinamarca	DNK	Noruega	NOR
España	ESP	Nueva Zeland	NZL
Estonia	EST	Polonia	POL
Finlandia	FIN	Portugal	PRT
Francia	FRA	Rumania	ROU
Reino Unid	GBR	Rusia	RUS
Grecia	GRC	Eslovaquia	SVK
Croacia	HRV	Eslovenia	SVN
Hungría	HUN	Suecia	SWE
Croacia	HRV	Turquía	TUR
Indonesia	IDN	EEUU	USA
India	IND	Sudáfrica	ZAF

Apéndice F. LOGIC MODEL FOR ALBERTA'S PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM

Logic Model for Alberta's Primary Health Care System



Primary Health Care Branch, Alberta Health November 14, 2013

REFERENCIAS

- (i) The World Health Report 2000. *Health systems: improving performance*. Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- (ii) The World Health Report 2000. *Health systems: improving performance*. Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- (iii) Smith, P. y Papanicolas, I., 2012. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and Research*. Geneve: WHO.
- (iv) Smith, P. y Papanicolas, I., 2012. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and Research*. Geneve: WHO.
- (v) Aiken, L. H. et al. 2012, "Patient Safety, Satisfaction and Quality of Hospital Care: cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and in the United States", *British Medical Journal*, Vol. 344, p. e1717.
- (vi) WHO, 2011. *Global Health and Aging*, Ginebra: WHO.
- (vii) Insights, Debate on the Issues, 2015. *Health systems are still not prepared for ageing population*, (Consultado 20/05/2015. Disponible en: <http://oecdinsights.org/2015/04/29/health-systems-are-still-not-prepared-for-an-ageing-population/>)
- (viii) Public Health England, *Health risk and adult obesity* (Disponible en http://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/obesity_and_health/health_risk_adult, consultado 23/05/2015); OECD, 2010. *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*. Paris: OECD.
- (ix) OECD, 2010. *Obesity and the economics of prevention Fit not Fat*. Paris: OECD.
- (x) Public Health England. *Health risks of childhood obesity*. (Disponible en: https://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/obesity_and_health/health_risk_child, consultado 25/05/2015).
- (xi) Duffy MJ, et al., Validated biomarkers: The key to precision treatment in patients with breast cancer, *The Breast* (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.breast.2016.08.009>

- (xii) Jameson J.L., Longo D.L.. Precisión Medicine – Personalized, Problematic and Promising. *N Engl J Med* 2015 Jun 4;372(23):2229-34.
- (xiii) World Health Organization. Biomarkers & Human Biomonitoring. Children's Health and the Environment. WHO Training Package for the Health Sector. October 2011.
- (xiv) Hodi FS, et al. Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *N Engl J Med* 2010; 363:711-723.
- (xv) Cancer Research Institute. What is cancer immunotherapy? 2014. <http://www.cancerresearch.org/cancer-immunotherapy/what-is-cancer-immunotherapy#sthash.b4NeQEhi.dpuf>
- (xvi) Kantoff PW, et al., IMPACT Study Investigators. Sipuleucel-T immunotherapy for castration-resistant prostate cancer. *N Engl J Med* 2010; 363:411-422
- (xvii) Wolchok, J. D., Hoos, A., O'Day, S., Weber, J. S., Hamid, O., Lebbé, C., ... & Humphrey, R. (2009). Guidelines for the evaluation of immune therapy activity in solid tumors: immune-related response criteria. *Clinical Cancer Research*, 15(23), 7412-7420
- (xviii) de la Rica, S. y Anghel, B., 2014. "Los parados de larga duración en España en la crisis actual". Fundación Alternativas.
- (xix) Karsten, P. y Moser, K., 2009. "Unemployment impairs mental health: meta-analyses". *Journal of Vocational Behaviour*, 74 (3): 264-282.
- (xx) Dhaval, D. M. y Inas Rashad, K, 2010. *How does the Business Cycle Affect Eating Habits?* NBER Working Paper No. 16638.
- (xxi) Munster, E. et al. 2009, *Over-indebtedness as a maker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study*. BMC Public Health.
- (xxii) European Commission, 2014. *The 2015 Ageing Report*. Brussels: EC.
- (xxiii) Fundación COTEC para la Innovación tecnológica, 2014. Informe COTEC: Tecnología e Innovación en España.
- (xxiv) OECD, 1998. *Best Practice Guidelines for Evaluation*. PUMA, Policy Brief N.5.
- (xxv) Office of Adolescent Health and Administration of the US Department of Health and Human Services. Tips and Recommendations for Successfully Pilot Testing Your Program (Consultado el 09/05/2015.). Disponible en http://www.hhs.gov/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/training/tip_sheets/pilot-testing-508.pdf

- (xxvi) Peiró S, Meneu R. Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión. Blog Nada es Gratis, FEDEA, 27/12/2012. (Consultado el 01/05/2015.) Disponible en <http://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/eficiencia-en-la-gestion-hospitalaria-publica-directa-vs-privada-por-concesion>
- (xxvii) Peiró, S. Colaboraciones público-privadas: ¿qué sabemos hasta ahora? XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. Crisis y horizontes de reforma de los sistemas de salud. Santander, 18-21 de junio de 2013.
- (xxviii) Arenas C. Eficiencia de las concesiones administrativas sanitarias de la Comunidad Valenciana. Sedisa s. XXI. Sociedad Española de Directivos de la Salud. 2013. Disponible en: <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article373>
- (xxix) F.I. Sanchez-Martinez et al. 2014. Informe SESPAS. *La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014*. Gaceta Sanitaria, 28 (S1): 75-80.
- (xxx) Ver <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/pages/default.aspx>
- (xxxi) Ver <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php#social>
- (xxxii) World Health Organization, 2007. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Disponible en www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf
- (xxxiii) Sen, Amartya, 2002, "Health: perception versus observation", BMJ, 324: 860-1.
- (xxxiv) European Commission, 2014. *The 2015 Ageing Report*. Brussels: EC.
- (xxxv) OECD, 2013. *Public Spending on Health and Long Term Care: A New Set of Projections*.
- (xxxvi) <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/>
Asociación de Economía de la Salud. Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. Barcelona, noviembre, 2013.
- (xxxvii) OCDE, 2014. *Health at a Glance*. Ginebra: OCDE (Consultado el 04/06/2015) Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014_health_glance_eur-2014-en

- (xxxviii) Perez Garcia, F. (dir), 2015. Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades. Valencia: Fundación BBVA e IVIE.
- (xxxix) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012 (Consultado el 11/05/2015) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
- (xl) Nuño, R. y Piñera, K. Strategy for tackling the challenge of chronicity. Health Policy Monitor. (Consultado el 11-05-2015.) Disponible en: <http://www.hpm.org/es/a16/1.pdf>
- (xli) http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
- (xlii) Glenngård, AH., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A. y Bankauskaite, V., 2005. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- (xliii) Información disponible en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>

AUTORES

Elisa Díaz Martínez

Es economista, máster y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Oxford y por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de la Fundación Juan March.

Actualmente es Directora del Laboratorio de la Fundación Alternativas siendo responsable de la definición y coordinación de un programa de estudios y análisis en el área socioeconómica y en el área de políticas para avanzar en la resolución de los retos de las sociedades avanzadas.

Ha sido asesora en el Gobierno de Ontario (Canadá) en proyectos de estrategia, diseño e implementación de políticas sanitarias y sociales. Ha sido Directora del Kozmetsky Center of Excellence in Global Finance de la St. Edward's University (Austin, Tejas) y Asesora en sanidad, educación y políticas sociales en la Oficina Económica del Presidente del Gobierno de España.

Sus áreas de investigación e interés son las desigualdades sociales, especialmente en las áreas de sanidad y educación, así como en el diseño y evaluación de políticas públicas.

Juan Ernesto del Llano Señarís

Licenciado en Medicina y Cirugía (1981) y Doctor en Medicina (1990) por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MIR 1982-85, Hospital La Paz). M. Sc. Community Health, Usher Institute, University of Edinburgh (1985-86). European Healthcare Leadership Programme, INSEAD (1999-2000). Programa de Alta Dirección de Instituciones Sanitarias, IESE,

Universidad de Navarra (2004). Advanced Health Leadership Forum, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona y University of California, Berkeley (2005). Salzburg Global Seminar, ediciones 1994 y 2015.

Desde 1998 es Director de la Fundación Gaspar Casal. Desde 1989 es Director Académico y profesor de Salud Pública y Gestión Clínica del Master de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal y Universitat Pompeu Fabra (anterior al 2000, ICADE-UPCO). Presidente de la Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, desde 2003. Editor Asociado de Gestión Clínica y Sanitaria, desde 1999. Investigador Asociado del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES), Universitat Pompeu Fabra, desde 2000.

Evaluador del Área de Biomedicina, Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Profesor Ayudante Doctor, Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (PAD: 2012-7582).

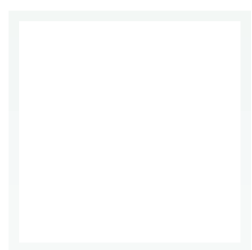
Ha sido Asesor de la Subdirección General de Atención Hospitalaria del Instituto Nacional de la Salud (1987); Vicepresidente Ejecutivo de la Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española (1988); Socio Director de Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A. (1989-1996) y Gerente Senior de Nuevos Clientes de MSD (1997).

Jordi Gol Montserrat

Graduado en Economía por la Universidad Complutense de Madrid. Especialidad de Análisis Económico. Master's Programme in Decision Support and Risk Analysis, Stockholm University. Actualmente es Coordinador de Investigación en la Fundación Gaspar Casal. Ex Pasante en la iniciativa PROVAC -creada para fortalecer la capacidad técnica en los países para la toma de decisión basada en evidencia ante la introducción de una nueva vacuna de la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC. Ex Pasante en la Consejería de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente de la Embajada de España en Estados Unidos, Washington DC.

G A S

P A R



C

A

FUNDACION



PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL
DESARROLLO DE LA SALUD
www.fgcasal.org

MERCK

