



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2022 – 14

**El Relato: VII Programa Experto en Política Sanitaria y
Farmacoeconomía ***

Innovación sanitaria. Conocimiento. Evaluación

Eusebio J. Castaño Riera

Conselleria de Salut de les Illes Balears



*Congreso dirigido y coordinado por el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra (UPF), con el soporte institucional de la Conselleria de Salut de les Illes Balears y con la colaboración de Novartis.

La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, octubre 2022

Relato: VII Programa Experto en Política Sanitaria y Farmacoeconomía Innovación sanitaria. Conocimiento. Evaluación

Eusebio Castaño, Conselleria de Salut de les Illes Balears

Introducción

Este relato no pretende resumir lo expresado por todos los expertos que han presentado sus trabajos porque, en ese caso, no pasaría de ser una mala copia del original. Tampoco pretende ser un texto científico ni académico, ni siquiera uno de prensa rosa.

Si seguís leyendo, encontraréis una interpretación sesgada de lo que yo entendí, de las ideas que se fueron relacionando a partir de lo que nos iban explicando y de alguna resultante de 16 horas y 45 minutos de ciencia.

Me permito también la licencia de no seguir la cronología de las ponencias, mesas y debates tal y como figuraban en el programa y tal y como sucedieron.

Por último, para acabar con las premisas previas a la lectura de este texto, resaltaré los entrecomillados que a modo de titulares entiendo que podríamos destacar de las distintas intervenciones. Y también advierto que no obviaré algunos tópicos que no por esperados dejan de ser relevantes.

En cualquier caso, yo soy el único responsable de lo escrito y asumo que puedo haberme equivocado y malinterpretado algo o mucho de lo que se dijo. Pido disculpas de antemano si alguno de los expertos no ve reflejado correctamente lo que nos enseñó.

Como primera impresión creo que todos los que allí estuvimos estaríamos de acuerdo en decir que se cumplieron los objetivos relevantes del programa: ponernos al día y debatir pausada, intensa y hasta vehementemente sobre la innovación sanitaria, su conocimiento y su evaluación, centrada en los medicamentos, aunque extrapolable a otros ámbitos de la innovación.

El Relato

Empezamos con dos grandes preguntas: **¿la reforma de la Administración es la solución para mejorar la gestión sanitaria?** y **¿sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la innovación actual y futura?**

A la primera pregunta, **Víctor Lapuente**, desde Göteborg, respondió contundentemente que Sí. Si bien introdujo cuatro aspectos esenciales a tener en cuenta para abordar dicha reforma: meritocracia, desburocratización, transparencia y mestizaje ideológico.

Los tres primeros ampliamente conocidos y comentados, el último, entendido como la fusión de ideas y principios de las derechas y las izquierdas políticas, utilizando como hilo conductor el caso de Nueva Zelanda.

Algunos detalles a destacar:

1. Meritocracia:

“Más profesionalismo está correlacionado con menos corrupción”. En España tenemos un amplio margen de mejora, con una posición media en los rankings mundiales, somos de los países que pensamos que frente al amiguismo a la hora de elegir a los gestores deberíamos enfrentar el profesionalismo, pero falta que lo pongamos en práctica. Aunque también advierte que la politización cero tiene problemas al potenciar la tecnificación sin implicación, y cita el caso de Suecia en la gestión de la pandemia.

2. Desburocratización

Fuerte burocratización tanto de los procedimientos como en la gestión de los RRHH en España. “Mucho control y poca confianza”.

Además, nos falta ampliar los perfiles profesionales hacia el grupo de STEM (Science, Technology, Engineering, Maths). También se identifica desinterés por parte de las jóvenes generaciones en alcanzar el estatus de funcionario con todo lo que ello supone.

3. Transparencia

La política de transparencia mejora a la larga la confianza de la población. La gestión de la pandemia es un claro ejemplo de error en la transparencia.

Llegados a este punto aparece uno de los primeros tópicos del debate, la responsabilidad de los medios de comunicación en las percepciones que llegan a la población. Además, apunta que la pluralidad externa que existe en los medios, marcada por su afinidad política, no incluye pluralidad interna en esos mismos medios.

4. Mestizaje ideológico

El caso de Nueva Zelanda es un ejemplo de que se pueden combinar políticas de derechas con políticas de izquierdas. Por ejemplo, utilizar una fuerte externalización de servicios a la que se contrapone una internalización de talento con diseño de evaluación pública por profesionales públicos.

Y además conocimos la RX del paciente español, sus percepciones, actitudes y creencias. Vamos mucho al médico, valoramos bien la sanidad pública, pensamos que hay trato de favor para algunos ciudadanos, hay más percepción de corrupción que en otros EEMM UE, aunque en general no se ha experimentado esta corrupción en España, desconfiamos de los políticos y demás, somos bastante de izquierdas, somos temerosos/prudentes y evitamos la incertidumbre. También se ha contrastado que existe una importante variabilidad entre CCAA, y poder vernos en la comparación entre países y entre regiones nos pone.

Entrado en el debate se habló de corrupción, transparencia y confianza. Y este eje nos ha permitido hablar del papel de la ignorancia, de las distintas religiones y de los medios de comunicación.

La segunda gran cuestión del programa se le planteó a **Vicente Ortún, ¿sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la innovación actual y futura?**, en una sesión abierta desarrollada en la **Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears**.

La respuesta de Vicente fue contundente: tenemos músculo suficiente en cuanto a cantidad y calidad de datos y conocimiento de métodos por lo menos para la innovación actual. “Aunque todavía podemos tener resistencias porque evaluar NO es de compañeros”.

Nos recordó las distintas facetas que hay que considerar cuando hablamos de innovación y apuntó que “la innovación es hija de la necesidad y es la forma de avanzar cuando te enfrentas a problemas (competencia)”.

La hora de discurso de Vicente sirvió también para recordar seis referencias bibliográficas de Carlos Campillo, a modo de un sentido homenaje a su memoria, en las que se encuentran varias claves para responder a la pregunta sobre la utilidad del instrumental de la evaluación económica para la innovación actual y futura.

Respondida y referenciada la pregunta hay que pensar y poner en el debate “cosas gordas”: ¿de qué depende la mortalidad?; ¿lo que gastamos en sanidad vale lo que cuesta?, porque “hay una parte muy importante del gasto que no sirve para nada y se hace, y hay cosas que no se hacen y que, sin embargo, sirven”; y ¿el bienestar?, puestos a evaluar, evaluemos las políticas que tienen que ver con el bienestar.

Y advirtió a los presentes en Can Campaner que, mencionando el calentamiento global: “no habrá bienestar humano en un planeta enfermo”, hablando de desigualdad: “la pobreza no puede ser dinástica”; sentenciando que: “hacen falta ciencias y letras para que el mundo sea un hogar” y que “no necesitamos más estado sino mejor estado”.

La prensa local también destacó un titular. “Si las patentes no existieran no habría que inventarlas”¹.

Y en el blog de AES, Economía y Salud tenéis una entrada de Vicente Ortún con el texto y referencias que apoyaron su presentación², texto publicado también como Health Policy Paper del CRES-UPF.

Actualización internacional: Perspectivas en terapias avanzadas desde el punto de vista de los proveedores y del mercado

Un componente consolidado de este Programa es conocer la realidad más actual de lo que se está haciendo en Europa. Este año, **Mireia Jofre-Bonet (Office of Health Economics (OHE), Reino Unido, y Lisbeth Waagstein (OCDE)**, nos aportaron la perspectiva desde el punto de vista de proveedores y del mercado.

Bajo la perspectiva de los proveedores destacaron los retos en la generación de evidencia clínica, los elevados costes de la innovación, incorporar la incertidumbre en las decisiones, y se abrió un primer debate que iría apareciendo en distintas ocasiones a lo largo de las sesiones: ¿cuál es el valor real y cómo se mide? “Necesitamos mejorar la definición de VALOR”.

Una reflexión que también sobrevoló toda la jornada fue que tenemos que ser conscientes que “los costes de hoy son más importantes que los descuentos del futuro”. Y que no va a quedar más remedio que mejorar en transparencia y compartir datos, de modo que se fortalezca la base de información para el debate público.

Desde la perspectiva del mercado, “es complicado establecer políticas de salud para que la inversión sea atractiva para la industria, a la vez que se garantice equidad y costes”.

Otra enseñanza que nos llevamos a casa fue la de conocer cómo se estructura organizativa y funcionalmente la OECD.

De la mano de **Ricard Meneu** iniciamos la sesión de **trabajo en grupo para abordar la visión desde las CC.AA.**

La primera idea que se puso sobre la mesa fue que bajar a la realidad es chocar con la realidad, y que esta sesión podría titularse “el momento en el que vamos a llorar”.

Entre los problemas se destacaron, por una parte, la falta de transparencia y de rendición de cuentas. También se comentaron los problemas en la selección de pacientes, en la calidad de la información recogida y en el ruido mediático que genera este tema tan sensible, y el papel que tienen en la historia los medios de comunicación.

No parece que debería haber problemas en la gestión centralizada de la información que manejamos por el volumen de pacientes del que estamos hablando, pero deberíamos conseguir un entorno de confianza.

En estos momentos entró en escena otro de los esperados en la jornada: VALTERMED. Una herramienta válida para obtener información clave para poder evaluar (y reevaluar) los medicamentos en la práctica clínica habitual y que ayuda a reducir la incertidumbre en la toma de decisiones. Pero se hace indispensable desburocratizar la herramienta reduciendo la carga administrativa que está recayendo sobre los profesionales.

Un comentario compartido en el debate fue ¿cuánto nos está costando la información que genera VALTERMED? y ¿quién paga por esa información? Que además se relacionó con la necesidad de acceder a los datos recogidos de forma pública y transparente.

Una reflexión que también se puso sobre la mesa fue “¿Cómo convivimos con el coste de oportunidad en estos casos?, porque un CAR-t salva una vida, pero sacrifica QALYS de muchas otras personas que quedan desplazadas, y los desplazados no se visualizan”.

En el día a día de la gestión de la innovación se habló también de las diferencias territoriales y de acceso a la misma. A pesar de que hay comités que seleccionan, deciden, e intentan salvaguardar la equidad en el acceso, la realidad es que existe desconcierto entre gestores y clínicos de territorios pequeños y hospitales pequeños, por ejemplo, en las decisiones de desplazar a pacientes a otras CCAA para acceder a los CAR-t. Las CCAA que se han quedado fuera esperan que, en actualizaciones posteriores, puedan incorporarse a poder implementar esta innovación en sus territorios.

Y en el caso de que no vaya bien, se tienen que “asumir pagos por fracaso porque la tecnología innovadora nos lleva a poner el precio para una promesa”.

En el trayecto por el que circulamos se incorpora al debate el coste que para el sistema público está teniendo y va a tener en el futuro esta innovación tan cara, y si la situación de nuestro déficit público podrá soportarlo. El déficit público en España es muy peligroso, estamos viviendo por encima de nuestras posibilidades, gastamos hasta 6 puntos más de lo que recaudamos, y eso tiene que tener un límite.

El Gran Hermano de Bruselas nos observa, aunque ha hecho la vista gorda por la pandemia, pero pronto volverá a fijar su objetivo de nuevo en el gasto público para advertirnos de los problemas que tenemos como país endeudado.

El debate se enriquece con opiniones complementarias o incluso enfrentadas. “Ser un país que gasta más de lo que ingresa no tiene que estar focalizado en uno o varios medicamentos nuevos muy caros, habrá que revisar todo el gasto de país”. “El SNS es poco sensible a los cambios organizativos pero muy sensible a incorporar la innovación tecnológica”. “Frente a la alternativa de producir desde lo público está comprar, y ¿qué es mejor?”.

Y también se enriquece con ejemplos y referencias que nos ayudan a comprender dónde estamos realmente. Una imagen interesante fue visualizar que desde el punto de vista de un buen padre de familia puedes tomar dos decisiones para esta situación en la que nos encontramos: “o anclas el gasto para lo banal y aumentas el coste de oportunidad o aumentas la financiación”. Además, como que “no sabemos hacer evaluación económica entre sanidad y educación, no queda otra que confiar en el criterio político para sacar más para sanidad y menos para otras cosas”. En sanidad anclar el gasto es “dar codazo a QALYS de otras cosas”, lo que incluye también visitar el aumento de ingresos con copagos y decidir lo que se financia desde lo público y lo que se paga por el usuario.

Con todo, también se habló de que entre anclar el gasto y aumentar la financiación, está mejorar la eficiencia. Y se apuntó, por ejemplo, a los tratamientos al final de la vida.

La réplica a esta idea surgió de inmediato, “eso supone racionalizar el gasto, en definitiva, ordenar y quitar, incluso cosas que son efectivas pero caras, y que vamos a ir incorporando, por ejemplo, innovación, en la medida que limpiemos”.

La inversión en investigación nos permitirá ahorrar en el futuro. Hay que romper dinámicas para avanzar: por ejemplo, convencer a hacienda que nos deje contratar a data managers para mejorar los sistemas de información y así descargar a los médicos de tareas burocráticas y que puedan hacer de médico. En España, la investigación es excelente, se sitúa en el TOP15 del mundo con resultados en investigación muy por encima del gasto. Fallamos en innovación (bajamos al TOP40) porque descapitalizamos a los investigadores. Hay falta de flexibilización en la manera de trabajar para incorporar nuestras innovaciones.

Una de las experiencias positivas de la pandemia fue que no había diferencias entre batas y corbatas. Se logró una gran motivación. La pregunta que está ahora sobre la mesa es si en post-pandemia, ¿seremos capaces de motivar a los profesionales para lo que viene? Confiamos que lo podemos hacer, pero no sabemos cómo. En este sentido, se recordó que en la

innovación tecnológica no prestamos interés en la innovación organizativa, y de esto ya hablamos hace 5 años en este mismo foro, y lo que viene es cualitativamente mucho mayor. No va a quedar más remedio que cambiar la forma de trabajar, eso inevitablemente traerá decisiones duras, y la respuesta a esta pregunta vendrá de los incentivos que se esté dispuesto a poner sobre la mesa.

¿Y los pacientes, qué tienen que decir? ¿Y qué importancia tienen los medios de comunicación en las peticiones de los pacientes? Los pacientes se agrupan en lobbies que presionan, y quien tiene que decidir no se va a enfrentar únicamente a introducir o no la innovación. No son solo la investigación y la eficiencia, “se trata de un campo que no es pacífico en el que los pacientes van a presionar de la mano de los medios de comunicación”. “A los pacientes hay que escucharlos, con mucho menos paternalismo y con más profesionalidad”.

A las 13 horas del día 19, casi 6 horas después de haber empezado el programa, aparece uno de los temas recurrentes en estas jornadas y que no podía faltar: “el diferente trayecto entre lo que hay que hacer y lo que realmente se hace se resolvería con un organismo independiente que ayude a la toma de decisiones, el HISPANICE”. Y dos temas acompañan esta aparición estelar. Por una parte, si los profesionales han resuelto los problemas organizativos, como hemos visto en la pandemia, ¿no será que se ha agrandado la diferencia entre macro y micro gestión con una meso gestión que se ha adelgazado? En este caso el HISPANICE podría ayudar poniendo un poco de vaselina en este engranaje. La segunda cuestión tuvo que ver con la pregunta de: ¿por qué a estas alturas aún no tenemos el HISPANICE?, y se apuntó a la falacia de la causalidad inversa: necesito un NICE para resolver los problemas, pero si prefiero estar como estoy y no quiero resolver los problemas, ¿para qué quiero un NICE?

Con todo, se puntualizó que durante la pandemia la micro fue de la mano de la meso porque la macro había desaparecido. La unión de meso y micro mejorarán en calidad. Pero ahora, que estamos volviendo a la normalidad, estamos dejando de lado a los profesionales. Hay que cambiar las estructuras organizativas de los hospitales. Es la oportunidad de cambiar las estructuras organizativas y no lo estamos haciendo. La estructura gerencia/servicio en los hospitales está saturada.

Acabada la catarsis de las CCAA, sin demasiado llanto y con mucha propensión a la reconstrucción con vistas a un futuro a corto y medio plazo, se retomó la idea inicial del debate: la innovación. La pregunta la lanzó Guillem López-Casanovas directamente a la industria representada en la sala por Novartis: ¿cómo ve Novartis la idea de los pagos aplazados? La respuesta apuntó a que el problema no reside en la adaptación de la compañía farmacéutica, el problema está en que la administración pública no está preparada todavía para ello.

Conferencia invitada. César Hernández García (Director General de Cartera Común de Servicios del SNS). Perspectivas en terapias avanzadas: la visión de la administración.

La última hora es que desde la administración central se está trabajando en una reforma de la Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios para antes de final

de año, con el hándicap añadido de que, como pretende entrar tanto en detalle, se asemeja más a un Real Decreto o incluso a una orden ministerial.

La situación de partida no es buena para nadie. Precios de nuevos medicamentos cada vez más y más caros, precios de viejos medicamentos cada vez más y más baratos

Estamos ante una crisis de acceso, muchos de los que están no tendrían que estar y algunos de los que no están deberían estar. Y esto sin tener en cuenta su valor.

Y a las 15.30 de la tarde se incorpora otro clásico de este programa: el *horizon scanning* y el mapa de nuevos fármacos aterrizando de Toni Gilabert.

“La presión por el acceso precoz no va disminuir y cuanto más precoz, menos sabremos de él”. Eso nos crea problemas porque se paga mucho cuando sabemos poco y pagamos poco cuando sabemos mucho. Con lo que no queda más remedio que agilizar la toma de decisiones y además con la posibilidad de revisitarlas.

En esta inmediatez de la necesidad de tener información para tomar decisiones, vuelve a aparecer inevitablemente el HISPANICE.

La política farmacéutica debería centrar sus esfuerzos en responder a tres preguntas: ¿cómo incorporamos nuevos productos?; ¿cómo lo hacemos competitivamente saludable?; ¿cómo aceleramos los tiempos en la toma de decisiones para incorporar la innovación?

Y otras ideas a considerar: “el posible reposicionamiento de viejos medicamentos sin pasar por la casilla de salida”, que “el uso compasivo, fuera de indicación, debería ser gratuito”, que “la decisión de precio de financiación puede no ser definitiva” y finalmente que “sepamos explicar el porqué a la opinión pública y a los lobbies de presión cuando se toma la decisión de no financiar”.

También se incluyó en el debate y comentarios la política de genéricos, la recuperación de medicamentos viejos mejorando precios, el reconocimiento de la pequeña innovación, el peligro para el sistema de los by-passes (uso compasivo, medicamento extranjero, etc...), la negociación de la fase de pre-autorización con las compañías, agilizar la normativa reguladora, poner en valor el trabajo de las distintas comisiones y el consenso que se logra entre CCAA y Ministerio y que da tranquilidad, y que la necesidad de mejorar en transparencia y no dejar fuera del consenso al resto de agentes implicados se podría conseguir con una agencia independiente.

Pasamos a la mesa **Discriminación de precios, competencia en el sector farmacéutico e innovación.**

Pere Ibern Regàs (CRES).

El campo de la discriminación de precios, de la competencia en el sector de la innovación, es entrar en “*terra ignota*”, un territorio desconocido en el que se va a mover el futuro. Y me

permite la licencia de incluir el apunte que hace Ricard Meneu: “en *terra ignota* hay dragones”, y además allí las brújulas no marcan el norte correctamente.

Más que discriminación deberíamos hablar de DIFERENCIACIÓN de precios. Sabemos que no sabemos, y lo importante será aprender, comunicarnos, porque el impacto de lo que se avecina es muy fuerte: CRISPR y 800 medicamentos nuevos en terapias avanzadas. Es inminente la llegada de los primeros medicamentos CRISPR.

La realidad es que “el crecimiento continuado del aumento de la financiación de I+D no se ha traducido en mayor eficiencia”. Y además se ha constatado la implementación de la regla del rescate por el impulso moral de salvar vidas en peligro a cualquier coste priorizando salvar una vida al coste de oportunidad de dejar de aplicar recursos a problemas de salud a muchas otras personas, priorizando también víctimas identificables sobre las no identificables

Y en cuanto a la efectividad, sólo alrededor del 3% de nuevos medicamentos representan avances importantes mientras que alrededor del 14% ofrecen una modesta ventaja sobre los tratamientos existentes.

Hay ámbitos de investigación desatendidos por la industria. Y la financiación pública es clave en la innovación que observamos. El gobierno diseña los mercados, no son las empresas ni los consumidores. Hay muchos mercados en los que el regulador diseña los mercados. Si ponemos incentivos a la investigación tendré resultados, y si luego no tengo medicamentos para pagar tenemos un problema. Y eso ya ha ocurrido en enfermedades raras. Un tercio de la I+D de los EEUU la financia el gobierno, pero nadie ha visto un medicamento del gobierno.

Finalmente, Pere abre un nuevo debate con su deconstrucción de la narrativa de los precios basados en valor de Marina Mazzucato que merece la pena leer, aunque sólo sea para poder discutirlo. Como era de esperar, surgieron comentarios acerca de reducir la realidad a una oposición radical entre lo bueno y lo malo, maniqueísmo del que se acusa a las ideas de Mazzucatto sobre que las farmacéuticas son malas; hay que leerlo con muchas cautelas. La crítica principal estaría en que la correlación entre I+D y nuevos productos es baja porque los gastos son de hoy, pero se traducen en el futuro. Si vamos a cargarnos el precio basado en valor, muchos análisis de coste-efectividad se vienen abajo. El coste de producir innovación es muy alto.

Isabel Pineros Andrés (Directora Departamento Acceso FARMAINDUSTRIA).

Empieza contextualizando la situación de la investigación en España. Somos el 3er país del mundo en investigación clínica detrás de EEUU y China. En la actualidad hay 997 ensayos en marcha, de los que el 40% son en el ámbito de la oncología y el 23% en medicamentos huérfanos. El 60% de inversión en I+D es investigación clínica. Durante el año 2021 se autorizaron 54 nuevas moléculas, lo que supuso un récord.

Las 3 etapas de un medicamento, innovación, exclusividad y competencia, aportan a la eficiencia del sistema sanitario. Sin embargo, falta transparencia en los criterios por los que el gobierno fija el precio de un medicamento, que es quien tiene la competencia para fijarlo.

Desde Farmaindustria se pide más transparencia y más colaboración para definir el precio y el procedimiento de financiación del medicamento nuevo. Los 180 días que marca la directiva no se cumplen hoy en día.

La realidad es que es imposible hacer informes de posicionamiento terapéutico (IPT) de todos los nuevos medicamentos y de sus nuevas indicaciones porque no hay RRHH suficientes. Debería hacerse una selección de estos. Además, se debería separar a los que hacen la evaluación terapéutica de los que hacen la evaluación económica. Faltan criterios de antemano para establecer techos de gasto y demás modelos de financiación.

Los tratamientos disruptivos y prometedores generan grandes expectativas sociales. Todos los actores deben colaborar para dar salida a estos medicamentos. Es imprescindible tener en cuenta la opinión de médicos y pacientes. Y no podemos olvidar que tenemos muchos medicamentos esperando con respecto a los países de nuestro entorno.

VALTERMED tiene que lograr completar al 100% la información del valor terapéutico de los medicamentos, porque con el 20% actual no cumple su función principal.

Necesitamos establecer sistemas de acceso temprano y sobre todo un cronograma y un calendario (*horizon scanning*).

Cuanto más se demora la decisión de precios más se alarga la situación especial individualizada de cada paciente y más problemas de equidad de acceso se pueden generar.

En el debate se introduce la idea de que la transparencia durante un proceso de fijación de precios no es *fair play* porque la industria no entra en transparencia con todo lo que aporta. Hay demasiada desconfianza entre administración y laboratorios para poner sobre la mesa precios aproximados a la realidad.

Coloquio: Gestionar los retos terapéuticos

Los datos para la evaluación: Joan Guanyabens Calvet, consultor en Health IT & Innovation.

Es importante incorporar al debate la evolución de la perspectiva del paciente en la salud digital y cómo han ido cambiando sus roles.

Y para ello presenta una iniciativa innovadora en forma de una cooperativa de ciudadanos que aportan otra visión sobre el tema. Destaca que estamos cambiando mucho como sociedad y como pacientes; que vivimos los inicios de la revolución digital acelerada; que si hablamos de datos tenemos que hablar de la protección de esos datos que son propiedad de los ciudadanos y hay que aprovecharlos en beneficio de todos; y que la actual gobernanza de esos datos es lenta y costosa. Frente a esto propone la fórmula de la cooperativa de ciudadanos que mantiene la soberanía del paciente sobre sus datos personales, que los dona de forma condicionada, remarcando que existen soluciones tecnológicas que permiten avanzar en esos modelos de datos.

Aspectos asistenciales: Eugenia Carandell Jäger, directora de Asistencia Sanitaria de les IB.

La foto de partida se centra en la generación de innovación, en cómo se propone su traslado a la práctica asistencial y en las dimensiones de la misma.

La realidad es que “la innovación crece sobre algo que ya existe, y hay fricción entre las partes”.

“Falta flexibilidad en nuestro sistema: normativa, contratación de nuevos profesionales que ahora son necesarios, falta cultura de innovación”. Estamos bien situados en investigación y menos en implementar la innovación.

Tenemos que saber qué es lo que incorporamos. 125 de los nuevos medicamentos autorizados no aportan nada. Y deberíamos preguntarnos ¿cuáles de estas novedades terapéuticas aportan realmente mejora? Porque, además, “no tenemos comparadores en la mayoría de estos nuevos medicamentos, y esto es trágico”.

Aparece entonces de lleno otro clásico que ha estado rozando el larguero en la jornada: las dudas que genera la palabra VALOR cuando hablamos de innovación, porque es un término con tendencia a caer en el mundo del máquetin y es difícil de medir. “¿Por qué no hablamos de resultados cuando queremos hablar de valor?”.

También hay que identificar barreras y facilitadores para incorporar la innovación. La rigidez de la normativa de contratación pública y la lentitud de la gestión administrativa, las cargas burocráticas, encontrar profesionales evaluadores, los problemas de comunicación dentro de la propia empresa, la innovación de la organización y la ética de la innovación. “Hay que ser muy exigentes con los conflictos de interés para todos, también para las sociedades científicas”.

“El médico tiene que pensar en el paciente que tiene delante, pero olvida la lealtad hacia los demás, olvida que lo que yo decido frente a mi paciente afecta también a la salud de los demás”.

El sistema sanitario está en un sistema compartido con el resto de necesidades de la sociedad que también hay que resolver. Y los determinantes sociales siguen siendo muy relevantes.

Finalmente, plantea una duda con los nuevos sistemas de análisis masivos de datos de la vida real, que generan evidencia después de la autorización, y las preocupaciones de que se pueda sustituir la evidencia previa de los ensayos clínicos con estos sistemas de análisis. Y se pregunta “¿en qué nivel de la pirámide de evidencia se va a situar el Real World Data?”.

Este tema suscitó un interesante debate con aportaciones que indicaban que hay situaciones en las que no podrás hacer ensayos clínicos, o que el ensayo no podrá sustituir al RWD porque la jerarquía de la evidencia va ligada a los diseños de los estudios. Sin embargo, la calidad de los datos del RWD es muy alta, y eso hay que utilizarlo.

Juan Carlos Valenzuela Gámez, coordinador de Farmacia de Castilla la Mancha. Planificación de los servicios.

El principal reto de la innovación sanitaria es encontrar modelos y soluciones que permitan incorporar la innovación constante que contribuye a aumentar esperanza y calidad de vida.

En este contexto hay que hablar de sostenibilidad, de humanización, de un cambio de modelo organizativo, y de los profesionales como valor esencial del sistema.

El cambio vendrá de la mano de la digitalización, la tecnología, la conectividad y las personas.

Es imprescindible la implicación de los responsables políticos, pero también de todos los agentes: profesionales, gestores, direcciones de farmacia de las CCAA, ciudadanos, pacientes y proveedores.

La opinión pública y los medios de comunicación deben ser conscientes de su relevancia, pero también de la incertidumbre científica, clínica y financiera de esta incorporación, y tienen que “transmitir información adecuada”. Porque debajo de todo hay un importante impacto presupuestario.

Tercer día de trabajo en el que **Salvador Peiró**, después de exponer las conclusiones del día anterior, introdujo los dos coloquios que cerraron el Programa. Éstos se centraron en responder a dos preguntas: ¿dónde va el SNS? y ¿cómo lo vamos a financiar?

Coloquio: Prospectiva Quo Vadis Sistema sanitario.

Javier Hernández Pascual, Instituto de Estudios Fiscales (IEF).

Empezó la sesión con el análisis de la dinámica del gasto sanitario, sus componentes y las previsiones de salida de la crisis. Para contextualizar se introdujo la idea de que “no sólo importa la cantidad sino también la composición del gasto”. La estructura importa porque 2 de cada 3 euros de gasto de sanidad van a personal y farmacia. En personal, tenemos un 43% de temporalidad, no permisible desde UE, y un objetivo del gobierno que es bajar al 8%. Esto se debe a que en los últimos 10 años la plantilla ha crecido con empleos temporales. Además, las retribuciones medias se han estancado y con esta tendencia, fidelizar los RRHH en el sistema es poco sostenible.

En cuanto a farmacia, se destina el 1.6% del gasto del PIB. El gasto en medicamentos hospitalarios no ha dejado de crecer en ningún momento. Dentro de la farmacia hospitalaria lo que marca el crecimiento son oncológicos y huérfanos que pasan del 32 al 47%. Son medicamentos 3.000 veces más caros que la media.

En el futuro a corto plazo se avecinan tensiones, y a largo plazo dependerá de cómo se resuelvan las tensiones actuales en el gasto. Van a desaparecer fondos extraordinarios, se han contratado 80.000 personas adicionales con la pandemia, hemos perdido médicos y hemos ganado enfermeras, el gasto en farmacia es preocupante y el precio también. Aparte de la

entrada de nuevos medicamentos, hay poca penetrabilidad de los biosimilares. “La etapa de precios baratos la podemos ir dando por terminada”.

Algunas recetas apuntarían a que “es necesario establecer objetivos para los componentes del gasto sanitario público en términos de % de PIB compatibles con la sostenibilidad financiera. Se debería establecer un presupuesto de gasto sanitario para racionalizar el uso de los mismos. Hay que ponerse serios en el gasto farmacéutico y se tiene que cerrar la etapa de alegría en el gasto”.

Sandra Flores Moreno, directora UGC de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. *Quo vadis: visión desde la farmacia hospitalaria.*

El diagnóstico de situación está hecho, sabemos prácticamente todo lo que tenemos que saber y, sin embargo, seguimos esperando la GRAN REFORMA.

Mientras tanto, “el sistema está infrafinanciado para lo que promete y se espera”. Se identifica poco movimiento, la planificación ni está ni se le espera. Además, tenemos a los pacientes y el síndrome del jarrón chino, “se supone que tienen valor, pero en realidad estorban porque nadie sabe qué hacer con ellos”, y es necesario incorporarlos en los ensayos clínicos, en la recogida de información y con los PROMs y los PREMs¹.

Lo que se avecina en innovación es muy relevante y dicha innovación terapéutica debe ir acompañada de aportación de valor y de sostenibilidad. También en sistemas de información viene una avalancha de datos que hay que prepararse para gestionar con profesionales especializados en ello.

La perspectiva social en las enfermedades raras y las expectativas de las familias en los medicamentos huérfanos marcará también el futuro cercano. Los medicamentos huérfanos tensionan el día a día del gasto farmacéutico hospitalario (23% del gasto)

En definitiva, hay que “decidir el SNS que queremos tener y el que estamos dispuestos a pagar”.

Caridad Pontes García, Gerente del Medicamento del Servei Català de Salut.

En el acceso a los medicamentos innovadores nos encontramos ante una complejidad creciente motivada por distintos factores: individualización, inmediatez, urgencia, flexibilización, digitalización, incertidumbre, globalización, planificación y costes de oportunidad.

¹ Las medidas de resultados reportados por los pacientes (Patient Reported Outcomes Measures, PROMs) se refieren a “cualquier resultado evaluado directamente por el propio paciente y basado en la percepción del mismo sobre una enfermedad y su tratamiento, sin interpretación de la respuesta del paciente por parte de un médico o cualquier otra persona”.

Las medidas de experiencias percibidas por los pacientes (Patient Reported Experiences Measures, PREMs) tratan de recoger la percepción de los pacientes durante su recorrido por la asistencia sanitaria, siendo por tanto un indicador de calidad de la asistencia recibida y un elemento imprescindible para la medicina y la investigación centrada en los pacientes.

La planificación desde el punto de vista industrial saca gran ventaja a la planificación de la administración, entre otras cosas porque el sistema público tiene un modelo reactivo que lo tiene sometido.

El coste político y social del retraso recae en la administración.

Necesitamos cambiar cómo financiamos. Hay que revisar los modelos basados en valor. Precios iniciales ponderados por cantidad y calidad. Ajustes de precio según impactos reales. Hace falta tiempo para poder negociar. Desde la oferta inicial se han reducido precios hasta en un 80% tras 6-7-8 negociaciones.

Los antimicrobianos nos van a dar un susto importante en breve. Queremos tener medicamentos que no queremos usar pero que tenemos que tener asegurados.

Vuelve a aparecer la ya comentada regla de rescate. Para ello, se hace necesaria la ayuda de la sociedad y de la prensa para que nos entiendan.

Para acabar, es necesario reconsiderar el sistema de compra y financiación de medicamentos en el contexto de la provisión de Servicios de Salud, priorizando la inversión en las intervenciones más eficientes.

En el debate destacó que hay que cambiar la visión sobre la incorporación de la innovación: “nos toca verlo no como algo que nos pasa, sino como algo que nos toca hacer, desde los distintos niveles en los que nos encontremos”. “Hemos pasado de justificar por qué a justificar por qué no”.

Y una conclusión a la que se llega es que de manera inmediata “habrá que mejorar la comunicación contando la totalidad de la película y no sólo la mitad que los medios cuentan”. Además, “hay que romper el axioma de que innovación es igual a valor”, eso supone que pasemos a pagar por la realidad de los resultados sobre todo cuando viene el producto de forma incompleta con autorización condicional (empezaremos con precio bajo y ya veremos). Se hace necesario medir la repercusión de las innovaciones auditando lo que estamos consiguiendo con lo que estamos utilizando.

Y una aclaración sobre los PREMs y PROMs, éstos vienen de los sistemas sanitarios en los que paga el paciente y por eso se sitúa en el centro del sistema. Pero “en nuestro sistema, su utilización sin adaptación nos puede generar más trastorno que beneficio”.

Coloquio: ¿Cómo lo vamos a financiar?

Ivan Planas Miret, director del Àrea de Recursos Econòmics del Sistema de Salut de Catalunya

De entrada, el anuncio de Ivan Planas es que tiene una visión optimista. Pese a que nos enfrentamos a riesgos de salud global, y que tenemos que ser conscientes que “invertir en salud no es pagar sólo nuevos medicamentos”, hay MARGEN; no es un problema de

sostenibilidad, sino un problema de ética, de buena “gestión ordenada” de los recursos públicos. La innovación siempre es necesaria, pero “tiene que aportar valor al sistema”.

Para contextualizar el tema, comenta dos enfoques a considerar: la sostenibilidad social y la sostenibilidad financiera.

Sostenibilidad Social (demanda): en un mercado perfecto el nivel de gasto sanitario depende de la pendiente relativa de la curva de demanda (elasticidad) respecto a otros bienes y servicios. Si el factor que determina el techo de gasto de un sistema sanitario es la demanda agregada (su elasticidad renda) y los servicios de salud son un bien superior, a mayor renta disponible (crecimiento del PIB real) mayor parte de esta se destina (incrementa el % PIB).

La distribución entre C (gasto privado) y G (gasto público) depende del modelo de Estado de Bienestar y el Estado de Bienestar es un pacto social que se mantiene estable mientras la mayoría social participa de la prestación pública de servicios. Cuando la mayoría busca alternativas al servicio público, el Estado de Bienestar pierde soporte y se convierte en un sistema de rescate.

Sostenibilidad financiera: a medio plazo, financiación y gasto sanitario se autorregulan, pero a corto plazo hay riesgos importantes por la crisis de las finanzas públicas (obliga a reducir cantidad o calidad de cartera de servicios), la crisis de la deuda pública (riesgo de impagos con pérdida de confianza sectorial) o la crisis presupuestaria (pérdida del contrato social entre demanda y oferta y riesgo intergeneracional traspasando carga de la deuda).

Y dos consideraciones a modo de recomendaciones, la primera es que, si el gasto sanitario es como mínimo el 40% del gasto de las CCAA, debería crearse la DG de Gasto e Inversión Sanitaria en las Consejerías de Hacienda. La segunda es que tenemos un problema si quien determina el techo de gasto (Consejo de política fiscal y financiera) no asume la determinación de la cartera de servicios (Consejo Interterritorial del SNS)

Nacho García Pineda, Director General de Prestaciones y Farmacia de la Conselleria de Salut de les Illes Balears

En la línea abierta en la presentación anterior, la visión de Nacho García también aporta un punto de positivismo a la cuestión.

Lo primero es recalcar que hay planes de incorporación de la innovación en el SNS.

Disponemos de un *Plan para la consolidación de los IPT de los medicamentos en el SNS*, de un documento de *Recomendaciones sobre criterios y procedimiento para orientar la fijación de precios e inclusión/exclusión del medicamento en la cobertura pública*, o de un *Plan de fomento de uso de biosimilares y genéricos*.

Además, se está trabajando en una propuesta de evaluación de futuros fármacos y tecnologías sanitarias con metodología *horizon scanning* en el SNS.

Todo ello sin obviar que la idea de fondo tiene que ser la adecuación en todos sus componentes: precio y reembolso, prescripción, compra, evaluación y desfinanciación.

Iñaki Betolaza San Miguel, Director de Farmacia del País Vasco.

Es importante conocer los intereses de cada grupo, de todos los agentes implicados, no solo de los gestores, y se deben atribuir responsabilidades a cada uno de estos agentes.

La industria no es una, no es mala ni buena, es necesario que invierta en innovar y hay que apostar por la colaboración público/privada. Para ello hay que establecer un escenario de colaboración y respeto. Y necesitamos una estrategia de comunicación.

Con todo, “debemos ser conscientes de que vamos a financiar la innovación con dificultades, lo que ya no es una novedad”. Y nos debe preocupar especialmente la equidad. Y también la “pérdida de respeto hacia la administración pública”.

En pandemia pareció quedar claro que había que aumentar recursos en farmacia y salud pública, ¿dónde llegaremos?

Unas ideas para ir acabando: un *horizon scanning* europeo quizás pueda ser mejor que el español. Igual que una evaluación única europea, en un entorno de mayor transparencia. Potenciar REVALMED y considerar seriamente la posibilidad de un HISPANICE que colabore con el SNS.

Además, el proceso de incorporación de la innovación está ligado al procedimiento administrativo que dificulta el proceso. Por tanto, habrá que plantearse si hay que cambiar el proceso de contratación pública.

Referencias

1. Olaizola, I. (2022, September 19). Vicente Ortún: *"Si las patentes no existieran, no habría que inventarlas"*. Diario de Mallorca. Retrieved October 27, 2022, from <https://www.diariodemallorca.es/mallorca/2022/09/20/vicente-ortun-patentes-existieran-habria-75660534.html>
2. Ortún, V. (2022, October 13). *¿Sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la Innovación actual y Futura?* Blog Economía y Salud. Retrieved October 27, 2022, from <https://www.aes.es/blog/2022/10/12/sirve-el-instrumental-de-evaluacion-economica-convencional-para-la-innovacion-actual-y-futura/>

Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

Ortún Rubio, V; "**¿Sirve el instrumental de evaluación económica convencional para la innovación actual y futura?**" Health Policy Papers Collection 2022-13_VO

Ibern Regàs, P; "**Perspectivas económicas sobre la medicina de precisión.**" Health Policy Papers Collection 2022-12_PI

Peiró Moreno, S; "**Modelos de estratificación poblacional de la cronicidad.**" Health Policy Papers Collection 2022-11_SP

López-Casasnovas, G; "**La privatización de la sanidad. Que viene el lobo.**" Health Policy Papers Collection 2022-10_GL

Serrano-Alarcón, M; Hernández-Pizarro, H; López-Casasnovas, G; Nicodemo, C; "**Effects of long-term care benefits on healthcare utilization in Catalonia**" Colección Health Policy Papers 2022-09_GL.

López-Casasnovas, G; "**Los beneficios fiscales del aseguramiento sanitario privado**" Colección Health Policy Papers 2022-08_GL

López-Casasnovas, G; "**Como veo la evolución de los tratamientos farmacológicos**" Colección Health Policy Papers 2022-07_GL.

López-Casasnovas, G; "**Petita crònica de les propostes de la comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada.**" Colección Health Policy Papers 2022-06_GL.

López-Casasnovas, G; "**La Subvención pública en el món de les Arts. Teatre i economia.**" Colección Health Policy Papers 2022-05_GL.

López-Casasnovas, G; "**La economía de la salud 'en cuerpo y alma.'**" Colección Health Policy Papers 2022-04_GL.

López-Casasnovas, G; "**A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform.**" Colección Health Policy Papers 2022-03_GL.

López-Casasnovas, G; "**Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial**" Colección Health Policy Papers 2022-02_GL.

López-Casasnovas, G; "**Análisis de economía política del Sistema de Salud Español**" Colección Health Policy Papers 2022-01_GL.

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**" Colección Health Policy Papers 2021-18_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: ¿Quo vadis?**" Colección Health Policy Papers 2021-17_GL.

López-Casasnovas, G; "**A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud.**" Colección Health Policy Papers 2021-16_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health Policy Papers 2021-15_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis Coste Efectividad**" Colección Health Policy Papers 2021-14_GL_JP.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

