

Monográfico

EL VALOR AÑADIDO DE LA EMPRESA A LA GESTIÓN SANITARIA

INTRODUCCIÓN



PROTAGONISTAS



OPINIONES



El valor añadido de la empresa a la gestión sanitaria

Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaíno, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Hernando de Larramendi Martínez, Eduard Jaurrieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padial, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográfico: Ángel J. Pérez Gómez.

Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco de Paula Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

Coordinación del monográfico

Ignacio Ayerdi, Regina Múzquiz y Ángel J. Pérez

Colaboradores

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Juan Ortiz Fuente (Asturias), Carlos Fernández Palomeque (Balears), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaíno (Canarias), Alfonso Flórez Díaz (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Gonzalo Castillo de la Arena (País Vasco).

©Fundación Signo 2004

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.es
e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

CIF: G-82359514

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

Bases de datos: Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Tarifa 2005

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 7 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.

Índice

Editorial	7
Introducción	
José Barea Tejeiro	9
Margarita Alfonso	13
José Francisco Martín Rodríguez, Ana Dorado Díaz	17
Protagonistas	
Ignacio Ayerdi El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	23
Alfonso Aguilera Sastre, J. Ignacio Calero Fernández El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	27
Javier Colás Fustero La empresa de tecnología sanitaria en el Sistema Sanitario	31
Javier Elola El valor añadido que la empresa privada puede (y debe) aportar a la gestión sanitaria pública	33
Juan Fajardo El cambio de la relación de los proveedores tecnológicos con las organizaciones sanitarias	37
Belen Garijo El valor añadido de la empresa farmacéutica en el sector sanitario	41

Peter Hug El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	47
Rafael Martínez El valor añadido de las empresas de traumatología y ortopedia al sector sanitario	53
Emilio Moraleda El valor del compromiso de la industria farmacéutica	57
Javier Peris Invertimos en salud. Invertimos en futuro	61
Carmelo Sanz de Barros Valor añadido e innovación tecnológica	67
Juan M. Vidal Gil La importancia relativa sobre treinta innovaciones tecnológicas, según la opinión de un colectivo de médicos internistas	75
José Luis Zabala Productividad y nivel de satisfacción; valor añadido de las empresas de consultoría	79
Opiniones	
Jose M. ^a Amate Blanco La evaluación de las tecnologías y la gestión de los sistemas sanitarios	83
César Antón Beltrán El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	89
Lluís Donoso Bach El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	95
Antonio Iñesta García Valor añadido que produce la industria farmacéutica en la empresa en el sector sanitario	99
María del Mar Julios La aplicación de conceptos de empresa a la gestión de la sanidad pública: la búsqueda de la eficiencia	105
Roberto Sabrido El valor añadido de la empresa en el sector sanitario	109
Luis Enrique Vicente Sánchez El valor añadido en el sector sanitario, ¿hay alguien ahí?	115
Normas para autores	117

El valor añadido de la empresa a la gestión sanitaria.

Monográfico

Este quinto monográfico: *El valor añadido de la empresa a la gestión sanitaria* inicia un nuevo ciclo destinado a revisar las aportaciones de los diferentes actores que intervienen en la configuración de la prestación de los Servicios de Salud.

Al igual que los anteriores números, se estructura con las aportaciones de los protagonistas y con la experiencia y opinión de relevantes personalidades del sector, intentando en todos los casos que las aportaciones se instalen en diferentes perspectivas según la posición respecto al sector sanitario del que provienen, para hacer una revisión crítica de la historia reciente y, con la mirada puesta en el futuro, aportar aquellas claves que nos permitan seguir mejorando en la optimización de los circuitos, el intercambio en la cultura de gestión, la optimización del ratio coste-efectividad de los productos y la colaboración en nuevos proyectos de interés mutuo.

Pensamos que la aportación de la empresa es un tema de actualidad y todavía más, si cabe, como consecuencia de las recientes iniciativas que desde diferentes comunidades autónomas se están llevando a cabo, en parte para superar las restricciones presupuestarias, transfiriendo riesgos al sector privado, y en parte porque la colaboración y la corresponsabilidad entre sector público y sector privado puede flexibilizar y optimizar la gestión financiera y de recursos humanos de los centros, gestionar mejor la vertiginosa evolución tecnológica e incluso aportar nuevas sinergias aún por descubrir.

Para el abordaje de este número se realizaron dos puntos de encuentro (publicados en nuestra revista en los números correspondientes a abril-junio de 2003 y enero-marzo de 2004), con el siguiente esquema básico:

- ¿Es necesario que la empresa aporte algo más que unos productos y/o servicios de calidad a un buen precio?
- ¿Qué valor añadido pueden/deben aportar las empresas al sector sanitario?

- ¿Y a la gestión sanitaria?
- ¿Cómo se puede evaluar?
- ¿Encarece el coste de la sanidad?
- ¿Cómo se puede implicar, y hasta qué punto, el proveedor con el usuario y el gestor sanitario para la mejora de la gestión sanitaria?
- ¿Es la sanidad un sector generador de gasto o de riqueza? ¿Cómo los gestores sanitarios podrían favorecer la creación de ese valor añadido?

Y nos ha quedado en el tintero un tercer punto de encuentro con el título Nuevos Centros Sanitarios: un reto de contratación, construcción y gestión, que esperamos publicar en breve.

Por último, reconocer la distinción que supone para nuestra publicación contar con todas estas aportaciones; esperamos y deseamos que sean un hito más en la colaboración, el intercambio y el desarrollo de nuevos proyectos, no olvidemos que una parte del Patronato de la Fundación Signo viene del mundo de la empresa. Sea como sea, a todos los autores muchas gracias y disculpas anticipadas si el práctico orden alfabético que hemos utilizado dentro de cada "sección" no es el adecuado.

Feliz 2005



Contribución del sector sanitario al valor añadido

José Barea Tejeiro
Patrono de la Fundación Signo

Tres cuestiones voy a abordar en esta Introducción al monográfico de la Revista de la Fundación Signo dedicado al valor añadido de la empresa en el sector sanitario.

1. Diferentes enfoques del análisis del sector sanitario

El análisis del sector sanitario puede enfocarse desde tres puntos de vista: el microeconómico, el macroeconómico y el análisis de las políticas sanitarias.

El análisis microeconómico comprende las siguientes cuestiones:

- a) Estudios sobre los fallos del mercado en la provisión de la sanidad que justifica una provisión pública.
- b) Estudios sobre los fallos del sector público sanitario.
- c) Medida del producto sanitario, estudios sobre la oferta (función de producción y costes) y estudios sobre la demanda de salud.
- d) Estudios sobre la asignación eficiente de recursos dentro del sector

público; las sendas seguidas han sido:

- Evaluación de proyectos basada en las técnicas coste-beneficio, coste-efectividad, coste-utilidad e introducción de la competencia en el funcionamiento de la provisión pública de la sanidad (mercados internos, mercados mixtos competitivos, sistema de seguros).

El análisis macroeconómico abarca:

- a) El análisis por el lado de la demanda para poner de manifiesto el comportamiento de los agentes que intervienen en el gasto sanitario. Para ello se elaboran cuentas satélites de la sanidad dentro del marco conceptual de la contabilidad nacional, que permite:
 - Obtener información de las magnitudes macroeconómicas referidas al sector sanidad: consumo público, prestaciones sociales, formación bruta de capital fijo, transferencias corrientes y ayuda a la inversión.
 - Conocer los diferentes servicios suministrados a las familias, tan-

to producidos en centros públicos como privados con provisión pública de éstos últimos: servicios hospitalarios y de consultorios, servicios de salud pública, farmacia, prótesis, aparatos terapéuticos, etc.

- Conocer las categorías económicas de los costes de los servicios producidos en centros públicos: remuneraciones de personal, consumo intermedio y consumo de capital fijo.
 - Cuantificar los factores que explican la participación creciente del gasto público en sanidad en PIB: factor demográfico, tasa de cobertura, factor de envejecimiento, factor de utilización y de intensidad o prestación real media.
- b) El análisis por el lado de la producción (oferta) apenas sí tiene antecedentes en España, sobre todo a nivel nacional, y supone:
- Cambiar completamente el enfoque considerando la sanidad no como un sector consumidor de los recursos disponibles en el país, sino como un sector que contribuye a la producción del país, que genera un valor añadido que tiene efectos sobre el resto de los sectores de la economía.
 - Insertar la sanidad en el entramado productivo del país.

El análisis de las políticas sanitarias comprende: la elaboración, la ejecución y la evaluación de las mismas, pudiendo decirse que en España este campo es muy poco conocido. La perspectiva de este análisis debe ser multidisciplinar: económica, sociológica, jurídica y política.

2. Metodología para calcular los efectos del sector sanitario público sobre el resto de los sectores

2.1. Relaciones directas intersectoriales

- La sanidad no destinada a la venta, como cualquier otra rama de actividad, presenta relaciones con otros sectores en el desarrollo de su proceso productivo.
- Si se consideran conjuntamente los efectos que una rama de actividad ocasiona sobre los niveles de producción del resto de ramas, bien como cliente o como suministrador, se estarán determinando los efectos de arrastre de un sector hacia atrás y hacia delante.
- El efecto arrastre hacia atrás cuantifica las necesidades de *inputs* intermedios de una rama para producir una unidad de producto procedente del resto de ramas.
- El efecto de arrastre hacia delante detecta la importancia del sector como suministrador de *inputs* intermedios para la producción del resto de sectores.
- Un procedimiento de análisis válido para el cálculo de estas relaciones consiste en la aplicación de la metodología *input-output*, en relación con el estudio de los elementos que se definen como coeficientes técnicos y de mercado.
- Dichos coeficientes cuantifican la producción de las compras y/o ventas que realiza un sector al resto de sectores de la economía sobre el nivel de producción sectorial.

2.2. Efectos directos e indirectos

- El sector sanidad no destinado a la

venta se relaciona con el resto de las ramas no sólo de forma directa, como se ha analizado en el número anterior, sino también de forma indirecta.

- Necesidad de analizar los efectos más relevantes que las alteraciones en el sector sanidad no destinado a la venta provocan en el resto de los sectores considerados, así como el esfuerzo del sector ante alteraciones del resto.
- Tipos de efectos:
 - Efecto interno: representa el esfuerzo productivo total que debe realizar el sector sanidad no destinado a la venta ante un incremento de una unidad de su propia demanda final.
 - Efecto difusión: nos proporciona una aproximación a la intensidad con que el sector difunde, en el sistema económico, una variación de su demanda final: representa lo que el conjunto de la economía debe producir, directa o indirectamente, para poder satisfacer un aumento unitario de la demanda final del sector sanidad no venta.
 - Efecto absorción: mide la intensidad con que un sector absorbe las variaciones de la demanda final de otros sectores.

2.3. Efectos sobre el empleo

- Se refiere a la capacidad de generación de empleo del sector sanidad, como consecuencia del incremento de la demanda final de sus productos en una unidad.
- Se calcula por unos coeficientes basados en el porcentaje de empleo total sobre la producción (empleo directo) y de los coeficientes referen-

tes a esfuerzo productivo del sector (empleo total).

2.4. Efectos sobre la renta

- Se refiere a la capacidad de generar renta vía valor añadido, directa e indirectamente en el sistema económico, a través de un incremento de una unidad en la demanda final de dicho sector.
- Formulaciones teóricas:
 - Multiplicador de renta tipo I: representa el efecto directo sobre las rentas generadas en el sector sanidad no destinado a la venta ante un incremento unitario de su demanda final.
 - Multiplicador de renta tipo II: representa el efecto directo, indirecto e inducido sobre las rentas generadas en el sector sanidad no destinado a la venta como consecuencia de un incremento unitario en su demanda final. Para cuantificar este multiplicador debe incluirse el sector de economías domésticas en la matriz de transacciones intersectoriales como si se tratase de un sector productivo.

3. Resultados de las interrelaciones económicas del sector sanitario público

Del estudio realizado por el Instituto Lawrence Klein de la Universidad Autónoma de Madrid (Directores Barea y Pulido 1993) se desprende que:

3.1. Efectos directos

El efecto arrastre hacia atrás para el sector sanidad no venta queda cuantificado en un 27,3%, valor considerablemente inferior a la media de todas

las ramas (46%). Esta reducida cuantificación viene a significar la escasa importancia que para este sector presentan los *inputs* intermedios, que lo caracterizan como actividad de profunda vocación autónoma dentro del entramado económico general.

Desde la óptica de la demanda, la Sanidad pública adquiere bienes y servicios de otras ramas de actividad de carácter muy diverso, siendo relevantes únicamente con doce sectores, de los cincuenta y seis contemplados en la tabla *input-output*, que recogen el 85% del total de las compras efectuadas por ese sector.

Por otra parte, desde la perspectiva de la oferta, el sector sanidad no destinado a la venta dirige la totalidad de su producción a los mercados finales y, por tanto, sus relaciones intersectoriales como administrador son nulas.

3.2. Efectos directos e indirectos

El sector sanidad no destinado a la

venta se relaciona con el resto de ramas no sólo de forma directa, como se ha analizado en el epígrafe anterior, sino también de forma indirecta. Los tipos y los valores de estos efectos son: efecto disuasorio, cuyo valor es el 1,5; en definitiva, es el multiplicador de la producción del sector y el efecto absorción, cuyo valor es 1.

3.3. Multiplicadores de empleo

Podemos obtenerlo con el cálculo de unos coeficientes basados en el porcentaje de empleo total sobre la producción (empleo directo), y de los coeficientes referentes a esfuerzo productivo del sector (empleo total). Para la sanidad no destinada a la venta, el multiplicador de empleo que se obtuvo fue de 1,3.

3.4. Multiplicadores de la renta

El valor del multiplicador tipo I resulta 0,94 y el del multiplicador tipo II del 1,56.



La sostenibilidad del sistema y las empresas

Margarita Alfonsel
Secretaria General Fenin

Antes de entrar a un análisis particular del tema concreto objeto de esta publicación considero imprescindible abordar, con carácter generalista, unos breves apuntes sobre dos aspectos que marcan definitivamente el entorno en el que se encuentran inmersas las empresas del sector de tecnología sanitaria y que, indudablemente, condicionan su actividad y su relación con el resto de agentes que configuran el escenario de trabajo. Me refiero a la estructura organizativa del sistema bajo la realidad de la descentralización y las transferencias competenciales a las comunidades autónomas que nos dibujan un mapa con diecisiete territorios con competencias plenas en materia sanitaria. Y, por otro lado, el entorno legislativo en el que se mueve este sector industrial.

Cada una de las diecisiete comunidades autónomas debe destinar los recursos necesarios para el correcto funcionamiento de su territorio en el ámbito de la Sanidad bajo el modelo de financiación adoptado, y es plenamente responsable de una eficaz gestión que asegure a su población la asistencia y prestaciones sanitarias que el Sistema proclama en los textos legislativos básicos, teniendo en cuenta la igualdad de acceso para todos los ciudadanos.

Igualmente, estas comunidades son competentes en el desarrollo de los programas sanitarios oportunos para cubrir las necesidades que se planteen.

Es imprescindible hacer una breve referencia a la Ley 16/03 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que nace de la iniciativa de la actual Ministra de Sanidad y Consumo de buscar una norma, a la que da el máximo rango que, en un entorno de cambios, puesto que el 1/1/02 se producen las transferencias desde el Insalud a las diez comunidades autónomas gestionadas hasta esa fecha de forma centralizada, asegure a los ciudadanos una asistencia sanitaria bajo las premisas de equidad, calidad, accesibilidad, participación, etc., ante una nueva organización territorial del Estado y confirme que los poderes públicos mantendrán un régimen de Seguridad Social para todos. Todo ello para garantizar la asistencia y prestaciones, reconociendo el derecho a la protección de la salud.

La Ley reconoce que la asunción de competencias por las comunidades permitirá aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y le da garantías plenas en cuanto a la ca-

lidad de las prestaciones y, lo que parece más necesario teniendo en cuenta el escenario actual, la Ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias sobre las prestaciones del SNS, la Farmacia, los profesionales, la investigación y la Calidad del Sistema.

Por ello y para ello potencia órganos especializados en la participación de las comunidades, y de entre ellos como órgano básico de cohesión del Sistema refuerza el Consejo Interterritorial, órgano que ya existía, dotándole de mayor agilidad para la toma de decisiones.

Lo cierto, y como aproximación a la realidad que nos envuelve, es que cada comunidad establece sus propios criterios, adicionales a los que podríamos denominar los pilares básicos de actuación del Sistema, y donde existe un pequeño resquicio para introducir un elemento diferenciador, éste puede convertirse en el objetivo primario de trabajo.

Las comunidades inician proyectos o impulsan iniciativas sobre los mismos temas con una orientación diferente. Establecen sus propias dinámicas de trabajo, basadas en su conocimiento y experiencia, y la industria se ve abocada a establecer líneas de trabajo con diecisiete interlocutores con un nivel de madurez diferente y con una "hoja de ruta" diferente.

La industria de la tecnología sanitaria considera que una Ley marco como la Ley de Calidad y Cohesión es necesaria para dar un enfoque global al Sistema, para conseguir una definición estratégica de todos los agentes que lo configuran y para establecer acciones de coordinación. Pero esto no tiene que ser un planteamiento teórico, sino que debe tener una aplicación práctica, haciendo realidad en el foro del Consejo Interterritorial la coordi-

nación y cooperación, e impidiendo la proliferación de proyectos sin puntos de convergencia prácticos.

Más aun, el tratamiento de los distintos temas necesarios de desarrollar para atender a las necesidades que se demandan desde los distintos territorios, y que antes o después tendrán que ser abordados por todas las comunidades autónomas, debería ser objeto de una puesta en común, de un debate previo a su desarrollo práctico, aprovechando todos los recursos disponibles y orientado adecuadamente estableciendo criterios de trabajo comunes.

Otro aspecto necesario de ser sometido a una reflexión profunda para la continuidad de un Sistema calificado por muchos como excelente es la necesidad de alcanzar un Sistema sostenible desde la óptica económica, ya que al complejo escenario anteriormente descrito debemos añadir otro que afecta gravemente al sector de tecnología sanitaria como proveedores de productos y servicios: la morosidad del Sistema. A fecha de redacción de este informe, y como datos globales, podemos señalar que el conjunto del Sistema adeuda a este sector empresarial más de 1.500 millones, con una media de pago de 300 días. Existen tres focos más problemáticos identificados en Valencia, Andalucía y Canarias que suponen más del 50% de la deuda global, alcanzando niveles en una de estas comunidades próximo a los 600 días de media de pago.

La industria asiste en estos últimos años a un cambio sustancial en el Sistema como es la descentralización sanitaria, que se inicia en el año 1981 y concluye en 2002, un cambio en el modelo de financiación, se crea el fondo de cohesión, se establecen las Agencias de Evaluación de Tecnología Sanitaria, se cambia la estructura organizativa del Ministerio de Sanidad y Consumo pa-

sando las competencias en el ámbito de los productos sanitarios de la Subdirección General de Productos Sanitarios a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Todo esto sin que se haya realizado, desde nuestra óptica empresarial, un análisis profundo sobre la sostenibilidad económica del Sistema.

¿Insuficiencia presupuestaria o problema de gestión? Ambos elementos deberían ser dimensionados por los responsables políticos para ir “ordenando” una situación algo más que compleja: insostenible.

Una herramienta de alto valor para la industria es la Directiva 2000/35 de morosidad en las operaciones comerciales, que introduce importantes penalizaciones para las Administraciones morosas y que entendemos puede tener valor disuasorio frente a la morosidad. Nuestro país ha incumplido sistemáticamente todos los plazos previstos en el texto comunitario para su incorporación al ordenamiento jurídico nacional, y a fecha de redacción de este informe sabemos que ha sido amonestado por la Unión Europea, pero desconocemos cuál será el momento de la transposición.

Desde la industria hemos llamado a muchas puertas en el ámbito técnico y político solicitando un compromiso real de fechas, pero todo ha sido infructuoso. No obstante, está claro que aunque esta disposición no esté transpuesta se puede invocar su cumplimiento como norma de rango comunitario: y en esto estamos trabajando desde nuestra organización empresarial.

Enunciaba al inicio de este artículo mi intención de abordar, en segundo término el entorno legislativo en el que se mueve el sector de tecnología sanitaria como elemento a tener en cuenta en el escenario de trabajo.

Este sector ha asistido, en esta última década, a un cambio cualitativo de vital importancia derivado de la adaptación legislativa a directivas armonizadas de nuevo enfoque sobre productos sanitarios. Estas directivas están dirigidas al “producto sanitario” y están basadas en las premisas de calidad, seguridad y eficacia como elementos de garantía para la libre circulación en el espacio económico europeo e identificadas con el marcado “CE” como aval de cumplimiento de la citada legislación.

Un “organismo notificado” establecido en cualquiera de los países de la Unión Europea bajo el compromiso del “reconocimiento mutuo” evalúa los productos bajo distintos procedimientos de evaluación de la conformidad, adaptados a las características específicas de cada tipo de productos.

Hemos pasado de una regulación nacional, acotada a los productos de un solo uso, implantes clínicos y a determinados reactivos para el diagnóstico *in vitro* a una regulación europea que se concreta en cuatro directivas comunitarias que establecen las correspondientes definiciones a los distintos tipos de productos sanitarios: productos sanitarios, PS para el diagnóstico *in vitro*, PS implantables activos, etc., y los requisitos esenciales que deben cumplir cada uno ellos.

Estas directivas no sólo han establecido la legislación de aplicación a los productos sanitarios, sino que han identificado globalmente un sector que estaba disperso desde la óptica legislativa.

Ya no existe el concepto de homologación nacional para la puesta en el mercado y en servicio de los productos sanitarios únicamente, y debido a requisitos adicionales introducidos en nuestros textos de transposición, la empresa fabricante, distribuidora o importadora debe cumplir determina-

dos trámites administrativos para su correcto establecimiento.

Definitivamente existe un antes y un después en el sector de tecnología sanitaria consecuencia de esta legislación. Ya nadie duda de que calidad, seguridad y eficacia son las premisas básicas aplicables a un producto sanitario que se encuentra en el mercado.

Cuestión diferente es el planteamiento conceptual de la Administración, que está orientando, en un momento de búsqueda de ahorros para el Sistema, el control de la incorporación de nuevas tecnologías financiadas por el Sistema, entendiéndose que éstas siempre suponen un mayor coste. Pero esta visión parece demasiado simplista, ya que es evidente que el sector identificado con la tecnología sanitaria es un sector altamente innovador que aporta un valor indiscutible al sistema al aportar la tecnología al servicio de la salud y la calidad de vida del ciudadano. No parece coherente poner dificultades para la incorporación de tecnologías más novedosas que seguro aportan beneficios para los pacientes. Es necesario que los estudios que la Administración ponga en marcha se orienten hacia análisis de coste-beneficio, coste-efectividad y coste-eficacia como elementos definitivos para una correcta "valoración" de una tecnología novedosa.

Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias están formuladas bajo la premisa conceptual de introducir elementos de valoración de técnicas y procedimientos para su incorporación al sistema de financiación pública. Pues bien, trabajemos conjuntamente la industria y las agencias bajo unas consideraciones coherentes con los principios enunciados. Y finalmente procuremos que exista una correcta coopera-

ción y coordinación entre agencias optimizando los recursos en beneficio del sistema en su conjunto.

Después de este artículo introductorio vendrán otros que realizarán un análisis sobre el valor añadido que aporta la empresa al sector sanitario profundizando en distintas consideraciones.

Sólo unas breves líneas para afirmar con rotundidad que las empresas aportan indudablemente un valor añadido al Sistema Sanitario en aspectos cuantificables desde un punto de vista objetivo como la inversión de recursos en formación a profesionales, inversión en I+D+I, aspectos ligados a logística, servicios, etcétera, etcétera, pero también en otros intangibles, como confianza, seguridad. Además, en algunos casos el Sistema pretende trasladar a las empresas determinadas ineficiencias del Sistema y se argumentan como requisito obligatorio en los procesos de licitación pública como "valor añadido". En muchos casos supone una clara distorsión al objeto del suministro.

Aquí podríamos señalar como elementos habituales el control de stocks, la reposición, los depósitos...

Lo que sí parece evidente es que ese valor añadido, en la mayoría de los casos, no es reconocido por el Sistema en su conjunto y existe distinto grado de percepción por los distintos agentes que configuran el Sistema.

En lo que se refiere al sector empresarial, está claro que la industria debe comunicar adecuadamente sus mensajes explicativos sobre el valor añadido que aporta al Sistema y, en concreto, a los profesionales, a los pacientes como usuarios y a los gestores, responsables en primera instancia del funcionamiento del Sistema en su conjunto.



La sanidad como uno de los motores de la economía

José Francisco Martín Rodríguez, Ana Dorado Díaz
Servicio de Estadística. Consejería de Sanidad (Junta de Castilla y León)

Resumen

A lo largo de los últimos años España ha logrado unas tasas de crecimiento de su PIB superiores a la media de los países miembros de la UE y de la mayoría de los países integrantes de la OCDE. Este afianzamiento de nuestra economía en el denominado "estado del bienestar" tiene como principal consecuencia el incremento en la calidad demandada de servicios tales como la sanidad, la educación u otros dentro de los denominados "gastos sociales". Este incremento de la demanda ha provocado un estímulo en la oferta y producción de servicios sanitarios, pero no sólo de los públicos, sino también, y con una mayor fuerza, de los privados.

Introducción

El Informe Sectorial de julio 2004¹, elaborado por las Cámaras de Comercio, que ha tenido un gran recibimiento mediático, sitúa la sanidad como uno de los motores de la economía española. Dicho informe pone de manifiesto que la tasa real de crecimiento de las ramas de actividad de Sanidad destinada a la venta (privada) y Sanidad no

destinada a la venta (pública) está entre las más altas de todas las incluidas en los distintos sectores que recoge el estudio, desbancando a los que tradicionalmente han tirado de la economía en los últimos años, tales como la construcción. Los datos de 2003 revelan el cambio de tendencia que supone el predominio de la Sanidad en cuanto a tasa real de crecimiento de la producción y el empleo, que se man-

tendrá según las previsiones para los años 2004 y 2005 (Tabla 1).

Como revela el informe, la demanda interna va a seguir animando la economía, fundamentalmente potenciada por el sector servicios, con especial referencia a las ramas de actividad de la Sanidad. Este incremento de la demanda ha provocado una respuesta de la oferta, pero es importante resaltar que el incremento mayor se ha producido en la Sanidad destinada a la venta, motivado esto último por varias y complejas razones.

Mayor demanda de servicios

Merece la pena pensar en los posibles motivos que han provocado el incremento de la tasa real de crecimiento en la producción de Sanidad no destinada a la venta (o sanidad pública).

En primer lugar, el incremento de la renta de los españoles por encima del incremento del PIB nominal provoca un aumento de la renta disponible, lo que supone que una vez satisfechas las necesidades básicas, la demanda del individuo se dirija hacia bienes com-

plementarios y superiores tales como la sanidad.

Hay que valorar las causas relacionadas directamente con el cambio en las características del usuario/beneficiario del sistema universal de salud. Por una parte se ha incrementado su número, por la afluencia de inmigrantes que llegan a nuestro país y, por otra parte, aumenta la demanda por el envejecimiento de la población (bajas tasas de natalidad e incremento de la esperanza de vida), lo que nos sitúa ante una mayor y más asidua población demandante de la Sanidad no destinada a la venta. Sin embargo, el factor demográfico, aunque es importante, supone aproximadamente una tercera parte del incremento real de producción y empleo en los servicios de Sanidad, debiéndose los otros dos tercios al crecimiento de la prestación sanitaria media, es decir, al crecimiento de los recursos por persona y adopción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas².

El usuario demanda mayores servicios y una respuesta más rápida. En el caso de la sanidad, la oferta pública nunca podrá satisfacer toda la demanda. Este usuario, gracias a la sanidad priva-

Tabla 1

		Tasas reales de variación			
		94-03*	99-03 ⁽¹⁾	2003	04-05 ⁽²⁾
Sanidad destinada a la venta	Producción	4,4	4,8	5,8	5,0
	empleo	5,8	5,0	11,2	5,2
Sanidad no destinada a la venta	Producción	3,4	3,6	5,6	4,9
	empleo	3,1	3,2	6,1	3,8
Construcción	Producción	4,7	6,6	4,1	3,7
	empleo	5,2	6,6	3,7	3,0

Datos en tasas de crecimiento real: ⁽¹⁾ Media anual; ⁽²⁾ Previsiones

Fuente: Informe sectorial julio 2004. Cámaras de Comercio

da, consigue huir de listas de espera y un acceso más rápido a la asistencia de especialistas, a los que no tiene acceso en la pública en la medida que desea. Evidentemente, la oferta de sanidad privada o destinada a la venta ha detectado esta situación en el mercado, y esto provoca que la producción y el empleo crezcan a un ritmo mayor incluso que en la pública.

Gracias al avance de las cuentas satélite facilitado por el Ministerio de Sanidad podemos ver que, dentro del producto sanitario, el porcentaje que corresponde al sector privado ha aumentado en los últimos años (Tabla 2), a pesar de que este peso del sector privado posiblemente esté infraestimado.

Aumento y límites de la producción pública

El incremento en la producción del gasto sanitario público no sigue el mismo ritmo en todos sus capítulos desde un punto de vista de la clasificación económica del gasto, siendo destacable el hecho de que según datos de las cuentas satélite que conforman la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP), el ritmo o la tasa de crecimiento de los gastos de farmacia o servicios primarios es continuo e importante, pero menor que el correspondiente a los servicios hospitalarios y especializados. Otro gasto que crece exponencialmente es el correspondiente a la administración general e investigación. El aumento en gastos de administración general ha sido una consecuencia del proceso de

transferencias que recientemente se ha llevado a cabo.

Los Servicios de Sanidad no destinados a la venta han experimentado un crecimiento real muy importante que, como hemos visto, intenta atender el tirón de la demanda interna, pero el gasto público tiene unas limitaciones que van más allá del ámbito autonómico o estatal. Estamos hablando del Pacto de Estabilidad de los países miembros de la UE. Aunque renqueante en los últimos tiempos debido a la vulneración de sus condiciones por parte de dos de los países con más peso específico dentro de la UE (Francia y Alemania), sigue siendo y ha sido un pacto de obligado cumplimiento, que no permite déficit públicos superiores al 3% del PIB de cada país. Este límite supone que hay que buscar financiación autónoma para poder incrementar el gasto público, ya que la emisión de deuda pública tiene el límite mencionado y en todo caso sólo podría satisfacer gastos de capital, nunca corrientes. Esta búsqueda de financiación alternativa o "novedosa" para poder satisfacer un gasto en la sanidad pública cada vez más alto obliga a plantear decisiones políticas poco aceptadas, tales como el "copago", que tendría un mayor impacto sobre las rentas más bajas y sobre la población de más edad, o la imposición del denominado "céntimo sanitario" en el impuesto sobre hidrocarburos. Todo este tipo de decisiones son controvertidas y poco rentables políticamente, por lo que aún no es práctica generalizada, y aun llevándose a cabo, no supondrían un incremento importante de financia-

Tabla 2. Porcentaje sobre el total del gasto sanitario

	1998	1999	2000	2001	2002
Sector privado	27,37	27,89	28,37	28,59	28,42

Fuente: Avance de las cuentas satélite. Ministerio de Sanidad y Consumo

ción, lo que nos lleva a la cruda realidad de que la Administración Pública se encuentra atada de pies y manos para incrementar la producción de los Servicios de Sanidad no destinados a la venta salvo que recorte otros gastos, mejore su eficiencia o implante fórmulas alternativas de financiación de la sanidad, olvidándose de momento de incrementar los impuestos, expresión prohibida e inabordable, aunque no parecería descabellado pensar que un mayor y más desarrollado "estado del bienestar" necesita de un mayor número de recursos económicos.

Toda esta limitación al gasto público está amparada por la Ley 18/2001, General de Estabilidad Presupuestaria, que establece una serie de principios que también enuncia la Ley 47/2003, General Presupuestaria, tales como la estabilidad presupuestaria, el límite del gasto no financiero, un escenario presupuestario plurianual o la existencia de un fondo de contingencia. No obstante, no hay que olvidar que la Ley de Estabilidad Presupuestaria ha sido suavizada recientemente con una modificación a la misma, ni tampoco que en el último Consejo de Política Fiscal y Financiera se aumentó la capacidad de endeudamiento de las comunidades autónomas, aunque respetando siempre el Pacto de Estabilidad. Sin embargo, el límite al gasto público sigue ahí, y la deuda o déficit sanitario también, aunque habrá que esperar acontecimientos debido a las presiones que desde distintas comunidades autónomas se están ejerciendo con el fin de conseguir una solución a la financiación de la Sanidad.

En cualquier caso, y aunque los números demuestran que la tasa de crecimiento de los Servicios de Sanidad no destinados a la venta es muy importante, superando incluso el ritmo de crecimiento de la construcción, no es menos cierto que actualmente existe

un límite a la producción pública de Sanidad y que, por lo tanto, hay que seguir muy de cerca la evolución de la rama de actividad de servicios de Sanidad destinados a la venta.

El valor añadido

Hay que destacar que el crecimiento de la producción y el empleo que los servicios de Sanidad públicos generan en la economía no son sólo importantes por su propio valor, sino también por el efecto que producen en otros sectores de la economía.

La industria asociada a la sanidad corresponde a sectores de alta tecnología con gran valor añadido; no obstante encontramos que está muy localizada en Madrid y Cataluña, no aportando beneficios en otras comunidades.

Como consecuencia de la aprobación de la Ley 13/2003, de Concesión de Obras Públicas, es posible que se generalice en España el modelo que ha puesto en marcha la Comunidad de Madrid, que consiste en la construcción de ocho hospitales en menos de cuatro años mediante el otorgamiento de concesiones administrativas durante un período de treinta años. Con este modelo, la Administración contrata la construcción del hospital y la gestión del mismo salvo en lo relativo a la prestación sanitaria, sin efectuar desembolso alguno hasta la recepción de la obra en condiciones de funcionamiento, momento a partir del cual procederá a efectuar el pago de cánones periódicos por la explotación económica del mismo. Es un sistema que permite la creación de grandes infraestructuras sin grandes desembolsos, que además diluye el pago en el tiempo, y que favorecerá por una parte la construcción, y por otra a las empresas que subcontratadas presten los servicios accesorios estipulados, tales como la seguridad, limpieza, sumi-

nistro de fungibles, reposición de material... Este modelo, denominado de "participación pública privada", ha sido importado de Reino Unido y es políticamente apetecible porque permite la construcción en poco tiempo de infraestructuras que se pagan en treinta años y libera a la Administración de la gestión no sanitaria de los grandes centros. Además de lo anterior, supone una mayor prestación de servicios de sanidad no destinada a la venta, pero que no computa a efectos de déficit según criterios del SEC 95, salvo por el importe del canon anual que se paga. Aunque el efecto expansivo que genera en la economía puede ser pequeño si se mira ésta en su conjunto, es importante tenerlo en cuenta.

Crecimiento de la sanidad destinada a la venta

El ejemplo anterior es significativo porque pone de manifiesto una de las formas en las que la empresa privada puede generar un valor añadido al sector sanitario, y no sólo porque se involucre en la prestación de servicios accesorios y la construcción de infraestructuras, sino también porque el límite del gasto con el que cuenta la Administración ha provocado que esa mayor demanda de servicios sanitarios deba ser atajada por la oferta privada, es decir, por los servicios sanitarios destinados a la venta, que como pone de manifiesto el informe de las Cámaras de Comercio, expe-

rimenta un ritmo de crecimiento en producción y empleo superior a los servicios públicos, y se sitúa a la cabeza de las ramas de actividad que tiran de la economía desde el punto de vista de la producción.

En este sentido, es importante que la empresa aporte no sólo ese diferencial de demanda que no puede satisfacer el sector público debido a su nivel de exigencia en cuanto a plazos y atención personalizada, sino que intente generar valor añadido con un servicio de calidad y a buen precio, liberando también en parte al sector público. El incremento de renta disponible por encima del incremento del PIB nominal acabará provocando que los que intentan justificar el copago u otros instrumentos de financiación recaudatorios tengan más argumentos a su favor, lo que sin duda provocará que parte de la demanda de sanidad pública se desplace hacia la oferta privada, ante lo que ésta deberá responder y, por lo tanto, estar preparada.

Citas bibliográficas

1. Informe Sectorial. Julio 2004. www.camaras.org
2. Puig-Junoy J, López Casasnovas G, Ortún V, y cols. ¿Más recursos para la salud? Centro de Investigación de Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra.



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

Ignacio Ayerdi
Philips Sistemas

Introducción

Voy a referirme en este artículo al caso específico del valor añadido por las empresas de *Diagnóstico por Imagen*, porque es el sector que mejor conozco y porque siendo inevitable las coincidencias con otros sectores, espero que la diversidad de tecnologías aplicadas a la sanidad se traduzca en aportaciones de valor diferenciadas por las distintas empresas. En mi caso pretendo identificar aquellos que sean más específicos de las empresas de Diagnóstico por Imagen.

Antes de ello quiero resaltar que toda empresa activa en el ámbito sanitario aporta al menos dos valores importantes para la sociedad como son la generación de *empleo y riqueza*, y el *contribuir a la mejora de la prestación sanitaria*.

La especialidad de Diagnóstico por Imagen, relativamente joven pues apenas tiene poco más de un siglo, ha tenido una enorme influencia en la evolución positiva de la práctica médica y ha experimentado una transformación espectacular en los últimos veinticinco años, convirtiéndose en la disciplina diagnóstica más importante de la medicina.

Relevancia de la tecnología en la especialidad

La *Radiología/Diagnóstico por Imagen* es una especialidad no sólo con una enorme dependencia de la tecnología sino que, en este caso, se da la particularidad única de que la *Tecnología (Rayos X)* ha creado la *Especialidad (Radiología)*.

En la actualidad la Tecnología de *Diagnóstico por Imagen* abarca una amplia gama de equipos/sistemas, siendo los más significativos:

- Radiología convencional/digital.
- Radiología intervencionista.
- TAC (Tomografía Axial Computarizada).
- RM (Resonancia Magnética).
- Ecografía.
- Medicina nuclear.

Todas estas tecnologías se han desarrollado para subsanar la falta de transparencia de la piel para con el ojo humano, y nos permiten hoy en día ver

con todo detalle cualquier órgano o estructura del cuerpo humano independientemente de su posición y composición. Es evidente que la evolución de la tecnología ha condicionado enormemente la evolución de la especialidad y ésta a su vez de la medicina. En una importante encuesta realizada recientemente en EE.UU. a un elevado número de personas del sector sanitario salió el TAC como el invento que mayor impacto ha tenido en el desarrollo sanitario en el siglo XX, por encima de cualquier medicamento o técnica quirúrgica.

La tecnología de Diagnóstico por Imagen ha contribuido de manera significativa a:

Mejoras médicas

- Reducir la incertidumbre clínica.
- Diagnósticos más precoces y precisos.
- Mejor indicación de los procedimientos terapéuticos.
- Evaluación de los tratamientos.

Mejoras de productividad

- Reducir la estancia hospitalaria, al permitir la sustitución de procedimientos quirúrgicos por técnicas intervencionistas.
- Descargar actividad hospitalaria por ambulatoria, al permitir/potenciar la cirugía mínimamente invasiva.

Valores añadidos

La relación de actividades de una empresa de este tipo es:

- Asesorar.

- Vender.
- Instalar.
- Enseñar el manejo de los equipos.
- Servicio técnico preventivo y correctivo.
- Recuperación de los equipos una vez fuera de uso.

Actividades que de por sí justifican su existencia, pero además al menos algunas de ellas realizan otras actividades complementarias que realzan su valor añadido. Entre las más significativas quiero señalar:

a) Ayudar a la planificación de los Departamentos de Imagen.

La tecnología de Imagen Médica evoluciona con gran rapidez y dadas las implicaciones arquitectónicas que tiene la implantación de estos equipos y la dificultad de sincronizar estos cambios con cambios estructurales, aconseja una comunicación fluida entre los profesionales sanitarios, los arquitectos y los técnicos de los equipos para definir aspectos tan importantes como:

- *Tipo y cantidad de equipos:* estas empresas disponen de la competencia necesaria y son consultadas para evaluar la demanda potencial de exploraciones de Diagnóstico por Imagen en un área determinada y traducir esta demanda en el número y tipo de equipos necesarios para satisfacerla.
- *Requerimientos espaciales:* las características de los equipos de Diagnóstico por Imagen imponen demandas significativas en: estructuras, espacio, suministro eléctrico, aire acondicionado, red de datos, etc. Es muy frecuente que los arquitectos y jefes de radiología requieran asesoramiento en todos estos temas de

los técnicos de las empresas, así como su opinión sobre nuevas tendencias/desarrollos para dotar de flexibilidad al Departamento de Imagen, para que puedan incorporar nuevas tecnologías.

- *Distribución de áreas/flujos*: igualmente a demanda aportamos soluciones en la definición de flujos y distribución de áreas, que permitan una circulación eficiente tanto de los pacientes como del personal sanitario.
- *Asesoramiento en protección radiológica*: los equipos de Imagen utilizan radiaciones del espectro electromagnético que o bien son ionizantes como los rayos X y rayos Gamma (Medicina Nuclear) y es necesario proteger a los pacientes y personal que utiliza los equipos de estas radiaciones; o utilizan señales de radiofrecuencia, que son muy sensibles a perturbaciones externas y que a su vez pueden perturbar el entorno. Todo ello se traduce en frecuentes consultas a nuestros técnicos por parte de los radiólogos y los físicos de protección radiológica.

b) Gestionar la tecnología. Las inversiones asociadas a los equipos de Imagen y a su mantenimiento son significativas, lo que ha promovido la centralización de su compra a niveles regionales y extendido la idea –por otra parte no muy fundada a la vista del gasto *per cápita* en este concepto (5 euros en el año 2003)– de ser estas inversiones uno de los elementos que más han contribuido al incremento de la factura sanitaria. El debate se centra exclusivamente en el coste de la tecnología, sin considerar el coste de la no tecnología (diagnósticos tardíos que tienen un gran impacto en el pronóstico del paciente y en los costes del tratamiento...).

Su ciclo de vida –por la innovación tecnológica– se acorta, lo que provoca una prematura obsolescencia de los equipos y al no existir en los hospitales españoles la figura de Gestor de Tecnología, con frecuencia se desaprovecha el conocimiento disponible en las empresas para plantear soluciones de actualización y en definitiva de mejorar la gestión de la tecnología.

c) Formación/educación en el uso adecuado de las tecnologías. Las empresas del sector cuentan con departamentos de aplicaciones con personal técnico y sólida formación sanitaria en el ámbito correspondiente para llevar a cabo las tareas de formación de los técnicos de Rayos X, y de los médicos usuarios de dichos equipos para que puedan sacar el adecuado rendimiento. Cuando se trata de nuevas tecnologías, como por ejemplo la resonancia magnética la labor de formación/educación es ingente y a veces exige la presencia de foráneos con experiencia o estancias en el extranjero.

Asimismo, la organización de eventos internacionales por las empresas facilita el contacto de clínicos españoles con colegas internacionales.

d) Colaboración/financiación sociedades científicas: Seram/Sociedad de Física-Médica. La colaboración cubre:

- Congreso nacional, congresos regionales y de sociedades filiales.
- Revistas de las distintas sociedades.
- Becas nacionales e internacionales.
- Ayudas a congresos internacionales.
- Páginas web.

e) Ejecución de obras civiles asociadas a la instalación de equipos. Es cada vez más frecuente que la adquisición de los equipos de imagen de cierta envergadura lleve asociada la obra civil de acondicionamiento del espacio donde se va a instalar el equipo, por lo que las empresas se han visto obligadas a incorporar en su plantilla a especialistas en planificación y ejecución de proyectos y obras.

f) Gestión del cambio cultural y de organización en procesos de automatización de Departamentos de Imagen.

La implantación de procesos de automatización de departamentos de Imagen RIS y PACS requiere para que tengan éxito un estadio previo de adaptación de la organización a la nueva situación. En muchos casos cae sobre la empresa adjudicataria la tarea de gestionar el cambio cultural de la organización y los conflictos asociados.

g) Coparticipación en proyectos de desarrollo de nuevas tecnologías/aplicaciones de ámbito nacional e internacional.

Al igual que con otras tecnologías, el proceso continuo de innovación exige incorporar en el desarrollo de nuevos productos/aplicaciones a los clínicos para tener presente sus requerimientos y para facilitar su evaluación. Pues bien, algunas empresas han estimulado activamente la participación de grupos españoles en proyectos de I+D+I tanto nacionales como internacionales, en muchos casos consiguiendo financiación para el hospital.

Conclusión

Todas estas labores complementarias las realiza la industria encantada, y es indudable que podría realizar otras más, lo único que echamos de menos es el reconocimiento a estas tareas. También me permito sugerir que cuando se nos encargan tareas como obras civiles, que no son específicas de nuestra industria, se nos pague adecuadamente ese servicio, para evitar que, como ocurre con frecuencia, su coste se financie vía el margen –ya de por sí deteriorado– de los equipos–. Quiero también destacar que el precio al que se venden estos equipos en España es notablemente más bajo que en nuestro entorno, siendo la mayoría de ellos importados, y las condiciones de pago son incomparablemente peores. Ello en sí mismo es otro importante valor añadido, que aunque no totalmente de nuestro agrado, damos al sistema sanitario español, aunque si la situación persiste, puede llegar a ser insostenible.

En definitiva, quiero aprovechar esta oportunidad que se nos da en este monográfico para ofrecer toda la potencialidad que tienen las empresas de nuestro sector para colaborar con los gestores y usuarios en optimizar la implantación/gestión y uso de la tecnología de Diagnóstico por Imagen en los hospitales españoles.



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

Alfonso Aguilera Sastre, J. Ignacio Calero Fernández
Siemens S.A., Medical Solutions

El desarrollo de la sociedad occidental desde finales del siglo XIX, con el traspaso de la población rural agraria a una población urbana dedicada a los servicios y la industria, los desarrollos de tecnología que se producen, sobre todo, desde la primera Guerra Mundial, los progresos de la práctica médica, las demandas crecientes de prestaciones sociales con un largo período de paz y prosperidad, forman el marco en el que va a crecer la industria electromédica.

Podemos considerar el descubrimiento de los Rayos X, que W.C. Roentgen presenta oficialmente el día 28 de diciembre de 1895, como el auténtico punto de partida del diagnóstico por la imagen y la radioterapia, uno de los sectores más dinámicos en el mundo de la salud y desde el que en muchas ocasiones se ha dado el salto a otros tipos de técnicas relacionadas o integradoras.

Como fruto de las mencionadas realidades y tras un lento avance de la radiología convencional, en Siemens podemos resaltar los siguientes hitos: 1890. Presentación al mercado del primer taladro dental eléctrico producido industrialmente.

1896. Producción del primer tubo de Rayos X, un año después de su descubrimiento.

1911. Electrocardiograma con amplificador electrónico.

1913. El audífono eléctrico.

1956. Equipo universal para medicina nuclear.

1958. El primer marcapasos implantable.

1966. El primer ecocardiógrafo.

Todos recordamos la aparición de la Tomografía Axial Computerizada, de la que podemos ya anunciar la reciente puesta en el mercado de un equipo capaz de realizar 64 cortes, o la Resonancia Magnética, de la que actualmente se están instalando equipos con la técnica *Total Imaging Matrix*, que facilita la exploración del cuerpo entero en poco más de 12 minutos.

Así podríamos seguir, pero deseamos entrar en aspectos más amplios que el puramente tecnológico y dar una pincelada de cómo la industria del sector se alinea con la salud y sus distintos actores involucrándose decidida y activamente en el conjunto de problemas que se presentan a la sociedad y los pacientes, a los médicos y personal sanitario y a los gestores.

Podemos señalar que miles de personas altamente cualificadas intercambian cada día información en las distintas áreas y sistemas de salud del mundo, aportando esos conocimientos a sus respectivos centros de I+D+I. Igualmente, es práctica habitual que las empresas convoquen foros de diálogo internacionales con líderes de opinión para conocer de primera mano y en discusión abierta los problemas, confrontando necesidades con posibilidades tecnológicas y, lo que es muy importante, ver y configurar el futuro.

En este punto, y situados en nuestro país, podemos afirmar que sería deseable profundizar en el diálogo intersectorial pues es fluido con los facultativos, algo menos con el estamento gerencial, y pobre y muy puntual con la administración, que sigue en muchos casos viéndonos como un problema más en la generación del gasto.

El equipamiento electromédico no es la fuente para controlar el gasto sanitario, pero sí puede ser la fuente de un diagnóstico más seguro, un tratamien-

to mejor focalizado y un proceso curativo menos intensivo en personal y con mayor eficiencia económica. Durante la última centuria las expectativas de vida en los países industrializados prácticamente se ha duplicado, pasando de los 40 a los 80 años y entre sus causas, evidentemente, se encuentra la innovación tecnológica. Ese magnífico dato se encuentra acompañado de un incremento en los costes de la sanidad, que en los países europeos supone cerca del 35% entre 1992 y 2000 (de 550 a 742 billones de euros). En ese periodo la inversión en alta tecnología permanece constante y sólo supone un 0,2% sobre el gasto total anual. El total de inversión en tecnología electromédica supuso el 1% y si calculamos los gastos de explotación de la misma debemos añadir otro 4%.

Focalizar el debate únicamente en la reducción de costes, como es bastante habitual en nuestro país, en parte por la reducida dotación presupuestaria y por consiguiente la poca capacidad de maniobra de los gestores, no ayuda a cubrir las expectativas de la sociedad. No sólo tenemos la obligación de que el sistema sea sostenible, sino también la de procurar un continuo incremento de la calidad de la atención. La llave consiste en poder detectar las enfermedades con mucha más antelación, así aumentarían las posibilidades de una completa curación con menores costes. En la actual situación podemos tratar bien los casos agudos y con calidad pero con una situación de costos no ideal en la que también cuentan las situaciones adversas y los errores.

Si vemos la salud como un proceso integrado, la prevención sería el primer paso en el que debemos intentar que mucho antes de que se produzcan las primeras manifestaciones clínicas, podamos identificar la predisposición, diagnosticarla y tratarla, posiblemente

con una combinación de marcadores moleculares, tecnologías de la información e imagen. Nuestra visión se focaliza en la enfermedad, en el paciente y en los flujos de trabajo.

Esta visión comprende la necesidad de soportar el conocimiento en eficaces tecnologías de la información (IT). La medicina, que se basa en el conocimiento (éste se duplica cada cinco años) y la información, utiliza en grado creciente esas tecnologías cada vez más sofisticadas. Entre 2003 y 2008 el mercado global en esta área se puede duplicar pasando de 12,7 a 20,5 billones de euros, superando al de diagnóstico por imagen.

Hoy podemos, por ejemplo, proporcionar una plataforma de software común, Syngo, para las modalidades diagnósticas y terapéuticas con un interfase unificado que hace mucho más fácil su aplicación.

Nadie pone en duda los beneficios y el potencial de los sistemas de IT que integren todos los componentes y aspectos de la salud, gestores, médicos, aseguradoras y pacientes, incluso desde su domicilio. Son varias las comunidades que han comenzado a caminar en ese sentido hacia el cambio.

Ese proceso de evolución demanda un incremento importante del soporte de las IT y lo podemos estructurar en cuatro niveles con gran potencial de mejora:

- *Gestión de utilización*, los sistemas de diagnóstico y tratamiento se optimizan por tipos de enfermedad, no todos se pueden utilizar para todo, pero todos tienen una capacidad específica si se dotan con los programas adecuados. Por ejemplo, modernos TAC pueden proporcionar una mejor base diagnóstica que un cateterismo convencional y de

forma menos invasiva. La angiografía sigue siendo el método de elección en intervencionismo. "Vemos el camino para incrementar en el 30% el ritmo de pacientes en el TAC con un 10% menos de costes en el ciclo de vida del equipo *Ludwig Maximilian Universität, München*".

- *Gestión de los flujos de trabajo*, supone la optimización de los mismos dentro del hospital. Prerrequisito para ello es el disponer de un sistema de registro electrónico de pacientes donde almacenar todos los datos relevantes, historia clínica electrónica, con nuevas herramientas informáticas para el registro y recuperación de la información; equipos portátiles inalámbricos que garantizan el acceso *anytime, anywhere*; herramientas de ayuda a la protocolización del trabajo clínico que permiten unificar los procedimientos; ayudas al cambio del trabajo por datos al trabajo por procesos; sistemas automáticos para los procesos de medicación reduciendo los errores. Vemos el camino para reducir la rotación de medicamentos en un 52% con una reducción del 35% de los errores *Cincinnati Children's Hospital*.
- *Gestión por enfermedades*, es una aproximación al manejo de los procesos para cuidar las enfermedades crónicas incrementando la salud el resultado económico. Según la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades consumen el 60% del gasto en salud y con tendencia creciente. El propósito es eludir las situaciones críticas, lo que podemos conseguir con sistemas de monitorización y tecnologías de la información. Un ejemplo, los pacientes diabéticos que tienen que controlar regularmente el nivel de glucosa en estos momentos lo pueden hacer en su casa y enviar los datos por el teléfono móvil a su centro sanitario, co-

mo nos anuncia uno de los operadores de telefonía de nuestro país. Igualmente, y desde cualquier parte, una persona entrenada puede mediante una cámara láser hacer los controles del fondo de ojo enviando electrónicamente los resultados.

- Gestión de la salud, entendiendo así la posibilidad de tener eficientes medidas que ayuden a mantener la salud de la población el mayor tiempo posible. Aquí se integran en un solo proceso la detección precoz, los procedimientos de *screening* basados en la evidencia y las guías clínicas igualmente basadas en la evidencia.

Un continuo cuidado de la salud sólo es posible si se puede disponer de la completa información, se define la calidad de las medidas y todo ello se hace accesible a todos los implicados. La clave para ello se llama Telemática. Plataformas telemáticas con información estructurada, que suministran la información, con consentimiento del paciente, al lugar adecuado, tienen un enorme potencial de aumentar la transparencia con mejoras en la calidad y los costes. Podremos conectar entre sí los hospitales, con sus centros de salud, con aseguradoras, consultas, servicios de emergencia, unidades de cuidados móviles, cuidados y seguimiento domiciliario, etc.

Otra posibilidad que ofrece amplias posibilidades de reducción de costes nos la ofrece la utilización del *Applica-*

tion Service Providers, fórmula que libera al centro sanitario de tener que invertir en hardware propio, en mantener un departamento propio de informática y de operar su propio centro de datos. Todo ello se puede subcontratar y centralizar en el proveedor. Para nosotros esto es una realidad en Estados Unidos, donde gestionamos 1.200 centros sanitarios con más de 200.000 médicos y más de 137 millones de transacciones/día, y todo con sólo 75 personas; el efecto económico es espectacular.

Toda la visión que hemos expuesto demuestra clarísimamente la necesidad de compartir conocimiento entre la industria, los profesionales de la medicina, los gestores, los políticos e incluso los pacientes. Cualquier solución será todo lo buena y coste-eficaz como profundo sea ese intercambio. Ha pasado el tiempo en que hemos sido vendedores/compradores de equipos para entrar en el mundo de la venta/compra de soluciones, de las que no podemos dejar fuera las financieras y pasando de puro proveedor a ser socio estratégico.

No debemos dejar de mencionar los aspectos formativos que aporta la empresa: un personal propio altamente cualificado y que se forma al ritmo de la innovación, técnicos de aplicaciones que instruyen a miles de usuarios de forma continuada, esponsorización de congresos científicos de múltiples especialidades médicas, congresos de gestores y otras áreas, como ingenieros hospitalarios, ATR y ATS.



La empresa de tecnología sanitaria en el Sistema Sanitario

Javier Colás Fustero
Director General Medtronic Ibérica

Para hablar del papel de la industria de tecnología sanitaria en el Sistema Nacional de Salud conviene comenzar por hacerse una pregunta más amplia: ¿qué misión le asigna la sociedad a la industria de tecnología sanitaria?

Creo que la respuesta es clara, al menos nosotros como industria la tenemos: nosotros entendemos que la sociedad nos pide *soluciones tecnológicas que ayuden a resolver o a paliar los problemas clínicos no resueltos*.

A eso nos venimos dedicando desde hace décadas y basta con darse una vuelta por los servicios de diagnóstico o quirúrgicos, o en concreto por el servicio de cardiología de nuestros hospitales, para darse cuenta de que desde luego nuevas soluciones tecnológicas no han faltado.

Está claro que estas tecnologías en muchos casos han venido a sumar gastos al Sistema Sanitario y, como algunos dicen, a "atentar" contra la sostenibilidad del Sistema Sanitario. A éstos yo les suelo decir que más se atenta contra el Sistema Sanitario no facilitando las soluciones tecnológicas existentes, que mejoran el tratamiento de los problemas clínicos a disposición de to-

dos los pacientes que podrían beneficiarse de ellos.

Y aquí es donde llegamos al nudo de la cuestión. ¿Puede el Sistema Nacional de Salud ofrecer todas esas nuevas tecnologías sanitarias a todos los beneficiarios y además gratis?

No lo sé. Puede que no, seguramente no, pero eso hay que explicárselo a la sociedad, hay que preguntarle claramente hasta dónde quiere llegar, en qué prefiere invertir, o incluso si está dispuesta a participar en el coste de estos tratamientos.

Sólo así, creando una sensibilidad en la sociedad hacia el coste de la asistencia sanitaria, la encontraremos luego receptiva a las propuestas de alternativas para mejorar la sostenibilidad de la financiación del Sistema Sanitario Público.

Y, desde luego, no se ayuda a crear esa sensibilidad propagando la calificación de que nuestro Sistema Sanitario es el "mejor del mundo"; seguramente es el más eficiente, es decir, el que gastando menos por habitante y año (entre los de la UE de los 15) consigue un mejor resultado. Pero no puede ser "el mejor

del mundo" un sistema sanitario con los niveles de inequidad disfrazados de variabilidad en la práctica clínica que tiene el sistema español. O con los períodos de espera, reflejados o no en las listas, que los pacientes deben sufrir para obtener un diagnóstico o alcanzar la intervención quirúrgica que necesitan.

A veces, en el fragor del debate político sobre la sostenibilidad de la financiación del sistema sanitario, se escuchan voces que defienden que el "problema de la financiación no estriba en su cantidad, sino en cómo se gasta". A estas personas conviene recordarles que no sólo nuestro sistema es muy eficiente, como ya expuse anteriormente, sino que esa eficiencia está mayoritariamente basada en una serie de gestores profesionales, con nombre y apellidos, que serían considerados "héroes" en cualquier organización sanitaria de otro país, por hacer tanto con tan poco. Y en otra serie de profesionales médicos, que sacando recursos de debajo de las piedras, llamando a todas las puertas que puedan ayudarlos y con una compensación por su esfuerzo extraordinario puramente moral, consiguen dispensar a sus pacientes las mejores alternativas terapéuticas, aunque con ello se conviertan en agresores al presupuesto del hospital.

Pero no toda la tecnología sanitaria atenta contra el presupuesto. Afortunadamente, una parte importante de nuestro foco en I+D está puesta en tecnologías que por su eficacia permiten sustituir terapias más costosas me-

yorando la eficiencia de la inversión. Y aquí tenemos una de las áreas de evidentes posibilidades de mejora. Muchas veces sufrimos una gran frustración al comprobar cómo tecnologías que podían suponer ahorros importantes en determinadas prestaciones sanitarias no producen estos ahorros porque las rigideces de las organizaciones del sistema impiden su correcta inserción, abriendo una brecha entre la eficacia y la eficiencia de estas tecnologías, por la que se nos pierden los beneficios esperados.

No quiero terminar sin comentar un aspecto que me parece fundamental. La industria sanitaria como creador de valor en la sociedad. Me resulta sorprendente que todos entendamos que el turismo es nuestra primera industria nacional, que crea una importante bolsa de empleo en nuestra sociedad y que contribuye de forma importante a nuestro PIB. ¿Y la Sanidad? ¿Cuál es la contribución de la industria sanitaria al PIB? ¿Y al empleo? Y además, ¿cuántas horas de trabajo, cuanto PIB "recuperamos" desde la Sanidad a base de devolver la salud y las posibilidades de trabajar a muchos miembros activos de nuestra sociedad?

Invertir en salud es también crear riqueza.

Sensibilizar a la sociedad en dedicar los recursos necesarios para disponer de un Sistema Sanitario de calidad equitativo y gratuito es la clave de la sostenibilidad.



El valor añadido que la empresa privada puede (y debe) aportar a la gestión sanitaria pública

Javier Elola
Presidente de CODEH Internacional y de Elola Consultores

Estoy, desde mucho antes de iniciar mi actividad en el sector privado^{1,2}, aliado con aquellos que, como el profesor Barea o Xavier Trias, opinamos que si bien la sanidad debe ser fundamentalmente pública (financiación mediante impuestos, aseguramiento universal y gestión hegemónicamente pública), los servicios sanitarios (hospitales, centros de salud) deben gestionarse empresarialmente^{3,4}. Un problema de nuestro sistema sanitario es, precisamente, que los centros de provisión de servicios, especialmente los hospitales, no están –en su inmensa mayoría– configurados como empresas de servicios, y que en aquellos que sí lo están –empresas públicas u otras “nuevas formas de gestión” – no se ha resuelto el problema de transferir de forma eficaz la “autonomía de gestión” (transferencia de responsabilidad y riesgo) desde la autoridad sanitaria al gestor. Me he permitido modificar ligeramente el enfoque que propone este número monográfico de la revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, para hablar no tanto sobre el valor añadido de la “empresa” en general, pues para mí un hospital público es una empresa que, frecuentemente, no se reconoce ni es reconocible como tal, sino sobre el va-

lor que puede –y debe– añadir la gestión privada a la sanidad pública.

Nuestra experiencia de gestión de un hospital público en régimen de concesión administrativa es muy positiva⁵. En parte, el éxito de esta experiencia se debe a la claridad de sus reglas: existen unos recursos (la financiación pública prevista en el contrato con el Ministerio de Salud Pública) que debemos optimizar para que la empresa sea viable; tenemos unos clientes “externos”, intermedios (los responsables políticos) y finales (los pacientes y usuarios), cuyas demandas tenemos que satisfacer, para que sea sostenible; así como unos clientes “internos” (todo el personal y, especialmente, los profesionales), que deben alinear sus intereses con los de la empresa para que ésta sea eficiente y dé un servicio de calidad. Los resultados, en términos de calidad (científico-técnica y percibida), satisfacción ciudadana y eficiencia muestran con meridiana claridad el valor que nuestra empresa ha añadido a la sanidad pública salteña. En mi experiencia, la nitidez de las reglas de juego –sencillas, pero frecuentemente mistificadas en la gestión pública directa– es una parte esencial del éxito de la experiencia. Asimismo, una visión

de “mejor de la eficiencia social” de la sanidad pública contribuye notablemente a tomar decisiones correctas en encrucijadas que pueden ser complicadas.

Señalo nuestra experiencia con el Nuevo Hospital “El Milagro” porque creo que es pertinente en el contexto del sector sanitario español por dos aspectos vinculados al valor que la gestión privada puede (y debe) añadir a la sanidad pública. El primero es relativo a los elementos organizativos y de gestión vinculados a una transferencia efectiva de riesgo desde el financiador público a la empresa privada. El segundo está conectado con una tendencia bastante generalizada en nuestro entorno, relativa a iniciativas de concesión administrativa en hospitales públicos.

Aspectos organizativos y de gestión

No hace mucho se ha producido un intenso debate en relación con el *National Health Service* (NHS) británico provocado por un artículo que comparaba la eficiencia del NHS con la de una *Health Maintenance Organization* (HMO) del Estado de California: la *Kaiser Permanente*^{6,7,8}.

Después de analizar el funcionamiento de Kaiser Permanente, Ham señalaba, aparte de aspectos relativos a la integración de los cuidados y el sistema de atención a las personas mayores, que “El NHS puede también aprender de la experiencia de Kaiser en involucrar a los médicos en el desarrollo y soporte de un modelo integrado de asistencia”.

La aproximación de Dixon y cols.⁸ al estudio del aparente éxito de Kaiser Permanente se centra en los aspectos organizativos y de gestión, señalando, entre otras, como claves las siguientes:

- Las presiones competitivas entre HMO generan un incentivo para la innovación.
- Los médicos tienen un papel importante en la gestión.
- Los objetivos son consensuados entre clínicos y gestores, y existen incentivos financieros para mejorar la asistencia.

Competencia, participación en la gestión, riesgo e incentivos son elementos que, sin estar necesariamente reservados a la gestión privada, están mucho más cercanos a ella que la gestión burocrático-administrativa dominante en nuestro sistema sanitario público¹⁰.

Las concesiones administrativas de hospitales públicos

La Comunidad de Madrid ha licitado la construcción del Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda y la gestión de trece de sus servicios (desde el mantenimiento del edificio e instalaciones hasta la esterilización, pasando por los de lavandería, limpieza, restauración, etc.), que representan aproximadamente el 10% sobre el gasto total del futuro hospital; esta iniciativa se extenderá a otros siete hospitales de la misma comunidad autónoma. La Comunidad de las Islas Baleares ha anunciado, para el hospital que sustituirá a Son Dureta, una iniciativa similar¹¹. Estas iniciativas son formas de *Public Private Partnership* (PPP) para la gestión de hospitales públicos que también se están empleando en otros países de la Unión Europea, como en Reino Unido¹² y Portugal¹³. Aunque los criterios de rentabilidad están, lógicamente, presentes, existe una conciencia generalizada entre las distintas empresas y profesionales implicados en estos proyectos de que éstos serán viables y sostenibles en el tiempo si “añaden valor” a los proce-

sos asistenciales (Majadahonda) o a la mejora de la eficiencia social –otra forma de “añadir valor”– de los recursos de la sanidad pública portuguesa. En este “añadir valor” se ha vuelto a reproducir la experiencia mencionada al inicio en el sentido de que, para conseguir los objetivos, las empresas involucradas deben desarrollar mecanismos de cooperación (*partnership*) entre aquellas que se agrupan para formar consorcios; entre éstos y sus clientes internos, y también con las propias administraciones. Una breve parada en el concepto de relaciones de *partner* para señalar un hecho que, siendo conocido, no se afronta: es preciso incorporar el concepto de “socio” en la relación entre el profesional y el gestor. La gestión sanitaria se parece (como sistema adaptativo complejo¹⁴) más a la agricultura que a la industria, por ello sistemas gerencialistas (públicos o privados) tienen escasas posibilidades de éxito.

La integración –más que la suma– de *know-how* y experiencia de distintas empresas también puede añadir valor en comparación con una aproximación, en general, bastante monolítica de la gestión sanitaria pública en España, que si bien ha dado algunos pasos en relación con la externalización de servicios, éstos son tímidos en amplitud (restringidos básicamente a los servicios generales) y calidad de la relación –de subcontratación, en lugar de “societaria”–.

Poder y deber

He utilizado a lo largo de esta breve nota, de forma intencionada, las palabras “poder” y “deber” en relación con el potencial de la gestión privada para añadir valor a la sanidad pública. Como he señalado, creo que la iniciativa privada puede contribuir de forma notable a mejorar la eficiencia y la calidad de la

asistencia sanitaria. Sin embargo, la gestión privada, en sí misma, no tiene valores taumatúrgicos. Las reglas de juego que establece la administración pública tienen una importancia fundamental para que la gestión privada añada valor al sistema; y estas reglas de juego deben estar basadas en la búsqueda de la eficiencia social y en la transparencia, evidentemente, pero también en la cooperación más que en el recelo. Por otra parte, la iniciativa privada debe, para realmente añadir valor, evitar algunas tentaciones, entre ellas:

- El reproducir las formas de relación “política”, dominantes en la gestión pública, en lugar de legitimarse a través de la eficiencia y la calidad.
- La tendencia especulativa, en el sentido de que un sector de producción basado en el conocimiento requiere proyectos empresariales de largo alcance, en lugar de una mentalidad centrada en el EBIT a corto plazo que permita “dar el pase” y la inmediata realización de beneficios.
- Por último –aunque existen otros riesgos–, la mentalidad “economicista”, en el sentido de hacer una política de “recortes de gasto” en lugar de enfocarla a la mejora de la eficiencia y de la calidad, que es –en sí misma– evitar el despilfarro¹³.

Referencias bibliográficas

1. Eloia J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. 1983-1990. Madrid: FIS; 1991.
2. Eloia J. Política sanitaria española. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
3. Barea J. El hospital, empresa de servicios. I Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Hospitalarios. Hellín; 1993.

4. Trias X. La gestión empresarial de la sanidad. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1992.
5. Eloia J, Buxaderas L, Espinosa R, Roma J. La implantación del modelo Core en el Nuevo Hospital El Milagro. Próxima publicación en "Premios Profesor Barea, III Edición".
6. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 135-143.
7. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente and the US medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327: 1257-1260.
8. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organizations? *BMJ* 2004; 328: 223-225.
9. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital based utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327: 1257-1260.
10. Eloia J. Gestión del Sistema Nacional de Salud, ¿se puede?, ¿se debe?, ¿cómo? *Rev Adm San* 2004; 2: 375-386.
11. Hble. Sra. Ana María Castillo Ferrer. Intervención en la Jornada de CODEH Internacional: "Gestión integral de infraestructuras hospitalarias. Capitalización del Sistema Nacional de Salud", Madrid, 29 de septiembre de 2004.
12. Private Finance Initiative. HM Treasury. An Introduction to the private finance initiative. London: Treasury; 1997.
13. Hospital de Loures. Em regime de Parceria Publico-Privada. Programa de Procedimiento. Enero, 2004; Hospital de Cascais. 1 Septiembre, 2004.
14. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm. Washington: National Academy Press. 2001.



El cambio de la relación de los proveedores tecnológicos con las organizaciones sanitarias

Juan Fajardo
Director General de Novasoft

A principios de los años ochenta, Eastman Kodak era una de las veinte mayores corporaciones industriales de Estados Unidos. Catherine Hudson, máxima responsable de sistemas de información, gestionaba un presupuesto de 250 millones de dólares anuales. Un día lanzó la siguiente reflexión a sus colaboradores: "¿por qué estamos gastando tanto en algo que no es la fotografía?", "¿debemos invertir 250 millones de dólares de nuestros accionistas en tecnología informática?". Pronto alcanzó una conclusión revolucionaria: "nuestra misión no es ser un líder informático; ha llegado el momento de explorar nuevas opciones". Daba comienzo la era de la externalización y de la colaboración tecnológica con la industria de la tecnología.

Desde entonces, y sin llegar en la mayor parte de los casos a los extremos de Kodak, muchas empresas y la propia administración pública han interiorizado esta filosofía. La progresiva madurez de la oferta (indicadores, contratos SLA, sistemas de gestión, etc.) y el establecimiento de los mecanismos necesarios para que el cliente guarde el activo más valioso, el conocimiento, han hecho de la externalización y de la relación de socios tecnológicos una de las tendencias más claras del mercado.

Todos aquellos que nos jactamos de llevar ya más de una década involucrados en el sector de los sistemas de información sanitarios contamos alguna vez experiencias ya lejanas en las que tuvimos dificultades para justificar y defender ante nuestros clientes de la Administración Sanitaria pequeñas ofertas de servicios que acompañaban a voluminosas ofertas de equipamiento.

Hoy podemos decir que esta situación ha cambiado realmente y que la percepción de todos los niveles de la Gestión Sanitaria ha subido dos enormes peldaños.

El primer avance, que fue superado hace ya un tiempo, ha sido el cambio de la imagen de las empresas "proveedoras tecnológicas" hacia "la empresa proveedora de soluciones tecnológicas".

Este cambio lleva consigo una mayor comprensión y aceptación por parte de las organizaciones y empresas sanitarias de que los proyectos y propuestas de dichas empresas deben ser una respuesta a los problemas de dichas organizaciones y éstos deben ser evaluados conjuntamente, aunando la experiencia de los gestores en la complejidad de los problemas de este

sector y el conocimiento del proveedor tecnológico, capaz de esquematizar dicho problema y diseñar, planificar y evaluar las soluciones adecuadas sumando el conocimiento tecnológico con la aportación de recursos y servicios suficientes y profesionalmente preparados para ello.

Las razones de este cambio de visión han sido una combinación de múltiples factores simultáneos y recurrentes, que han influido en los distintos entornos involucrados:

Por una parte, el sector sanitario, aunque es reconocido que con mayor dificultad y lentitud por la complejidad que le es inherente, no ha podido dejar de subirse al tren de la revolución tecnológica y conceptual que ha supuesto la sociedad de la información.

Por otra parte, el empuje de las Administraciones Públicas Sanitarias, que, una vez comprendida la inferioridad de las inversiones en tecnología y sistemas de información con respecto a otras áreas, han hecho el esfuerzo posible por incrementarlas y dotar mejor económicamente a sus organizaciones al respecto.

En la parte que compete a las organizaciones sanitarias, ha influido tremendamente la incorporación de profesionales tecnológicos al sector, quienes han contribuido a expandir en todos los niveles el convencimiento de que la implantación de las nuevas tecnologías puede ser una herramienta valiosa para mejorar la eficiencia de los procesos y el ahorro de costes. En este sentido, la mentalidad ha cambiado también la percepción de que el peso del valor de las propuestas tecnológicas recae cada vez más en los servicios expertos que las empresas tecnológicas pueden aportar y no tanto en un equipamiento tan sólo.

Finalmente, las propias empresas de soluciones tecnológicas han realizado por su parte un tremendo esfuerzo por dotarse de recursos profesionalmente formados y especializados en el sector sanitario, además de ofrecer ya metodologías y procedimientos de calidad para la ejecución de sus proyectos. El resultado, ya percibido y reconocido, ha sido el incremento notable del éxito de los proyectos acometidos.

El segundo peldaño está ya siendo encarado y consistiría en cambiar la imagen del "proveedor de soluciones tecnológicas" por el de "socio tecnológico".

Subir este peldaño supone incorporar nuevos factores a las relaciones entre Administración Sanitaria y empresas tecnológicas sanitarias, como son la confianza mutua, el acuerdo para abordar conjuntamente y, a largo plazo, la resolución de los problemas de las organizaciones sanitarias y crear planes de trabajo y colaboración que van creciendo con la organización.

Dar este paso supone sustituir el abordaje de proyectos puntuales pero, a veces, inconexos, por estudiar conjuntamente un plan de desarrollo de la organización, en el que el socio tecnológico aporta durante el mismo las soluciones tecnológicas adecuadas para ello.

Así, el socio tecnológico se convierte en un consultor permanente para la organización sanitaria, ayudando en cada etapa del plan de desarrollo con las orientaciones e indicaciones que dictan la evolución de las nuevas tecnologías en el tiempo.

Los beneficios son mutuos: las organizaciones sanitarias sustituirían el esfuerzo de casar, evaluar y ejecutar proyectos puntuales constantemente por la defini-

ción de sus objetivos, confiando en que el consultor tecnológico aporta los planes tecnológicos para ello, planificando y encadenándolos y dando visibilidad del plan de inversiones adecuados.

La empresa tecnológica es capaz así también de evaluar sus planes de crecimiento, sus propios objetivos internos y sus planes de adecuación tecnológica y dotación de recursos.



El valor añadido de la empresa farmacéutica en el sector sanitario

Belen Garijo
Directora General de sanofi-aventis

Enfoques de evaluación del valor añadido en el contexto actual

Una empresa nace con el objetivo de generar riqueza y obtener beneficios para sus propietarios o accionistas. Con independencia de que provea a la sociedad de productos, servicios o ambos, no se cuestiona su naturaleza de motor de la economía y de elemento fundamental en el desarrollo de la sociedad moderna.

Sin embargo, es evidente que la naturaleza del sector donde la empresa desarrolla sus actividades resulta de una importancia capital cuando se trata de valorar la percepción que la sociedad tiene de sus actuaciones empresariales. Esto cobra especial relevancia cuando hablamos de empresas que se desenvuelven en el campo del cuidado de la salud de los ciudadanos.

Si existe un sector capaz de provocar "hipersensibilidad" en el tejido social, éste es el sector sanitario. Y si hacemos mención específica a la industria farmacéutica, tal hipersensibilidad puede alcanzar las más altas cotas.

Cierto es que tal percepción suele ser, por lo general, dual y hasta puede que contrapuesta:

- La industria farmacéutica, con su esfuerzo investigador y la asunción del elevado riesgo económico inherente a toda actividad basada en el I+D+I, libera al ser humano de los efectos nocivos de la enfermedad. Contribuye a salvar millones de vidas y es una herramienta imprescindible, tanto para prolongar el ciclo vital como para elevar los niveles de calidad de vida. "Añade años a la vida y añade vida a los años."
- La industria farmacéutica, con su desmedida ambición por el beneficio económico, pone en peligro la supervivencia del estado del bienestar y mantiene "actitudes genocidas" con respecto a los países en vías de desarrollo.

Nadie discutiría el hecho de que, gracias al avance que han supuesto los nuevos fármacos, la esperanza de vida se ha incrementado significativamente en décadas recientes y que esos años de vida ganados son años de elevado rendimiento físico e intelectual. La sociedad en su conjunto se beneficia de que sus miembros vivan más y mejor, al tiempo que pueden seguir contribuyendo activamente al desarrollo de la misma.

No obstante, la percepción negativa que ciertos estamentos, organizaciones e individuos tienen de la industria farmacéutica se convierte en un reto que, en determinadas circunstancias, puede suponer un lastre que dificulta sobremanera el desarrollo sostenible de nuestras actividades empresariales. Y ello requiere un esfuerzo suplementario de comunicación de nuestra realidad concreta para contribuir activamente a una mejor comprensión de nuestra labor social y al papel que la industria farmacéutica desempeña en nuestro entorno.

La industria farmacéutica genera salud y calidad de vida

Dentro del ámbito que nos concierne como parte integrante que somos de la sanidad española, y por ende de la sanidad europea, existen unas reglas de juego establecidas por las Autoridades Sanitarias que constituyen el marco de referencia dentro del cual hemos de desarrollar nuestras actividades. Reglas que poco o nada tienen que ver con las que rigen en otros países, como EE.UU., donde el precio de los productos y servicios sanitarios los marca la Ley del Mercado, y donde el desarrollo de la industria farmacéutica está algunos peldaños más arriba que en el entorno europeo.

Quizás esto debiera constituir un elemento de reflexión sobre el papel que la Comunidad Europea pretende que nuestra industria farmacéutica represente en el escenario de una economía globalizada. ¿Pretendemos realmente jugar en la "Gran Liga" del desarrollo farmacéutico o nos conformamos con la "Segunda División"? Y por otra parte, ¿estaríamos los europeos dispuestos a pagar el precio para poder competir en Primera División?

Mientras tanto, tal vez sería necesario recordar que una de las acusaciones más graves que se formulan contra la industria farmacéutica, el "escandaloso precio de los medicamentos", se basa habitualmente en un cierto desconocimiento de las peculiaridades propias de un sector industrial donde la apuesta firme por la I+D+I es una apuesta larga, cara y arriesgada.

Por otra parte, los requerimientos de eficacia, seguridad y calidad de nuestros productos, imprescindibles para que puedan llegar hasta el consumidor final –el paciente–, constituyen otro de los elementos clave que definen nuestra aportación a la cadena de valor sanitario al tiempo que representan un factor importante en el coste de investigación, producción y comercialización.

Cuando afirmamos que nuestra apuesta empresarial es larga, cara y arriesgada, no lo hacemos de forma gratuita. Con un simple vistazo al proceso de desarrollo de un medicamento se puede apreciar la veracidad de tal aseveración.

Cuando una nueva amenaza para el ser humano en forma de nueva patología surge en algún lugar del mundo, comienza un nuevo ciclo de búsqueda de una solución farmacológica. Y este ciclo tiene una duración que oscila, por término medio, entre 12 y 15 años desde el comienzo de la I+D hasta el lanzamiento al mercado del nuevo medicamento. Por eso la apuesta es larga.

La primera parte del ciclo, la que corresponde a la investigación de nuevas moléculas, consume entre cinco y diez años, además de importantes recursos técnicos, humanos y financieros, antes de producir los primeros resultados alentadores en la fase de experimentación animal. Si en esta fase aparecen

efectos tóxicos, el resultado de tanto esfuerzo se desecha y el ciclo comienza de nuevo. Por eso la apuesta es cara.

En caso de que los resultados de la experimentación animal resulten favorables, comienzan los ensayos clínicos. Lo relevante es que, como promedio, sólo una de cada cincuenta moléculas desarrolladas pasa de la experimentación al ensayo clínico; y tan sólo una de cada cinco de las que supera el ensayo alcanza el mercado.

Finalmente, de cada diez medicamentos que llegan al mercado, solamente tres producen el beneficio suficiente como para recuperar la inversión realizada. Por eso, la apuesta, además de larga y cara, es arriesgada. Y no resulta fácil convencer a la comunidad financiera y a los inversores privados de que apuesten con nosotros.

No obstante, todavía queda mucho camino por recorrer antes de alcanzar la meta. La industria farmacéutica desa-

rolla sus actividades en un entorno que alguien definió como "régimen de libertad vigilada" porque no se rige por las reglas de Libertad de Mercado propias de las sociedades modernas y avanzadas.

Y así, junto a la falta de definición de la prestación sanitaria y farmacéutica –y por tanto de los objetivos de los Sistemas de Salud–, nos encontramos con dificultades para poder demostrar no sólo la eficacia, seguridad y calidad de nuestros productos, sino también su eficiencia a la hora de resolver los procesos patológicos. Y ello se debe, en nuestra opinión, a la falta de conocimiento que las propias Administraciones Sanitarias tienen de sus costes por proceso o patología, al hecho de que la Farmacia y la Clínica van por separado y, como corolario de lo anterior, a que a la evaluación del coste/beneficio se contraponen, y se impone la filosofía de la mera y simple contención del incremento del gasto farmacéutico.

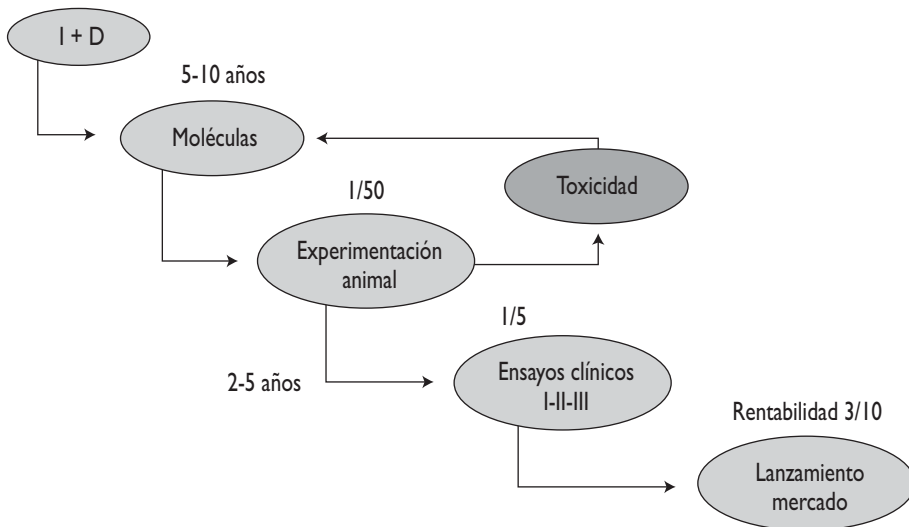


Fig. 1. Nueva enfermedad

Aportación de la industria farmacéutica a la cadena de valor sanitario

Siendo como es un componente más del Sistema Sanitario, la industria farmacéutica no sólo contribuye a mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, sino que genera valor añadido al sector sanitario y, por extensión, a la sociedad de la que es parte integrante.

Somos un claro ejemplo de industria que fundamenta su actividad en el I+D+I y en la inversión financiera con objetivos de desarrollo sostenido y mejora del nivel de vida de la sociedad a la que pertenecemos. No sólo investigamos y desarrollamos medicamentos para curar o paliar nuevas enfermedades, sino que innovamos para mejorar la eficacia y eficiencia de los tratamientos ya existentes.

En términos de creación de puestos de trabajo, constituimos una de las áreas de actividad económica más importantes a la hora de generar empleo de calidad, debido a los elevados requerimientos de talento y conocimientos científicos que el alto valor añadido de nuestros productos exige. Sin olvidar la enorme aportación que suponemos para nuestra sociedad propiciando el desarrollo de la industria auxiliar debido a la gran cantidad y variedad de proveedores externos –productos químicos, consultoría, logística y distribución, publicidad, artes gráficas, formación...– que necesitamos para llevar a cabo nuestro trabajo.

El Sector Sanitario conoce, y en ocasiones reconoce, la gran aportación de la industria farmacéutica a la formación continuada de un enorme colectivo de profesionales de la Sanidad. La permanente actualización de los conocimientos científicos, que constituyen el bagaje intelectual imprescindible para el

normal desarrollo de la encomiable labor profesional del colectivo sanitario y para la consecución del elevado nivel de calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, es otro de los servicios que prestamos, del que nos sentimos orgullosos y por el que no siempre somos adecuadamente reconocidos ni valorados.

También es importante reseñar nuestra contribución a la educación e información de la población general en temas relacionados con la salud y prevención de la enfermedad. Nuestro apoyo activo e incondicional a colectivos tales como las asociaciones de pacientes, instituciones públicas o colegios profesionales es otra de nuestras aportaciones a ese bien común tan demandado por nuestra Sociedad del bienestar como es la salud.

Si bien es cierto que, ocasionalmente, se ha puesto en duda la legitimidad –e incluso la legalidad– de nuestras actividades comerciales, nuestra reacción como colectivo empresarial ha sido contundente: la elaboración y aprobación del Código Ético de la Industria Farmacéutica. En él se recogen las líneas maestras de actuación, no sólo legales sino éticas, que deben guiar los actos de las empresas de nuestro sector en aras de una mayor transparencia en las relaciones con los colectivos a los que servimos: pacientes, médicos y Administraciones Públicas.

Por ello, si el papel de la industria farmacéutica se contempla únicamente desde la perspectiva de la microgestión y la contención del gasto sanitario, corremos el riesgo de perder la visión estratégica estatal, olvidando su valiosa contribución y auténtico significado dentro del entramado social al que pertenecemos.

El objetivo empresarial de la industria farmacéutica no se limita a la legítima

obtención de beneficios económicos para nuestros accionistas, sino que va mucho más allá. La industria farmacéutica constituye una herramienta de creación y reparto de riqueza al tiempo que, por medio de su esfuerzo, contribuye al desarrollo sostenido y al bienestar de la sociedad a través de la

investigación, desarrollo, producción, distribución y venta de medicamentos generadores de salud y calidad de vida.

Si así lo hacemos, la sociedad debería reconocérnoslo. En caso contrario, debería exigirnoslo.



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

Peter Hug
Consejero Delegado de Roche Farma

El difícil equilibrio en el entorno de la salud

Cada día las empresas tienen que competir en un entorno altamente complejo y en constante evolución con el objetivo de diferenciarse del resto de las compañías y contribuir significativamente a la creación de valor para los usuarios de sus productos y todos aquellos colectivos que giran a su alrededor.

A lo largo de los años, las empresas han ido superando dificultades en los diversos procesos del conocimiento de las patologías, el desarrollo de sus productos, su producción a gran escala y la optimización de sus costes, la logística, la comercialización y la gestión de los recursos humanos y financieros. Pero en todos los casos surgen necesidades nuevas a medida que avanzan las tecnologías.

Ante este reto, cada compañía tiene que buscar sus señas de identidad propias y, a largo plazo, en todas y cada una de sus actividades, y debe elegir entre las múltiples posibilidades en función de sus fortalezas o de aquellos aspectos diferenciadores que puede alcanzar con sus recursos. Así, por ejem-

plo, muchas compañías son hoy más competitivas gracias a su presencia global, tanto a nivel estratégico de productos como geográfico, con el objetivo de poder rentabilizar al máximo el aprovechamiento de la tecnología y de su investigación y desarrollo durante el período de las patentes. Otras compañías que no pueden alcanzar este objetivo basan su estrategia en la comercialización de genéricos, que contribuyen en parte a la optimización de los costes sanitarios a corto plazo. En ambos casos las compañías pueden tener éxito empresarial. Cada compañía debe elegir si su contribución es a largo o a corto plazo. Si elige el largo plazo y la gestión adecuada de su I+D, podrá aportar al paciente nuevos métodos de diagnóstico que permitan medir su predisposición a determinadas enfermedades, poder prevenirlas, diferenciar el origen genético de su enfermedad y tratamientos específicos que funcionen. Si elige contribuir con resultados a corto plazo en la reducción de los costes sanitarios, no podrá dedicar los recursos necesarios a la innovación.

El desarrollo del conocimiento de las empresas necesita un entorno predecible para poder adaptarse a las necesidades cambiantes. Sin embargo, en

el entorno sanitario participan un gran número de colectivos con necesidades diferentes y que evolucionan a un ritmo distinto.

El ciudadano, cada vez más informado y con una esperanza de vida cada vez mayor, necesita una atención sanitaria que le permita no sólo controlar sus patologías crónicas sino tener la mejor calidad de vida posible.

Los profesionales de la salud necesitan acceder a nuevos métodos de diagnóstico y nuevos tratamientos y dar una atención al paciente, cada vez más numeroso y exigente, con mayor edad y con múltiples patologías. Además, necesita formación continua en una ciencia en constante evolución pero con una disponibilidad de tiempo cada vez menor.

Las autoridades sanitarias y políticas deben gestionar los recursos, no siempre suficientes, de forma que se asegure la viabilidad del sistema. Sin embargo, la propia evolución de la ciencia y de la tecnología hace que la prestación del servicio sanitario sea cada vez más costosa.

El reto de todos los participantes del sistema sanitario es encontrar un equilibrio común para todos ellos que permita la óptima utilización de los recursos a largo plazo. Las autoridades sanitarias y políticas, los profesionales de la salud, los ciudadanos y la industria deben adoptar una estrategia participativa y encontrar sinergias comunes orientadas al ciudadano.

El ciudadano como centro del sistema

Durante los últimos 25 años hemos asistido a tres revoluciones tecnológicas: la biología molecular, la automatización y la informática. La interrela-

ción de estas tres ciencias proporcionará el conocimiento necesario para el desarrollo de la Genética y la Genómica.

La Genética o el estudio de la herencia, la correlación causal de la enfermedad y de los factores de riesgo. En base a esta ciencia podremos elegir dianas clave y novedosas para los medicamentos, identificar la predisposición a las enfermedades, mejorar la eficacia de los ensayos clínicos y desarrollar medidas preventivas y tratamientos específicos para los pacientes.

El cuidado de la salud se transformará paulatinamente a medida que se produzcan avances en esta ciencia. Se conocerá la base de muchas enfermedades comunes, se podrán identificar los factores de riesgo y se diseñarán medicamentos eficaces y seguros para un individuo en concreto.

La Genómica es la ciencia que estudia el genoma, es decir, la expresión diferencial de los genes relacionados con la enfermedad. Permite el conocimiento de objetivos clave y novedosos para el estudio de las enfermedades así como el diseño de modelos animales más fiables para el estudio inicial de los fármacos. Igualmente, gracias a la Genómica se pueden diseñar marcadores para el desarrollo de programas clínicos encaminados al estudio del diagnóstico, tratamiento o seguimiento de las enfermedades.

La Genética y la Genómica son la base de la evolución de la medicina, pero supondrán un cambio en el modelo de gestión de los recursos sanitarios. No se tratará de gestionar solamente los costes implicados en una u otra patología, sino en la gestión de la salud de cada uno de los pacientes. La medicina pasará de ser colectiva a ser individualizada y esto no significa, como se ha dicho en numerosas ocasiones, fa-

bricar el medicamento a medida, inviable hoy por hoy, sino poder diferenciar los múltiples orígenes de una patología y darle al paciente el medicamento más adecuado para combatir esta causa. Incluso se trata de adoptar medidas preventivas, no sólo de carácter general sino también de carácter individual, con aquellos ciudadanos en quienes se detecte una especial predisposición a padecer una determinada patología.

La medicina individualizada supone beneficios claros para el ciudadano y para todos los agentes que participan en la atención sanitaria.

El paciente tendrá una mejor calidad de vida gracias a la prevención y el tratamiento precoz de la enfermedad. Además, será partícipe de la gestión de su salud, lo cual implicará una mejor adherencia a tratamientos preventivos o curativos. La educación en hábitos saludables a lo largo de la vida del paciente es un punto clave.

El personal sanitario dispondrá de la historia de salud del paciente desde su nacimiento, incluida la historia familiar y los estudios de predisposición. Los métodos diagnósticos, también recogidos en el historial, evitarán análisis innecesarios y pondrán a disposición del médico pruebas inequívocas que ayudarán en la prescripción de medicamentos cuya eficacia específica será bien conocida.

La salud pública utilizará los recursos, no tanto de forma colectiva, sino de forma individualizada, y conseguirá controlar el desarrollo y la cronicidad de las enfermedades. Los productos farmacéuticos específicos, con eficacia conocida, permitirán al sistema de salud optimizar su utilización, evitando prescripciones innecesarias y costosas, mejorando la adherencia al tratamien-

to y disminuyendo los efectos secundarios de tratamientos que no funcionan.

En la salud del futuro hablaremos de gestión de la salud individual, y se aprovisionará y optimizará la utilización de los recursos necesarios para conseguir el estado de salud, demandado por la población. El ciudadano será así el centro del sistema.

El valor añadido de la empresa en el sector sanitario.

El difícil equilibrio entre los diversos agentes del sector sanitario mejora cuando el ciudadano o el paciente son el objetivo común. En este supuesto, todos los implicados en la salud añaden valor y es posible alcanzar sinergias que hoy en día todavía no se han alcanzado.

La I+D aportada por la industria permite el acceso de los ciudadanos a los resultados de la investigación básica a través de los profesionales de la salud. Por ejemplo, el desarrollo de test de predisposición, diagnóstico o seguimiento de la enfermedad con una alta fiabilidad permite adoptar medidas preventivas. La posibilidad de disponer de armas terapéuticas más eficaces hace que la adherencia a los tratamientos y los resultados en salud sean mejores, optimizándose la utilización de los recursos disponibles.

Los nuevos tratamientos necesitan ensayos clínicos, en los que los pacientes acceden a la innovación con un coste muy limitado para el sistema sanitario. Pero también son necesarios los estudios observacionales de eficacia en la práctica clínica habitual, y a través de la participación en los mismos, los clínicos y otros colectivos sanitarios pueden también ampliar su formación y experiencia.

El manejo de los efectos secundarios se facilita con los programas de mejora a la adherencia, diseñados con los profesionales aseguran la buena utilización de los recursos públicos. Con esta herramienta, el paciente formado adquiere protagonismo en el control de su enfermedad gracias a su participación activa y responsable, mejorándose los resultados en salud.

Éstos y otros servicios a medida de las necesidades sólo son viables cuando existen objetivos comunes en los que basar los acuerdos de colaboración.

Medidas a largo plazo que aseguren el acceso a la innovación

Pero para que la empresa pueda aportar su parte del valor añadido, el sistema sanitario, las administraciones públicas centrales o regionales deben asegurar los recursos necesarios para financiar el acceso a la innovación a largo plazo, al igual que se aseguran otros servicios públicos a los ciudadanos (por ejemplo, las pensiones), independientemente de los gobiernos que sean responsables de adjudicar los recursos para la salud del ciudadano.

Un buen ejemplo podría ser el SIDA. En base al conocimiento de esta enfermedad, se ha conseguido frenar la infección por HIV gracias a campañas de prevención y convertir esta patología de aguda a crónica gracias a los tratamientos antirretrovirales. Pero esta cronificación hace que los pacientes con HIV vivan más tiempo con una enfermedad que hoy por hoy no tiene vacuna y que necesita cada vez nuevas moléculas, mucho más sofisticadas, para reducir la carga viral y aumentar las defensas del paciente.

Lo mismo ocurre con la Oncología. Todos los planes de salud de las diver-

sas comunidades autónomas incluyen campañas de detección precoz del cáncer. Los nuevos tratamientos aumentan la supervivencia y la esperanza de vida, pero también el coste. A la vista de los avances que está teniendo la investigación en este campo, las autoridades sanitarias deben plantearse cómo van a financiar los tratamientos en los próximos años. Unos tratamientos que además serán más específicos y eficaces, pero mucho más difíciles de desarrollar y de fabricar.

La Hepatitis C es el caso opuesto. Un ciudadano puede estar infectado por el virus de la hepatitis C durante 30 años sin que tenga ningún síntoma hasta que desarrolle una cirrosis crónica, un hepatocarcinoma y necesite un trasplante de hígado. ¿No sería lógico detectar precozmente esta patología, seguir la evolución del paciente sin síntomas, y adoptar los tratamientos existentes si es necesario, en lugar de permitir que llegue a una cirrosis o un cáncer de hígado?

Son ejemplos de una actuación global y complementaria entre las empresas farmacéuticas innovadoras, las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud. Este enfoque integral y a largo plazo es la medicina individualizada, que no sólo permitirá frenar la evolución de muchas de las patologías a través de medidas preventivas eficaces, sino también asegurar un uso más racional de los medicamentos (basado en un diagnóstico específico) y un perfil de efectos adversos mejor.

Esta visión global de la salud del ciudadano implica cambios importantes en el sistema sanitario, en el que debe haber una integración total y a largo plazo en la atención al mismo, nuevos consensos en el tratamiento de las enfermedades y el abordaje de aspectos éticos y jurídicos. Además, los sis-

temas sanitarios deben adaptarse a una cronicidad cada vez mayor de las patologías y su seguimiento en Atención Primaria, dedicándose además mayores recursos hacia la prevención

y detección precoz de enfermedades, lo que sin duda supondrá un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y de una mejora en salud de la población.



El valor añadido de las empresas de traumatología y ortopedia al sector sanitario

Rafael Martínez
Managing Director Stryker Howmedica

Introducción

Aunque el tratamiento de las fracturas se remonta a la Antigüedad, no es hasta comienzos del siglo XX cuando su práctica se sistematiza y se puede empezar a hablar de la Traumatología como especialidad quirúrgica. En España es a partir de los años 60, con el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud, cuando se crean los primeros servicios de Ortopedia y Traumatología, anteriormente englobados dentro de los Servicios de Cirugía General. Ya existían, de hecho, unidades organizadas de la especialidad, pero más bien vinculadas a patologías concretas prevalentes en la época, como la tuberculosis osteoarticular o la poliomielitis.

Podemos decir que el avance experimentado fundamentalmente en los últimos cincuenta años y, particularmente desde la década de los setenta, ha sido exponencial, tanto en el conocimiento científico como en la práctica quirúrgica. De los rudimentarios tratamientos de las fracturas se ha pasado a modernos métodos de osteosíntesis y de cirugía ortopédica, entre otros la generalización de la cirugía protésica, que ha significado uno de los mayores avances

médicos de los últimos veinticinco años, proporcionando una alta calidad de vida. El enorme progreso económico y de bienestar social en el primer mundo ha creado una demanda de servicios de salud asociados al tratamiento de enfermedades prevalentes, de enfermedades de especial morbimortalidad, como el cáncer y, en fin, a otras que merman la calidad de vida y autonomía física de los ciudadanos. El denominado "estado de bienestar" como conquista social se ha visto complementado por el desarrollo técnico al que la especialidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica ha contribuido de forma relevante.

La colaboración de la industria (fabricación)

Desde el comienzo de estas etapas, ha sido importante el desarrollo multidisciplinar: la llamada actualmente "investigación transnacional", como concepto de llevar al terreno de la aplicación lo que se investiga y desarrolla en el laboratorio, ha tenido ya sus antecedentes en la patología y terapéutica del aparato locomotor. Los grupos de trabajo constituidos por especialistas-cirujanos buscando resolver problemas

concretos de su práctica diaria, con otros profesionales, fundamentalmente ingenieros, físicos, químicos, y otros expertos en materiales, creó una asociación de intereses que con el tiempo dio lugar a la aparición de una industria incipiente. Estos pioneros crearon las bases de la colaboración y demostraron los enormes beneficios que se derivaban cuando se aunaban conocimientos complementarios con un objetivo común: el paciente.

Durante los años cincuenta y sesenta se produce la consolidación de la industria que, identificando las necesidades básicas, proporciona productos de calidad contrastada. Los nuevos materiales, como los aceros quirúrgicos y, sobre todo, las aleaciones de Cr-Cobalto y los polietilenos de ultra alta densidad contribuyeron además a la realización de productos biocompatibles y duraderos.

Los años setenta y ochenta fueron especialmente prolíficos, dando lugar a la aparición casi explosiva de nuevos productos, gracias a la existencia de una industria suficientemente preparada y a la interacción con profesionales sanitarios, normalmente adelantados a su tiempo, que buscaban una solución más allá de las limitaciones técnicas y científicas existentes. Es en estos años cuando se produce la estandarización de los procedimientos quirúrgicos, buscando una reproductibilidad de las técnicas quirúrgicas que garantizase resultados equivalentes. De esta forma la sistematización en el tratamiento de las fracturas trajo consigo enormes beneficios para los pacientes.

Las empresas nacidas, a veces casi como simples talleres, evolucionaron, dotándose de profesionales de reputación científica contrastada.

De la preocupación por la mecánica se pasa a la preocupación por la biología

y, consecuentemente, por la aparición de materiales "biológicos", encabezados por aleaciones de titanio y por las hidroxiapatitas, que cambiaban el concepto inerte para convertirse en conductores (osteo-conductores) del crecimiento óseo y, por lo tanto, de la integración de los implantes.

Si los avances iniciales y el desarrollo de nuevos productos fueron consecuencia de iniciativas individuales de cirujanos-especialistas respaldados por una industria incipiente, en las dos últimas décadas la industria ha alcanzado una enorme madurez como sector empresarial que le ha permitido dar una respuesta inmediata a las crecientes demandas de unos especialistas altísimamente cualificados, y a unos pacientes no dispuestos a perder calidad de vida. Tal es la importancia que todos los países de la OCDE realizan planes integrados de investigación y desarrollo, donde son fundamentales los investigadores, pero también la industria. En España, junto al Plan Nacional de I+D+I, aparecen convocatorias gubernamentales que buscan esta implicación conjunta de investigadores e industria, tratando de poner fin a la investigación que, en fin, no redundaba en capacidades productivas y que tan frecuente ha venido siendo en Europa, hasta el punto de denominarse en EE.UU. la "paradoja europea" a la situación de una gran producción científica en el viejo continente que no ha llevado a aplicación y beneficio de los pacientes.

El futuro se presenta enormemente alentador. La aparición de la biotecnología, como expresión de la capacidad del hombre de actuar sobre la biología para desarrollar productos "activos", impondrá sin duda un cambio radical en las próximas décadas en la especialidad de Traumatología y Ortopedia.

De entre el numeroso grupo de productos de biotecnología destacan los

factores de crecimiento y proteínas morfogenéticas, así como la biología celular. Su capacidad para inducir el crecimiento óseo y, probablemente, de otros tejidos podrá revolucionar en gran medida la práctica quirúrgica, así como la calidad de vida de los pacientes.

El valor añadido aportado por las empresas de distribución en España

Cuando hablamos de valor añadido, surge necesariamente la controversia sobre la metodología a utilizar para realizar una valoración objetiva, así como los participantes en la misma. Es evidente que en un mercado con tantos actores, donde las relaciones cliente-proveedor no están definidas bidireccionalmente, la percepción del valor añadido puede ser diferente para cada actor.

Desde la industria, entendemos como valor añadido el conjunto de prestaciones añadidas al producto que no forman parte del contrato de compra-venta.

Dentro de éstas podemos enumerar las siguientes:

a) **La formación** a los profesionales sanitarios sobre la utilización de los productos, así como el conocimiento de nuevas técnicas y prácticas quirúrgicas, a través de seminarios, congresos, cursos de formación específicos, estancias de formación, foros de debate, paneles, etc.

La activa labor desarrollada por todas las empresas del sector de implantes de Traumatología ha permitido que España forme parte de un selecto grupo de países que se benefician de forma inmediata de cualquier avance técnico.

b) El **compromiso de servicio** en el suministro, que se materializa en una permanente disponibilidad y respuesta inmediata a las necesidades, que garantizan una prestación de servicios sanitarios en óptimas condiciones.

Las empresas del sector asumen enormes inventarios, tanto de implantes como de los instrumentales precisos para su implantación y, en muchos casos, préstamos de depósitos en hospitales.

c) **Información**, que permite una universalización en el conocimiento de forma casi automática.

d) Las colaboraciones y ayudas a la **investigación** clínica y valoración de resultados mediante la elaboración y desarrollo de herramientas de seguimiento y análisis, así como el establecimiento de proyectos de I+D.

e) La colaboración con las **sociedades científicas** mediante proyectos conjuntos de formación, investigación y, en general, de todos aquellos que puedan contribuir a que éstos alcancen sus fines sociales.

El sector de empresas dedicadas a la especialidad de Traumatología y Ortopedia está representado en estos momentos por un importante grupo de empresas que disponen de un personal altísimamente cualificado en todos sus departamentos, consciente de la relevancia de su contribución para asegurar el funcionamiento del sistema sanitario.

Como resumen, podríamos decir que la palabra que mejor define el concepto de valor añadido es la de **compromiso** con el sistema sanitario, con los profesionales y, por último, con los pacientes como beneficiarios finales.



El valor del compromiso de la industria farmacéutica

Emilio Moraleda
Director General de Pfizer

La industria farmacéutica es un sector innovador por excelencia. Cada una de las compañías que se dedica a buscar nuevas moléculas no es sólo una industria química o una fábrica de medicamentos, sino un centro de investigación y producción científica en el que la innovación es el factor clave que diferencia a unas compañías de otras. Por tanto, la investigación y el desarrollo de cada compañía farmacéutica es el alma de esta actividad.

Esta gran apuesta por la I+D se ha de ver sustentada por los valores de las compañías, su compromiso con los valores esenciales y con la sociedad. En el seno de este liderazgo de la industria, Pfizer ha jugado un papel predominante ya que siempre ha tenido en cuenta que el cuidado de la salud es mucho más que un negocio, es un compromiso. Un compromiso con la vida, con el ser humano. Por ello, nuestra misión es ayudar a prevenir enfermedades y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de la sociedad. Una buena manera de demostrar ese compromiso es trabajar de manera conjunta con los médicos, los científicos y los pacientes, principales beneficiarios de nuestra actividad.

En la sociedad actual, los medicamentos no le son ajenos a nadie. Bien porque sirven para curar patologías, bien porque se utilizan para el cuidado personal y la prevención. Analizar las necesidades de la sociedad e implicarse en la búsqueda de soluciones reales son actividades que configuran un factor de referencia a la hora de valorar a una compañía farmacéutica.

Sin embargo, hay que tener presente que el enorme esfuerzo investigador que se realiza a diario en este sector ha de ser considerado en el marco de que cada resultado va íntimamente ligado a la ecuación capital/riesgo. Es decir, que unas pocas operaciones rentables, a medio y largo plazo, han de ser suficientes para poder costear de manera aceptable toda la cartera de inversiones de una compañía farmacéutica en la que, siempre, hay que contar con un elevado número de proyectos fallidos.

De hecho, son cuantiosos los programas de investigación iniciados por la industria farmacéutica, y para los que se destinan enormes cantidades de recursos, que tienen que ser abandonados por falta de éxito. Mientras, el porcentaje de nuevos fármacos que, finalmente, llega a desarrollarse para entrar a

formar parte del arsenal terapéutico habitual es muy escaso. No hay que olvidar que sólo culmina totalmente el proceso una de cada 10.000 moléculas con las que se inicia un proyecto de investigación.

Según los datos de los últimos años, para el desarrollo de un medicamento de éxito, cada compañía farmacéutica ha de realizar una inversión media de entre 800 y 900 millones de euros y dedicar cerca de quince años para concluir el proceso. De ahí que en esta industria no resulte extraño que un selecto grupo de productos que tiene éxito tenga que generar rendimientos suficientes para compensar el coste de los fracasos que, por otro lado, son normales en cualquier proceso investigador. Es la única estrategia que permite mantener las fuertes reinversiones que realizan estas compañías para la búsqueda de nuevos productos innovadores que aportan soluciones reales, así como los elevados índices de empleo que genera.

Miles de científicos/cientos de proyectos

En Pfizer tenemos el claro compromiso de ofrecer, cada día, nuevos y mejores medicamentos que contribuyen a mejorar la salud de los pacientes. Se trata de un compromiso con la innovación y la investigación, que es lo que nos ha llevado a convertirnos en la compañía farmacéutica número uno. Número uno especialmente en el compromiso con el descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos. Esta filosofía se lleva a la práctica apoyándose en tres pilares básicos de la compañía: la extensa variedad de soluciones farmacéuticas innovadoras que responden a necesidades médicas esenciales; la amplia gama de productos de autoprescripción, y los medicamentos de uso veterinario

destinados al cuidado de la salud de los animales.

En la actualidad, Pfizer da empleo a más de 14.000 científicos y expertos en salud, lo que constituye el mayor equipo investigador del mundo que atestigua que detrás de cada medicamento destinado a aliviar el sufrimiento humano existe un extraordinario esfuerzo investigador. En estos momentos, son muchos los investigadores altamente cualificados que participan en proyectos de I+D de nuestra compañía en más de veinte países. Trabajan con más de un centenar de nuevas moléculas candidatas a posibles medicamentos innovadores para el tratamiento de enfermedades que van desde el resfriado común hasta el cáncer; y en otros cien proyectos dedicados a optimizar los diferentes usos de productos ya existentes. Mantener esta amplia cadena de investigación en todo el mundo es una ardua tarea para la que Pfizer destinó, durante el pasado año 2003, un total de 7.500 millones de euros.

Estas cifras trasladadas a España configuran un montante de 69 millones de euros repartidos en numerosos proyectos de investigación en los que participan miles y miles de pacientes. El resultado final es una gran recompensa: ver cómo millones de personas vencen sus enfermedades y alivian su sufrimiento, una apuesta que Pfizer quiere mantener en el futuro.

Además de esta actividad interna de I+D en la que la industria farmacéutica genera una fuente de empleo cualificado enorme, estas compañías colaboran estrechamente con investigadores independientes en su búsqueda de nuevos medicamentos. Ello hace de la industria farmacéutica un actor principal en la I+D biomédica de nuestro país, no sólo liderando la investigación privada, sino como colaborador activo de la pública. Pero es difícil sostener esta ca-

pacidad investigadora si no se procura mantener un entorno adecuado en el que se pueda contar con un marco regulador estable, especialmente ahora que jugamos en un escenario dividido en 17 gobiernos autonómicos. Asimismo, se hace necesario que el mercado tenga un crecimiento sostenible, que haya unos sistemas de incentivos, una financiación de I+D y un tratamiento fiscal propicios, junto a unas infraestructuras científicas y asistenciales adecuadas.

Entorno estable

En la actualidad, el constante eje de interés político e informativo referente a la industria farmacéutica se centra en el crecimiento del gasto farmacéutico y en las diferentes medidas coyunturales adoptadas por las 17 administraciones sanitarias para paliarlo. Centrar la actividad del sector en este único punto refleja, con frecuencia, una visión parcial y sesgada de la realidad que ignora todos los elementos que componen la prestación farmacéutica en su conjunto.

Es importante que la sociedad aprecie el valor del medicamento y el esfuerzo que hace la industria en la investigación y desarrollo del mismo para terminar con el tratamiento puramente economicista que, desde algunos ángulos, se está dando de las compañías farmacéuticas. No se puede culpar a los laboratorios como únicos responsables de la factura nacional de medicamentos en España, ni cargar las tintas de manera tan unilateral, máxime cuando este sector se ha comprometido, de manera real, con el Gobierno para ayudar a contener el mencionado gasto.

En este contexto, no puedo dejar de mencionar la encuesta anual realizada por Farmaindustria sobre la investigación desarrollada por las compañías

farmacéuticas radicadas en España. Las últimas cifras extraídas de la misma concluyen que, durante el año 2002, el sector invirtió 532 millones de euros, un 24% más que el año anterior, gracias, entre otros factores, al Pacto de Estabilidad firmado entre la industria y el Ministerio de Sanidad para el período 2002-2004.

Del total del capital invertido, según los datos de la patronal, más de 201 millones se ejecutaron en colaboración con instituciones externas: hospitales, universidades o centros públicos, que han supuesto el 38% del total de la inversión, además de contemplar las transferencias hechas para financiar proyectos públicos a través del Instituto de Salud Carlos III –en los que se ha involucrado a 12.000 científicos– y que ha sido considerada la mayor iniciativa de investigación biomédica en España.

Compromiso social

Otras inversiones menos conocidas pero más valoradas son aquellas que las compañías hacen en el marco de la responsabilidad social corporativa. En ese ámbito, Pfizer cumple con todas las indicaciones propuestas por la patronal en el Código Deontológico y está suscrita al Pacto Global de Naciones Unidas, una iniciativa en la que participan gobiernos, empresas, trabajadores, sindicatos, organizaciones no gubernamentales e instituciones académicas que han decidido seguir los principios sobre derechos humanos, laborales y de medio ambiente que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Asimismo, también colabora con esta entidad internacional para distribuir flucanazol, un fármaco destinado a paliar algunas enfermedades concomitantes del sida, a los 50 países más pobres del

planeta. Para contribuir en la lucha contra esta enfermedad, Pfizer, además, ha creado el Centro de Investigación sobre Sida en Kampala (Uganda) en el que se está desarrollando un estudio de prevención para esta dolencia. Otra iniciativa orientada hacia el compromiso social es la lucha contra el tracoma en la que Pfizer lleva participando más de dos años con una campaña para erradicar esta enfermedad en Marruecos, Tanzania y otros países del sudeste asiático y Latinoamérica.

En España, la Fundación Pfizer está realizando una labor importante en la promoción y concienciación de la población frente al envejecimiento saludable, un tema de especial sensibilidad teniendo en cuenta el incremento de la esperanza de vida de la población.

El valor humano

Pero todos estos proyectos, tanto de I+D como sociales, no se podrían llevar

a cabo si no se cuenta con un equipo bien formado y comprometido con la misión de la compañía. En este sentido, la industria farmacéutica constituye uno de los sectores que más empleo genera contando siempre con la confianza de sus empleados. No cabe duda de que el mayor activo de una compañía son las personas que la configuran, los profesionales, su grado de compromiso con los ideales de progreso e innovación y, en definitiva, su implicación en el servicio a la sociedad.

En nuestra compañía, 1.600 hombres y mujeres han sido capaces de ganarse esa confianza con miles de médicos y millones de pacientes en España, haciendo posible que Pfizer se sitúe en un nivel de reconocimiento y aceptación muy alto con un enorme valor humano. Se trata de formar valores para la compañía a través de la creación de valores para la sociedad, aspecto con el que la industria farmacéutica se está implicando más que nunca.



Invertimos en salud. Invertimos en futuro

Javier Peris
Consejero Delegado de Salvat Laboratorios

El lector estará familiarizado con el hecho de que las informaciones que nos llegan sobre los programas de investigación aeroespacial suelen venir acompañadas de una muletilla casi obligada. En ellas se nos explica que muchos de los desarrollos tecnológicos que se financian en esos costosos programas acaban teniendo una aplicación, a veces insospechada, útil en nuestra vida cotidiana. Y así, el ciudadano acaba siendo consciente, entre perplejo e ilusionado, de que su reloj de pulsera no existiría si el hombre no hubiera puesto el pie en la Luna.

Similar justificación se utiliza cuando se habla de las elevadas cifras que se invierten en el diseño de un nuevo monoplaza de Fórmula 1. Todos encontramos cierto alivio moral, pese al monto de esos proyectos, cuando puntualmente nos informan que los frenos o el último dispositivo, siempre de tres letras, que incorpora nuestro vehículo familiar no hubieran podido desarrollarse si alguien no los hubiera ensayado en tan duras y extremas condiciones.

Lo sorprendente es que la necesidad de esa intencionada justificación se extiende incluso a lo que hemos dado

en llamar ciencia básica. Cuando se habla de los recursos económicos que dedicamos a la investigación pura, invariablemente se añade aquel lugar tan común como cierto de que sin ella no podrían existir ni la investigación aplicada ni los desarrollos tecnológicos.

Existe, al menos, un tipo de investigación que no requiere de muletillas ni de justificaciones especiales para el ciudadano que las financia de forma directa o indirecta: la investigación farmacéutica y, por extensión, la investigación en el sector sanitario. Se trata, pues, de una investigación finalista dirigida a objetivos que la sociedad juzga como auto-explicables, que el ciudadano cataloga de justificados y necesarios.

En la industria farmacéutica estamos investigando para el individuo, para nuestra sociedad, para nuestro futuro. Sin esquinas. Sin carambolas.

Los valores añadidos de la I+D farmacéutica

El primer valor añadido del resultado del esfuerzo investigador de la industria farmacéutica es la salud. Es la dis-

minución del sufrimiento. Es la prevención de la enfermedad. Es la calidad de vida. En consecuencia, la principal aportación de las empresas al sistema sanitario es su contribución directa a la propia finalidad del sistema: la mejora de la salud de la sociedad. Y eso lo conseguimos mejorando continuamente los medicamentos disponibles, los métodos de diagnóstico o la tecnología asociada a la cirugía.

Eso ya sólo justificaría plenamente los esfuerzos económicos y humanos que nuestra actividad investigadora conlleva. Pero, además, hay otros efectos secundarios beneficiosos de esa actividad investigadora que, sin duda, repercuten en el conjunto del país donde se lleva a cabo.

El farmacéutico es uno de los cuatro sectores con mayor intensidad tecnológica en la UE y el segundo en España. Según la Encuesta Industrial de Productos, que realiza periódicamente el Ministerio de Ciencia y Tecnología, el 17% de la producción de alta tecnología española se lleva a cabo en el sector farmacéutico. Estas cifras resultan particularmente relevantes en un país en que la tasa de cobertura tecnológica, esto es, la balanza de pagos por actividades de I+D, servicios técnicos y royalties se mantiene en cifras del 19%, muy alejadas de las de los países de nuestro entorno. Se trata, sin duda, de una de las partidas más deficitarias de nuestro aparato productivo industrial y, en general, de toda nuestra economía.

Las cifras macroeconómicas actuales señalan que España está dedicando algo menos del 1% del PIB a I+D. Esta tasa es la mitad de la media de la UE, donde nos situamos sólo por delante de Grecia y Portugal, y la tercera parte de la que dedican EE.UU. o Japón. Pero quizá lo más alarmante es que en los últimos 10 años sólo ha crecido en

una décima el porcentaje del PIB dedicado en España a I+D.

La consecuencia inmediata de estos datos es una elevada dependencia tecnológica del exterior. Es el sector farmacéutico, como principal fuente privada de inversión en I+D, una de las herramientas principales de nuestro país para evitar su alarmante tendencia a la terciarización y para tratar de no perder el tren de un mundo avanzado que basa su economía en una industria de altísima densidad tecnológica. Las compañías farmacéuticas que realizan investigación invierten entre un 10 y un 20% de sus ingresos en I+D, lo que representa un porcentaje más elevado que el de cualquier otro ámbito de la actividad económica privada (incluyendo otras industrias de alta tecnología tales como la informática, electrónica o aeroespacial). La industria farmacéutica hace más que ninguna otra industria de alta tecnología en mejorar el superávit comercial de Europa.

Un dato poco conocido es que su contribución a la balanza comercial de la UE es nueve veces mayor que la del sector de telecomunicación, sonido, TV y vídeo. Además, la I+D farmacéutica no se realiza únicamente en centros de investigación privados y aislados, sino que, de forma creciente, la colaboración con los centros públicos de investigación alcanza porcentajes muy significativos. Esa colaboración abarca todo el largo proceso que supone el desarrollo de un nuevo fármaco. Así, desde el descubrimiento de una nueva diana terapéutica, que a menudo responde al esfuerzo de los investigadores académicos, hasta la larga etapa de ensayos clínicos en pacientes, que implica la colaboración de decenas de centros hospitalarios y de centenares de profesionales sanitarios allí ubicados, se realizan en cooperación.

Es por ello que algunos han descrito la I+D farmacéutica como un verdadero aparato circulatorio que nutre todo el tejido científico de un país. En España la I+D farmacéutica se beneficia del alto nivel de los investigadores de nuestro sector público y éstos de los recursos económicos que la industria les transfiere.

No debiéramos olvidar tampoco el nada desdeñable papel que la industria farmacéutica ha desempeñado y desempeña en la financiación de la formación del profesional sanitario, tanto en su etapa más inicial como en la imprescindible tarea de la formación permanente.

La colaboración de la industria farmacéutica con el mencionado tejido científico del país no se realiza únicamente en proyectos concebidos y dirigidos desde el sector privado, sino que a través de variadas vías, entre las que destacaremos por su extraordinaria importancia económica y estratégica la contribución de la industria farmacéutica al Fondo de Investigaciones Biomédicas del Ministerio de Sanidad y Consumo, canalizada a través del Instituto Carlos III, se financia también la investigación concebida en el seno de los hospitales y centros públicos de investigación.

La importancia de estas contribuciones a la investigación sanitaria pública viene ilustrada por el dato de que en 2002 la industria farmacéutica la financió con 112 millones de euros. Esta cifra representa el 57% del presupuesto del Instituto Carlos III y supera ampliamente la del segundo financiador de esta actividad, que es el FIS, que alcanza únicamente el 29%. Es obligación del gestor sanitario mantener, en general, el crecimiento del gasto farmacéutico dentro de unos límites compatibles con la capacidad económica de su institución o territorio administrado.

Como sabemos, existe un amplio abanico de instrumentos para lograr ese objetivo. La Administración del Estado debiera ser consciente de que con la adopción de determinadas medidas, y no de otras, está afectando de forma desigual al conjunto del sector farmacéutico. Y lo está haciendo con especial virulencia hacia aquella industria que, por su origen y su vocación, más está apostando por el desarrollo tecnológico y científico de España.

Los costes. ¿Alguien le pregunta al ciudadano?

Ante el eterno debate de si el gasto en medicamentos es o no excesivo, quizá deberíamos pensar que en las sociedades modernas, que han alcanzado un grado de complejidad notable, muchas veces nos olvidamos de lo más elemental, que sería sencillamente preguntarle al ciudadano ¿cuánto de sus ingresos desea dedicar a su salud?

Los barómetros de opinión pública constatan que la salud ocupa los primeros puestos entre las preocupaciones de los españoles. La sanidad es el área de mayor interés para un 32% de los españoles, por encima de la educación, la seguridad ciudadana, las pensiones o la vivienda.

Existe un dato fundamental para situar desde un principio la magnitud del campo que estamos analizando. El consumo farmacéutico de los países industrializados representa en promedio un poco más del 1% de su PIB. Esto es, dedicamos sólo un 1% de nuestra renta a adquirir fármacos.

Por cada dólar que un ciudadano consume en medicamentos, gasta 0,83 dólares en tabaco, 1,40 dólares en alcohol, 4,4 dólares en ropa y 12,4 dólares en comida. Las cifras hablan por sí solas. Resultaría tentador situar estos

datos junto al incremento de la esperanza de vida en esos mismos países, que durante el último siglo ha conseguido casi duplicarse, alcanzando en Europa los 80,5 años para las mujeres y los 74,1 años para los varones.

De todos modos, un análisis más pormenorizado revela la existencia de numerosos cambios tan agudos que sólo se pueden explicar por la coincidencia en el tiempo con la llegada de nuevos fármacos. Así, en el período 1960-1981 la mortalidad en EE.UU. causada por hipertensión se redujo en un 53%, en el período 1965-1999 la mortalidad por úlceras lo hizo en un 72%, la mortalidad por infección renal en un 77%, por tuberculosis en un 87%, etc. La mitad del 50% de reducción que han experimentado las muertes por ataque cardíaco en EE.UU. entre 1980 y 1990 ha sido atribuida a la existencia de nuevos medicamentos. La mortalidad por SIDA se ha reducido en más de un 70% gracias a la terapia combinada.

No sólo en años de vida humana puede evaluarse el impacto positivo del descubrimiento de nuevas herramientas farmacológicas. Cada vez los estudios de fármaco-economía profundizan más en el coste comparativo de un tratamiento farmacológico frente al no-tratamiento o frente a otras alternativas. Las agencias reguladoras están exigiendo de forma creciente este tipo de estudios como parte de su evaluación de la propuesta de un nuevo fármaco. Los resultados son en la mayoría de las ocasiones espectaculares. Así, la introducción en esta última década de un nuevo tratamiento farmacológico para la migraña ha permitido reducir el coste social de un migrañoso de 435 a 44 dólares al mes. La reciente disponibilidad de nuevos tratamientos para la depresión ha permitido que el ahorro anual por trabajador depresivo en EE.UU. alcance la cifra de 822 dólares.

En pacientes con fallo cardíaco congestivo el uso de inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina ahorra 9.000 dólares por paciente sólo en costes hospitalarios. Los ejemplos podrían multiplicarse. En general se admite que cada euro gastado en medicamentos reduce 3,65 euros gastados en hospitalización. Y recordemos que el gasto *per capita* en Europa es 2,3 veces menor que en EE.UU. Pero además de prolongar la vida del enfermo o de ahorrar costes a la sociedad, un fármaco puede incrementar significativamente la calidad de la vida del paciente. Se trata de un concepto subjetivo, intangible, difícil de cuantificar. Dentro de los múltiples sistemas propuestos para calcular el valor añadido a la calidad de vida que aporta un fármaco han ganado popularidad los métodos que evalúan la "disponibilidad a pagar".

Así, en diversos estudios se observa cómo los pacientes de artritis reumatoide estarían dispuestos a pagar un 22% de su renta para curarse o cómo el 59% de los pacientes tratados con nitratos aceptarían pagar de su bolsillo un coste adicional equivalente a 18 euros al mes simplemente por substituir la terapia oral por la transdérmica.

La proliferación de este tipo de estudios puede llegar a proporcionar una idea muy ajustada del porcentaje del PIB que la población estaría dispuesta a dedicar a su salud. Los gestores sanitarios deberían, en principio, mostrar su sensibilidad hacia los deseos de los ciudadanos promoviendo estos estudios y aplicando sus consecuencias. Todo lo anterior plantea, además, cuestiones éticas sobre hasta qué punto los administradores pueden llegar a limitar o sesgar la voluntad de los administrados.

Cuando se critica globalmente el coste de los medicamentos, nadie puede aportar ejemplos de cualquier otro bien

o servicio que, desde luego, con la excepción de los alimentos básicos, aporte una relación coste/beneficio superior.

Está claro que los gestores sanitarios deben exigir a la industria farmacéutica aquellos estudios fármaco-económicos

que demuestren la competitividad del nuevo fármaco. Deben ser críticos con aquellos tratamientos sin valor añadido. Pero, una vez demostrada la competitividad, deben esforzarse en conseguir los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de sus pacientes.



Valor añadido e innovación tecnológica

Carmelo Sanz de Barros
Presidente BD España y Portugal

En este año en el que BD cumple su 25 aniversario en España, donde más de 1.000 personas trabajamos día a día esforzándonos por cumplir con nuestra misión "Ayudando a las personas a vivir saludablemente", os quiero asegurar que a nosotros no nos cabe ninguna duda del valor añadido que nuestra empresa y otras muchas de nuestro sector aportan al Sistema Nacional de Salud.

Este valor añadido es medible y evidente. Creo que nadie tiene duda de que la calidad de nuestro Sistema de Salud ha mejorado drásticamente en los últimos veinte años siendo hoy uno de los mejores de Europa y de lo cual las empresas de este sector nos sentimos muy orgullosos y un poco responsables.

Parámetros como la bajada del ratio de mortalidad, la mejora de la expectativa de vida, la impresionante reducción del número medio de días de estancia hospitalaria, etc., son sólo algunas muestras de nuestra contribución a una mejor calidad de vida, a beneficios tangibles que los pacientes (ciudadanos en general) disfrutan en sus tratamientos a la calidad y seguridad con la que los profesionales sanitarios

pueden desarrollar sus actividades en la actualidad y, en general, a un mucho mejor cuidado de la salud en todos sus ámbitos.

Otro aspecto del cual nos sentimos muy orgullosos en BD y en el sector de productos y tecnología sanitaria es de la riqueza que somos capaces de generar en la economía global.

En el caso de BD, además de los 1.000 empleos directos que tenemos en la actualidad en España, producimos aquí más de siete mil millones de unidades al año de productos y tecnología médico-sanitaria, con lo que esto supone para el empleo y generación de riqueza en sectores como: transporte de mercancías, empresas de materiales (plástico, cartón, empaquetado...), servicios profesionales (mecánicos, electricistas...), servicios auxiliares (limpieza, mantenimiento...) servicios generales (restaurantes, tiendas...) y otros muchos.

Pero si de algo nos sentimos especialmente orgullosos en este sector y en BD es de nuestra capacidad de innovar y del aporte y desarrollo tecnológico que venimos realizando continuamente y que nos permite ponerlo al

servicio de la salud y de la calidad de vida del ciudadano.

En el caso de BD contamos en España con el único centro de innovación tecnológica que nuestra compañía tiene fuera de Estados Unidos. Este grupo de cualificados profesionales nos ayuda cada día en la mejora de los productos y tecnología sanitaria que ponemos a disposición de los diferentes Servicios de Salud en España y en el resto del mundo.

Uno de los problemas más importantes con los que nos encontramos en este sector y en BD es la introducción en España de estos avances tecnológicos ya utilizados en otras partes del mundo. El enfoque de las distintas administraciones sanitarias de contención del gasto en productos y tecnología sanitaria conjuntamente con el sistema de contratación vía concurso público limitan la incorporación de nuevas técnicas y tecnologías porque siempre se asume que éstas tienen un mayor coste.

Ni qué decir tiene que ésta es una visión simplista y a corto plazo cuando nadie cuestiona la alta capacidad de innovación de este sector y su aportación de valor indiscutible al sistema poniendo la tecnología al servicio de los profesionales y de la salud y la calidad de vida del ciudadano.

Por esto consideramos necesario que las Administraciones pongan en marcha sistemas que evalúen "coste-beneficio", "coste-efectividad", "coste-eficacia" para una correcta "valoración" de una tecnología novedosa que les permitirá comprobar en la mayoría de los casos que su eficiencia no sólo no incrementa, sino que reduce sus costes.

A continuación, y como ejemplo de todo lo anteriormente expuesto, quiero

mostraros un proyecto en el que BD y el resto de la industria se encuentran activamente involucrados en estos días en España.

Papel de la industria sanitaria en el desarrollo de materiales y dispositivos para prevenir el accidente con riesgo biológico

Las exposiciones accidentales a la sangre y otros fluidos biológicos constituyen hoy en día uno de los mayores riesgos de transmisión sérica para el personal sanitario y para el paciente en general y una de las principales causas de accidentes laborales. Los pinchazos son el tipo de exposición accidental con riesgo biológico más frecuente (cerca del 80%) y se considera que un 65-80% de los mismos serían evitables con la adopción de las adecuadas medidas de prevención.

El medio sanitario europeo en su conjunto reconoce este problema común pero, a excepción de Francia⁽¹⁾, los profesionales sanitarios (gestores y usuarios) todavía no han afrontado con decisión la tarea de adoptar todas las medidas de prevención a su alcance para reducir la incidencia de este tipo de accidentes laborales. Y todo ello a pesar de: a) contar con el amparo de la ley (entre otras, Directiva 2000/54/CEE sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y RD 664/1997 de 12 de mayo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos en el caso español); b) tener a su alcance la tecnología y conocimientos sufi-

⁽¹⁾ *Circulaire sur la prevention de la transmission des agents infectieux vehicules par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins.* (Circulaire DGS-DH N° 98/249 du 20 avril 1998).

cientes para reducir el riesgo y c) disponer de la experiencia sobre la eficacia de las medidas de prevención activas adoptadas en EE.UU.

Tras la aprobación en noviembre de 2000 de la Ley de Seguridad y Prevención de Pinchazos Accidentales, EE.UU. cuenta con la norma más avanzada en la exigencia de incorporación de medidas preventivas activas y de utilización de dispositivos de seguridad en sustitución de los productos sanitarios punzocortantes convencionales. Ante este hecho, junto al peso y desarrollo tecnológico de su industria sanitaria, no hay más remedio que tomar este país como referente en este artículo, aun entendiendo y poniendo en su lugar las diferencias entre los sistemas sanitarios europeos y de EE.UU.

La innovación tecnológica en los productos sanitarios desechables convencionales

Agujas hipodérmicas, jeringas, agujas de sutura, catéteres periféricos, llaves de tres vías, guantes, contenedores, etc., por su consumo masivo diario y en ocasiones escaso valor material relativo suelen estar poco considerados tanto por los clínicos como por los gestores de compras dentro del conjunto de productos sanitarios utilizados en un hospital.

El desarrollo tecnológico en este tipo de productos sanitarios desechables, que podemos considerar como convencionales dentro de un hospital, es uno de los grandes retos con los que se ha encontrado la industria sanitaria mundial en los últimos veinte años.

Los factores que han influido en el relativamente lento desarrollo tecnológico de los productos sanitarios desechables son múltiples:

1. El sector hospitalario está sujeto a una continua restricción del gasto en materiales desechables, y en muchas ocasiones sufre las consecuencias de un gasto farmacéutico que se observa ingobernable en su crecimiento. En estas circunstancias el retorno de la inversión realizada por la industria en esfuerzo tecnológico y humano no resulta atractivo.
2. Grandes fabricantes multinacionales con posiciones dominantes de mercado han preferido emplear su tiempo y energías en defender sus productos más que en apostar por la innovación tecnológica en mercados maduros donde se premian los grandes volúmenes y el bajo coste de fabricación, por las circunstancias arriba mencionadas.
3. Los profesionales sanitarios en raras ocasiones se involucran en el desarrollo de nuevos diseños o tecnologías de materiales desechables y al mismo tiempo resulta extremadamente difícil acumular datos estadísticos relevantes para justificar clínica y económicamente el cambio hacia una nueva tecnología.

Tan sólo factores sociales externos, como la creciente preocupación a finales de los años ochenta por la expansión incontrolada de enfermedades infecciosas como el SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C y más recientemente el bioterrorismo o el SARS están siendo un estímulo para romper la inercia existente.

Es indiscutible que la concienciación y mayor conocimiento de las consecuencias del accidente con riesgo biológico en el profesional sanitario han sido el motor de la innovación tecnológica de los productos sanitarios desechables convencionales hacia dispositivos de seguridad.

Un cambio tecnológico completamente asumido por la industria

El esfuerzo de la industria en el diseño de nuevos productos de seguridad durante los últimos años ha sido importantísimo, en ocasiones adelantándose y en otras adaptándose a la demanda del usuario. El profesional sanitario puede encontrar hoy en el mercado sanitario contenedores de objetos punzantes, sistemas cerrados de válvula para acceso intravenoso sin agujas, catéteres de seguridad, agujas de seguridad para extracción de sangre con tubos de vacío, jeringas de seguridad, palomillas de seguridad para infusión y extracción, jeringas de gasometría con dispositivos de seguridad, lancetas de seguridad, etc.

Como ejemplo, indicar que en el período 1984-1996 se presentaron en EE.UU. más de 1.000 patentes relacionadas con dispositivos para prevenir los pinchazos accidentales. Actualmente en EE.UU. se comercializan más de 115 productos con dispositivos de seguridad y existen más de 90 empresas en el mercado fabricando o comercializando estos productos⁽²⁾.

La colaboración con la industria farmacéutica también está siendo muy efectiva, con el desarrollo de medicamentos precargados usando dispositivos de seguridad.

La industria está siendo también capaz de desarrollar diferentes dispositivos de seguridad para sustituir a un mismo producto convencional. Esto no debe significar que existan en el mercado dispositivos con diferentes niveles de seguridad. Todos los nuevos dispositivos

de seguridad deben proteger de manera eficaz contra los pinchazos accidentales y las diferencias entre unos y otros deben hacer referencia a características adicionales de los mismos, basadas en las diferentes aplicaciones clínicas y grado de confianza o destreza en el uso del producto de los profesionales sanitarios.

Otro elemento que merece la pena comentar en relación con esta nueva generación de productos con dispositivos de seguridad es que deberá ayudar a la estandarización de productos y medidas utilizadas más que a multiplicar la variedad de medidas y opciones disponibles para la realización de un mismo procedimiento clínico, en la medida en que cualquier proceso de conversión necesitará como paso previo imprescindible revisar el seguimiento y definición de los protocolos clínicos existentes.

La racionalización de referencias utilizadas en el hospital puede implicar un ahorro desde el punto de vista de control de inventarios y logística que podrá desviarse a la compra de dispositivos de seguridad. Por su parte, la industria es una de las más interesadas en reducir y estandarizar la gran variedad de medidas existentes, debido al elevado coste de fabricación que tienen estos dispositivos, por lo que con toda seguridad será una aliada del gestor del hospital en este proceso, aportando su experiencia y conocimiento de producto para buscar las soluciones de seguridad más globales.

En estos momentos es posible considerar que existe un grado suficiente de desarrollo de la industria sanitaria dedicada a la fabricación de dispositivos de seguridad que asegura la libre competencia y garantiza al profesional sanitario la elección del dispositivo más adecuado a sus necesidades.

⁽²⁾ Datos recogidos en la página web del *International Health Care Worker Safety Center, University of Virginia*. www.med.virginia.edu/medcntr/centers/epinet/products.html

Algo más que el desarrollo tecnológico de dispositivos de seguridad

Como se ha podido comprobar hasta el momento, las estrategias para la reducción del riesgo son multifactoriales: formación del personal, sistemas más efectivos de eliminación del material desechable, disponibilidad y mayor utilización de los dispositivos de seguridad, e innovaciones tecnológicas en la fabricación de nuevos materiales o diseños.

Este hecho hace que la responsabilidad en la prevención del riesgo ocupacional recaiga conjuntamente en los gestores de los hospitales como empresarios con responsabilidad ante la ley, en los profesionales de la salud en tanto en cuanto afectados/beneficiados más directos y en la industria sanitaria, que puede y debe colaborar en tres aspectos fundamentales:

- Desarrollo de una gama de productos con dispositivos de seguridad que respondan a las necesidades específicas del personal sanitario.
- Programas de formación para los usuarios que permitan una utilización óptima de los nuevos dispositivos, reconociendo claramente las ventajas frente a los productos sanitarios convencionales.
- Desarrollo de una metodología de consultoría que ayude al gestor hospitalario a identificar los riesgos y poner en marcha las soluciones apropiadas, aportando su experiencia, adquirida por el contacto con otros países y entornos sanitarios.

El desarrollo y planificación de estrategias de prevención de las exposiciones ocupacionales con riesgo biológico

co pasa en primer lugar por la definición de un mapa de riesgos en el que se identifiquen procedimientos, puestos de trabajo y materiales de alto riesgo de exposición. Esta información debe obtenerse con sistemas de vigilancia efectivos que permitan monitorizar la práctica clínica y cuantificar los riesgos de exposición ocupacional.

Asimismo, es necesario establecer un plan de formación continuada de los profesionales sanitarios implicados, en el que se incluyan:

- Una información completa sobre los riesgos existentes y sus consecuencias.
- Una actualización del conocimiento y seguimiento de las precauciones universales.
- Una comprensión y revisión de las prácticas clínicas utilizadas para dirigir las actuaciones hacia prácticas más seguras tanto para el paciente como para el profesional sanitario.
- Un conocimiento exhaustivo de todos los dispositivos de seguridad a su alcance, para que activa y conscientemente participen en la selección del dispositivo más adecuado a su práctica clínica habitual.

La industria sanitaria, consciente de que la conversión a dispositivos de seguridad requiere un esfuerzo no sólo financiero, sino de formación y concienciación de todos los colectivos implicados, ha dedicado sus esfuerzos a liderar planes de colaboración con los gestores responsables de la sanidad y hospitales para ayudar a establecer planes de formación y concienciación, así como en la implantación y divulgación de sistemas de registro de datos.

La experiencia europea y española

El camino seguido en EE.UU. durante la década de los 90 está siendo seguido de manera similar por las instituciones europeas:

En mayo de 2001 se celebró la primera Conferencia Europea Frontline de Seguridad en Trabajadores Sanitarios sobre Prevención de Patógenos Hemáticos por Exposición Accidental a Sangre y Fluidos Biológicos, amparada por la Fundación Frontline para la Seguridad de los Trabajadores Sanitarios, organización sin ánimo de lucro dedicada a la mejora de las condiciones de trabajo y prevención del riesgo ocupacional de los trabajadores sanitarios. En esta reunión se presentó una Declaración de intenciones y bases de acción de la Fundación en Europa donde se refuerza la adopción de medidas de prevención activas muy en línea con la Alerta NIOSH de 1999, incluyendo conceptos como:

- Estrategias de control de la infección y gestión del riesgo, incluyendo las tecnologías más efectivas disponibles...
- Educación, entrenamiento, formación de instituciones y gestión en sanidad...
- Que la gestión activa pre-exposición es costo-efectiva...
- Que los esfuerzos en prevención de la exposición deben ser optimizados a través del conjunto que incluye: autoridades sanitarias y agencias de seguridad, defensores de la seguridad de pacientes y trabajadores, médicos, enfermeras, fabricantes de dispositivos de seguridad, laboratorios farmacéuticos, dirección de hospitales, trabajadores de laboratorios, gerentes sanitarios del ámbito público y privado y organiza-

ciones profesionales sanitarias y sindicatos.

En el Grupo de Trabajo de la Declaración se encontraban tres de los principales integrantes del Grupo de Trabajo EPINETAC en España.

En diciembre del año 2001, Eucomed, asociación que representa a la mayoría de la industria tecnológica médica en Europa publicó el Informe Eucomed con el objetivo de concienciar y llamar la atención a los interesados del riesgo de los accidentes por pinchazos y el riesgo asociado de infección del personal sanitario. Asimismo, pone énfasis en el valor de una educación y formación efectiva y en el establecimiento de prácticas de trabajo seguras, e intenta promocionar tanto el conocimiento como el uso de tecnologías de protección contra objetos punzantes disponibles.

FENIN, la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, que agrupa a las empresas fabricantes, importadoras y distribuidoras de productos de tecnología sanitaria (excluidos medicamentos) y cuya característica común es la de ser suministradoras de todas las instituciones sanitarias españolas, se encuentra integrada en Eucomed.

España cuenta con datos de registros de pinchazos accidentales desde 1995, año en que la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, con la colaboración de Becton Dickinson & Co, toma contacto con la Dra. Jagger en la Universidad de Virginia. Contando con la ayuda de esta multinacional fabricante en el desarrollo del soporte técnico y difusión, realiza la adaptación española del programa EPI-Net. En la actualidad los datos más recientes publicados se refieren al *Estudio y Seguimiento del Riesgo Biológico en el Personal Sanitario Proyecto*

EPINETAC 1998-2000. Estos datos permiten ofrecer unos resultados fiables y útiles en el ámbito nacional sobre las características de las exposiciones a riesgo biológico hemático de los profesionales sanitarios, que facilitan la priorización e introducción o modificación de medidas de prevención como: precauciones estándar, equipos de protección individual o dispositivos de seguridad. Con anterioridad a este estudio, merece mención el GERATBAS, con datos del período 1994-1997.

Multitud de instituciones sanitarias y asociaciones profesionales de enfermería y medicina de ámbito europeo, nacional y local están en este momento colaborando activamente en el proceso de concienciación e información sobre el riesgo biológico en el profesional sanitario.

La industria sanitaria en Europa, y en particular en España, se encuentra en situación de afrontar los retos derivados de un proceso de conversión que podría ser inminente, adaptando la experiencia adquirida en EE.UU. a la situación socio-sanitaria europea. Las grandes compañías del sector están realizando un esfuerzo muy importante en tres aspectos claves:

- Adaptación a la Directiva de Productos Sanitarios 93/42/CEE de todos los nuevos productos con dispositivos de seguridad fabricados y comercializados en EE.UU.
- Colaboración con las autoridades sanitarias y asociaciones profesionales que así lo requieran en la obtención y adaptación de la información relativa a datos de eficacia de los dispositivos de seguridad, análisis coste-beneficio, definición de mapas de riesgos y planes de formación.
- Aumento de los recursos humanos y materiales para ponerlos al alcance de los gestores hospitalarios y ayudar a: a) la identificación de los riesgos existentes, b) el análisis de los procedimientos clínicos para adecuarlos a la mejor y más segura práctica clínica y c) el establecimiento de planes globales de formación de buenas prácticas clínicas y de producto.

Con todo ello se trata de adaptar lo máximo posible a las exigencias de la práctica clínica diaria, manteniendo unos estándares de calidad y compromiso con la seguridad de los pacientes y usuarios.



La importancia relativa sobre treinta innovaciones tecnológicas, según la opinión de un colectivo de médicos internistas⁽¹⁾

Juan M. Vidal Gil
Vicepresidente Europeo Guidant, S.A.

Durante los pasados treinta años, un imprecedented número de innovaciones han tenido un enorme impacto clínico y económico en la medicina en los países desarrollados.

Nuevos fármacos, técnicas de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos han ayudado a millones de pacientes a ser más longevos y mantener una mejor calidad de vida.

Al mismo tiempo, expertos en economía de la salud piensan que este avance tecnológico es una de las causas del incremento de los gastos en el campo sanitario. La necesidad de comparar el valor para los pacientes de las nuevas tecnologías con el efecto del posible mayor gasto es una fuente de tensión entre médicos, hospitales, pacientes, compañías de seguros y políticos.

La eficacia y seguridad de la mayoría de las innovaciones han sido y son estudiadas a través de ensayos clínicos randomizados. Además, ha habido numerosos estudios que han tratado de calcular el coste-efectividad de in-

tervenciones/procedimientos específicos para unas condiciones clínicas bien definidas. Donde no parece que hay una información sistemática es sobre la importancia relativa que los pacientes dan a las diferentes innovaciones. La causa más importante es que cada paciente sólo tiene experiencia directa sobre un subgrupo de innovaciones tecnológicas. Por lo tanto, es imposible que los pacientes puedan comparar sobre la mayoría de las innovaciones tecnológicas sanitarias.

Casi por la misma razón los médicos especialistas no podrían comparar diferentes tecnologías que son aplicadas en una amplísima gama de situaciones clínicas. Médicos generalistas que sí ven los efectos de muchas de las diferentes intervenciones sobre sus pacientes son probablemente los mejores posicionados para hacer este tipo de comparaciones.

Los resultados que se presentan en este trabajo son las conclusiones de un esfuerzo inicial para proveer un análisis sobre treinta innovaciones tecnológicas sanitarias a través de un estudio realizado con las respuestas de 225 destacados internistas, que fueron preguntados teniendo que seleccionar

⁽¹⁾ Basado en el artículo de Fuchs VR, Sox Jr HC. Health affairs 2001; 5(2).

entre las cinco y siete innovaciones tecnológicas, que, si no existiesen, tendrían los mayores efectos negativos para sus pacientes, y, por otro lado, escoger también entre cinco y siete nuevas tecnologías que, de no existir, causarían los menores impactos clínicos a sus pacientes. Por lo tanto, no se enfatizó en la eficacia absoluta de una innovación, sino sobre el beneficio de dicha tecnología en relación con la mejor alternativa terapéutica. También se tenía en cuenta el efecto de dichas

tecnologías sobre la longevidad de los pacientes y/o la calidad de vida.

Las treinta innovaciones tecnológicas fueron escogidas a través de una búsqueda informática basada en la frecuencia con que cada innovación tecnológica fue el principal foco de artículos publicados en los últimos 25 años en las prestigiosas revistas de medicina como el *Journal of the American Medical Association* y el *New England Journal of Medicine*.

Tabla 1. Ranking de las innovaciones tecnológicas realizado por la población de médicos entrevistados (2001)

Ranking	Innovación
1	Resonancia magnética y scanner
2	Inhibidores de la ECA
3	Angioplastia con balón
4	Estatinas
5	Mamografía
6	CABG
7	Inhibidores bomba de protones y antagonistas H2
8	Nuevos antidepresivos (SSRI y no SSRI)
9	Operación de cataratas e implantes oculares
10	Sustitución de cadera y rodilla
11	Ultrasonografía
12	Endoscopio gastrointestinal
13	Esteroides inhalados para el asma
14	Cirugía laparoscópica
15	NSAID e inhibidores Cox-2
16	Enzimas cardíacas
17	Fluoroquinolonas
18	Últimos agentes hipoglucémicos
19	Diagnóstico y tratamiento para HIV
20	Tamoxifeno
21	PSA test
22	Opioides parenterales y de larga duración
23	Tratamiento y test para H. Pylori
24	Densitometría ósea
25	Cefalosporinas de tercera generación
26	Bloqueadores de canales de calcio
27	Sedación intravenosa consciente
28	Sildenafil
29	Antihistamínicos no sedativos
30	Transplante de médula espinal

Algunas conclusiones interesantes del análisis de varios subgrupos son las siguientes:

Innovaciones para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares recibieron una puntuación significativamente más alta que las que recibieron otras innovaciones. Esto es debido a la alta tasa de incidencias de las enfermedades cardiovasculares (primera causa de muerte en el mundo occidental) y la mayor eficacia de las nuevas tecnologías intervencionistas y fármacos relativos a otras innovaciones de otros campos terapéuticos, tales como neoplasias malignas.

El análisis de los datos obtenidos revela que la evaluación de algunas innovaciones varía significativamente con la edad de los médicos internistas entrevistados. Por ejemplo, para innovaciones como los nuevos antidepresivos, fármacos intestinales y densitometrías, tuvieron una apreciación menor por los médicos de más de sesenta años que por aquellos médicos por debajo de cincuenta años. Diferente patrón muestran las ecocardiografías, donde la evaluación mejora con la edad del médico.

Innovaciones relacionadas con fármacos obtuvieron resultados estadísticos significativamente inferiores que las innovaciones relacionadas con métodos diagnósticos y/o innovaciones quirúrgicas.

Esta nueva forma de evaluar las innovaciones tecnológicas sanitarias, tradicionalmente sólo evaluadas a través de la seguridad y eficacia realizadas en ensayos clínicos, puede servir para abrir nuevas perspectivas en el campo de la salud:

- Una posible aplicación de estos *ranking* sería para evaluar el uso de este tipo de tecnologías por los médicos. Si hay médicos que hacen

uso consistentemente por encima de la media de innovaciones con *ranking* bajo, o un uso por debajo de la media de una innovación con alto *ranking*, quizá merezca un análisis por parte de los responsables sanitarios.

- Este tipo de *ranking* también podría contribuir a expandir el concepto de seguridad de calidad. Los comités de seguridad de calidad de los diferentes gobiernos parece que buscan la evidencia en la eficacia como el primer criterio para escoger las medidas de calidad. Este tipo de políticas incitan planes sanitarios que promueven el uso de este tipo de innovaciones, que hayan probado mejorías en la salud en ensayos clínicos. El *ranking* exhibido en este trabajo muestra otra forma de evidencia, aquella que viene de la percepción de los pacientes, la cual es, o debería ser, un aspecto importante de calidad.
- Los *ranking* también podrían ayudar a la información relativa a políticas orientadas al desarrollo y a la investigación. Innovaciones tecnológicas en diagnóstico y procedimientos quirúrgicos tuvieron una mayor apreciación que las innovaciones de medicamentos.

La importancia que los médicos internistas consultados opinasen de esta forma destaca la necesidad de comprender los cimientos científicos y tecnológicos de los avances de la medicina. Puede ser que dichos avances dependan más de la investigación en campos como la física, la ingeniería y otros campos similares, que de una definición estrecha de la que se comprende por la "investigación médica".

Finalmente, los expertos y especialistas en el campo de la economía de la salud necesitarían poner una mayor atención

en la distribución, en la población, en las consecuencias de las innovaciones tecnológicas. ¿Cómo afectan los beneficios de estas nuevas innovaciones a diferentes grupos de población definidos por edad, sexo, grupo étnico, educación, renta y otras características? ¿La distribución de estas consecuencias es la misma para las innovaciones con alto y bajo *ranking*?

Quizás este esfuerzo inicial para obtener información sobre la importancia

relativa para los pacientes de estas treinta innovaciones tecnológicas debería provocar un estímulo para formular muchas preguntas sobre las innovaciones relacionadas con las políticas sanitarias.

Referencias bibliográficas

1. Physicians Views of the Relative Importance of Thirty Medical Innovations. *Health Affairs* 2001; 5(20).



Productividad y nivel de satisfacción; valor añadido de las empresas de consultoría

José Luis Zabala
Solužiona

Las empresas que desarrollamos nuestra actividad prestando servicios de consultoría, tanto tecnológica como de negocio, en el sector sanitario, todas hemos tenido que pasar nuestra travesía en el desierto. Esta travesía ha durado la mayoría de las veces hasta tres años. Y a nadie le resultara extraño que haya habido empresas que no hayan podido superar esta travesía inicial o estén a punto de desfallecer. Guardémosles un respetuoso homenaje no enumerando su nombre.

Creo que el inicio de esta travesía ha sido originado por un espejismo. Como es conocido por todos, el gasto sanitario representa en la actualidad más del 8% del PIB y ha estado creciendo a ritmo prácticamente constante los últimos veinte años. Además, según los expertos en economía de la salud, este gasto puede crecer hasta el 35% de aquí al año 2013. ¿Qué consultora no va a apostar inicialmente por un sector con estas características?

El problema está en la letra pequeña. Los mismos expertos indican que este gasto es entre un 6 y un 12% inferior al necesario. Este dato es bien conocido por nuestra clase política, que ha considerado la financiación de la Sanidad un problema de Estado.

Esto ha originado que el sector sanitario tradicionalmente ha estado por detrás de otras áreas de la actividad económica, como pueden ser finanzas y telecomunicaciones, en contratar servicios en consultoría, a pesar de ser un sector basado en la gestión del conocimiento. Se considera que la consultoría es algo no prioritario.

Baste como ejemplo el área de consultoría tecnológica. En este momento, las inversiones se sitúan, en los países desarrollados, entre el 0,5% y el 2,5% del total de los ingresos netos. Esta cifra está más cerca del tope superior en el mercado norteamericano y del tope inferior en el caso del mercado europeo. Los últimos 5 años se ha experimentado en media un incremento entre el 7% y el 15% del gasto.

La finalización del proceso de transferencias del Insalud ha significado para muchos el fin en esta travesía, ya que, por motivos obvios, se han incrementado los servicios de consultoría respecto a épocas anteriores. De un cliente se ha pasado a 17. En época de Insalud, la labor de consultoría de empresas de nuestras características tenía a veces componentes épicos, posibilitando sólo la supervivencia de compañías de nicho constituidas por profesionales muy asociados al sector.

No hay que buscar únicamente en el entorno el origen de todos nuestros problemas. Es importante reconocer que hay una opinión muy extendida en el sector de que las inversiones que se están realizando en servicios de consultoría no están teniendo un retorno adecuado. Baste con recordar cuando proyectos de implantación de HIS no han finalizado nunca a satisfacción de los usuarios y después de invertir cantidades muy superiores a las inicialmente presupuestadas.

No todos los proyectos que se abordan tienen en cuenta los siguientes principios básicos:

- Establecer un orden de prioridades adecuado.
- Identificar proyectos que mejoren la productividad y la satisfacción de los clientes.
- Excelencia en la implantación.

De los diversos agentes del sector sanitario, es la red asistencial; hospitales y centros de primaria, donde los potenciales de mejora son más importantes. Estimaciones realizadas indican que entre el 20% y el 30% del gasto actual no asociado a recursos humanos podría evitarse.

No obstante, creemos que el sector está en este momento en una situación magnífica para abordar proyectos que incrementen la productividad y el nivel de satisfacción. Baste como ejemplo lo que está sucediendo en el área tecnológica.

Incremento de la productividad y de la satisfacción

En la historia de la implantación de sistemas de información en el sector sanitario se pueden identificar tres grandes fases:

Control del dinero y del tiempo

Esta fase que empezó en los años 80 significó la implantación de sistemas de información orientados al área presupuestaria, de compras y de nóminas, con objeto de mejorar la gestión económica, así como de los sistemas que permitieran gestionar el flujo del paciente a lo largo de la organización sanitario con objeto de mejorar la gestión del tiempo y en general de los recursos empleados.

Esta fase, aunque sigue evolucionando, se puede considerar concluida en la mayoría de las situaciones

Medición del "producto" sanitario

La siguiente fase, iniciada en los años 90, tuvo como objetivo posibilitar la medición de la producción sanitaria, con un enfoque de caja negra, donde se consideraban los recursos empleados y la producción obtenida. Para ello se procedió al despliegue de cuadros de mando que posibilitaban monitorizar indicadores asociados a la actividad asistencial, como las consultas realizadas, las estancias medias y el número de pacientes por patología, así como indicadores más elaborados, y algunos de ellos provenientes del mundo industrial, como los GRD, APG y el RUG.

Esta fase es en la cual en la mayoría de los casos se encuentran inmersos los distintos agentes del sector.

Incremento de la productividad y de la satisfacción

Las dos fases anteriores, aunque necesarias, no son suficientes para gestionar el continuo incremento de la demanda asistencial de todos los sistemas sanitarios, originada fundamentalmente por el envejecimiento de la población. Las nuevas tecnologías de

la información deben ser soporte tanto para el incremento necesario de la productividad como para el nivel de satisfacción percibido por ciudadanos/pacientes.

Hasta la fecha, no ha sido habitual hablar de productividad ni de satisfacción en el sector sanitario, donde el término políticamente correcto ha sido el de calidad asistencial. No obstante, los conceptos de productividad, calidad y satisfacción están relacionados íntimamente en el sector sanitario.

Es posible incrementar la productividad sin necesariamente disminuir la calidad si se consigue incidir sobre el gasto sanitario asociado. Desde hace ya mucho tiempo, las diversas sociedades científicas, administraciones sanitarias y los principales hospitales han desarrollado protocolos, guías y estándares. A pesar de ello, el desarrollo de la práctica clínica varía substancialmente entre los distintos profesionales médicos, con la incidencia en el coste que ello representa. Los sistemas de información actuales tienen parte de responsabilidad al no haber ayudado suficientemente al empleo, expansión y soporte de estas iniciativas.

Y, de igual manera, es posible incrementar el nivel de satisfacción sin necesariamente afectar a la productividad. Las experiencias exitosas de gestión del nivel de satisfacción se han basado en informar y formar a los ciudadanos/pacientes de los recursos sanitarios que existen a su disposición, consiguiendo como efecto asociado la mejora en su uso.

Con objeto de poner en marcha proyectos orientados al incremento de la productividad, se dispone desde los años 90 de los EMR (*Electronic Medical Record*), con distintos grados de

desarrollo, que permiten gestionar digitalmente la información clínica de los pacientes, a nivel de episodio, de enfermedad o de salud. Con el objeto de poner en marcha proyectos orientados a la satisfacción de los clientes/pacientes, a semejanza de otros sectores, se dispone de las plataformas de CRM (*Customer Relationship Management*).

Ambas tecnologías han sido suficientemente desarrolladas. El no haber cubierto las expectativas previstas se debe en gran medida a errores en la implantación. Basten como ejemplo las siguientes consideraciones de implantación de proyectos de incrementos de productividad.

Orden adecuado de implantación

Los proyectos orientados al incremento de la productividad exitosos tienen en común las siguientes etapas de implantación:

1. Integrar toda la información existente; asociada al paciente, a lo largo de todo el proceso asistencial (urgencias, hospitalización, radiología, laboratorios, consultas, etc.), así como de los distintos recursos y procedimientos a aplicar, con objeto de poder tomar decisiones, informar y formar teniendo en cuenta todos los aspectos asociados.
2. No limitarse a datos administrativos, sino dar especial relevancia a datos clínicos. La mayoría de los sistemas de información actuales tienen como finalidad principal identificar los procesos realizados y asociarles un gasto.

Sin datos clínicos sólo se dispone de una visión muy parcial del proceso asistencial, con lo que ello representa a efecto de la toma de

decisiones y de información y de formación.

3. Todo el esfuerzo anterior alcanza su máximo sentido si es posible acumular y analizar, durante varios años la información asociada al paciente. Esta disponibilidad de información histórica posibilita ver el impacto de las decisiones clínicas con la consecuente realimentación en el proceso de elaboración de las guías clínicas.

Conclusiones

Si los servicios de consultoría quieren aportar valor añadido al sector sanitario deben orientarse al incremento de la

productividad y del nivel de satisfacción de los ciudadanos. No obstante, aún queda mucho por hacer. Si las empresas de consultoría no somos capaces de adaptarnos adecuadamente, posiblemente no seamos capaces de sobrevivir en la próxima travesía en el desierto, que seguro que llegará.

Para finalizar, compartir lo que es nuestra receta a nivel corporativo para poder cumplir con estos objetivos: enfocar los servicios de consultoría en sanidad, desde una perspectiva integral, considerando tanto aspectos tecnológicos, de gestión y de infraestructuras, como una obsesión permanente por importar las mejores prácticas que en otros sectores económicos hayan podido realizarse.



La evaluación de las tecnologías y la gestión de los sistemas sanitarios

José M.ª Amate Blanco

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III

La Fundación Signo ha tenido la deferencia de invitarme a participar en este número monográfico de su revista dedicado a analizar la implicación de la empresa en el Sistema Sanitario, por lo que me place expresarle mi reconocimiento. El tema es de calado y amplitud sobrados para merecer la atención de especialistas en la materia que en estas mismas páginas lo analizan con plena autoridad.

En mi caso, como responsable de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, intentaré centrarme en la provisión de tecnologías al sistema sanitario y su articulación con los mecanismos de evaluación que faciliten el ejercicio de decisión ágil y transparente.

Introducción

Es proverbial la influencia de la innovación tecnológica sobre la medicina moderna. Las grandes conquistas que, por poner un ejemplo, han permitido que la mortalidad causada por las enfermedades infecciosas en los países desarrollados se redujera del 37 al 1,5% a lo largo del siglo XX, se han producido bajo el signo de la investigación y el

desarrollo industrial. Sin embargo, las tensiones suscitadas en las dos últimas décadas entre las políticas presupuestarias y la abrumadora oferta tecnológica requirieron una actividad evaluadora que, por lo que se refiere a las tecnologías sanitarias, viene a coincidir con la constatación de cuatro fenómenos trascendentales en los sistemas sanitarios de los países industrializados:

1. El crecimiento exponencial del gasto sanitario.
2. La constatación de la incertidumbre sobre el efecto real de las intervenciones en salud.
3. La variabilidad de la práctica clínica no asociada consistentemente a resultados.
4. La aceleración de los ciclos tecnológicos y, consecuentemente, en la introducción de nuevas tecnologías.

La tradición reglamentista de las administraciones sanitarias, con sus clásicos mecanismos de autorización previa para la comercialización de medicamentos y productos sanitarios, da lugar a que con frecuencia se confundan objetos y objetivos de los diferentes tipos

de evaluaciones. Para evitarlo, intentaré esbozar una desagregación que facilite la identificación de las diferentes líneas de actividad.

Dentro del concepto clásico de tecnología sanitaria que, en su día, adoptara la *Office of Technology Assessment* (OTA) del Congreso de EE.UU. y que hoy es de aceptación generalizada, cabe diferenciar dos categorías de tecnología sobre las que inciden con diferente intensidad otros dos tipos de evaluación. Así, cabría considerar:

1. Tecnologías "utensilio" (esencialmente medicamentos y productos sanitarios). Generalmente su utilización es diferida de su producción a través de una distribución específica con responsabilidades establecidas, que es la vía de comunicación entre el productor y el usuario final. En consecuencia, tienen individualidad y existencia propia, independientes de su uso, y, por lo tanto, "contenido tecnológico" y valor económico intrínsecos, con independencia de que se utilicen adecuadamente o no.
2. Tecnologías "servicio" (que sería la genuina intervención médica). Su utilización es efecto directo de su aplicación. Estas tecnologías son intangibles, sólo se materializan y adquieren su valor económico por el uso, es decir, cuando se presta el servicio.

Obviamente, ambas se integran en la práctica, aunque siempre predomine uno de los dos componentes que confiere su carácter al conjunto. Paralelamente, sobre ellas cabe aplicar dos tipos de evaluación en que se sustentan las decisiones de la Administración Sanitaria y que reciben muy diferente tratamiento administrativo.

1. *Evaluación reglamentaria* es preceptiva, vinculante y requisito previo para

el acceso al mercado de los productos reglados, como son los medicamentos o los productos sanitarios. Se aplica a valorar si el producto en cuestión satisface los requisitos mínimos de calidad, seguridad y eficacia clínicas que se le exigen para acceder al mercado, pero no entra en los aspectos cuantitativos que permitirían asignarle un cierto orden de prioridad en comparación con otras intervenciones alternativas.

2. *Evaluación consultiva* se aplica a la valoración de impactos sanitario, social, ético, organizativo o económico de cualquier tecnología, con independencia de que sea nueva o ya implantada. Puede materializarse en informes de segunda parte, por lo que no es preceptiva ni vinculante, y practicarse sobre aquellas tecnologías designadas discrecionalmente por operadores o autoridades sanitarias, con objeto de asignarles un cierto orden de prioridad entre las distintas alternativas disponibles y adoptar decisiones de política sanitaria ponderando sus consecuencias en las más variadas facetas. Con frecuencia se relaciona este último tipo de evaluación con las decisiones de cobertura de los sistemas públicos, pero ello tampoco alteraría cualitativamente el perfil trazado, por cuanto tales decisiones de financiación son secundarias a las de autorización y no deben condicionarla.

Multifactorialidad del sector sanitario

A su vez, si tradicionalmente se ha venido considerando la salud como una consecuencia lineal del desarrollo, la Comisión de Macroeconomía y Salud convocada por la directora general de la Organización Mundial de la Salud, la doctora Gro Harlem Brundtland, vino a introducir nuevos elementos de discu-

sión al revisar esta consideración y afirmar que la salud no sólo es consecuencia, sino también causa, del crecimiento económico. En cualquier caso, el sector de la salud ha alcanzado una particular relevancia, en torno al 9-10% del producto mundial, a la que contribuye no sólo la fortaleza tradicional de la industria sanitaria en su conjunto, sino también, y en un sentido amplio, la red de servicios de salud. Así, algún análisis postula que un incremento del 10% de la esperanza de vida al nacimiento se asocia con crecimientos económicos adicionales entre 0,3 y 0,4% anual¹.

Sin entrar a cuestionar la validez global de estas valoraciones, entiendo que no debe asumirse indiscriminadamente, sin proceder a una estratificación pormenorizada de los contextos sociales y tecnológicos en que se producen tales inversiones. Así cabe presumir sensibles diferencias según que la inversión sanitaria se aplique, por ejemplo, a mejorar las condiciones básicas de salubridad de países en desarrollo o los sistemas sanitarios complejos de países desarrollados.

En los países desarrollados la protección de la salud ha pasado de ser una aspiración individual a constituir un derecho fundamental reconocido constitucionalmente, lo que contribuye a proyectar sobre el sector cuantiosos recursos que oscilan entre 7 -14% del PIB de los diferentes países miembro de la OECD. Por otra parte, elementos tan objetivos como son el aumento de las posibilidades de intervención médica y las conquistas sociales han configurado un mercado sanitario que, pese a su elevada tecnificación, resulta escasamente selectivo por su notable vulnerabilidad ante la "demanda reivindicativa" trasladada a presión política.

En tal contexto propio de los sistemas sociales avanzados resulta ineludible

que, junto a su dimensión como servicio público, el sector sanitario presente otra como sector económico, que cabría segmentar en los cuatro mercados siguientes: político, financiero, laboral e industrial, cada uno de los cuales, subdividido a su vez en diversas categorías, plantearía diferentes prioridades encontradas.

La evaluación necesaria para sustentar decisiones complejas

En conjunto, la integración eficiente de tecnologías en los sistemas sanitarios es compleja ya que su acceso y difusión en el medio asistencial vienen determinados por las decisiones independientes de miles de agentes, a lo que ha de añadirse la conveniencia de desarrollar herramientas políticas que conduzcan no sólo a niveles óptimos de difusión o utilización de tecnologías, sino que también fomenten el desarrollo de aquellas que combinen diferentes prioridades.

Por otra parte, la asistencia sanitaria se caracteriza hoy por una extraordinaria variedad de valores y objetivos, debida a que buena parte de las intervenciones habituales no se aplican a la pugna entre la vida y la muerte, sino al manejo de la incertidumbre, la mejoría de la calidad de vida y la satisfacción de preferencias personales que, a su vez, son susceptibles de múltiples matices, hasta el extremo de que el principio de autonomía del paciente pueda entrar en colisión con el de equidad del sistema sanitario.

En tales condiciones, la incertidumbre que hasta hace pocas décadas se inscribía esencialmente en el contexto de las decisiones clínicas se ha extendido a las políticas al plantear interrogantes de la naturaleza más variada, tales como: la cuantificación del beneficio efectivo de buena parte de las intervenciones

sanitarias, la prioridad asistencial que se atribuya a diversos colectivos, los reajustes organizativos que, a tales efectos, requiera el propio sistema asistencial, la repercusión sobre la investigación y el desarrollo industrial, las discusiones éticas y jurídicas suscitadas por las crecientes posibilidades de intervención sanitaria, y las previsiones económicas que permitan el sostenimiento del propio sistema sanitario.

Ante tal cúmulo de interrogantes que puede rodear la aplicación de una tecnología sanitaria, resulta imprescindible cuantificar sus resultados a medio o largo plazo, tales como: supervivencia, morbilidades asociadas o tasas de reingreso, por no hablar de exigencias económicas, organizativas o jurídicas, pues si se ignoran esas consecuencias, resulta imperativo preguntarse: ¿qué "producto" se está ofreciendo al "consumidor"? y, por otra parte: ¿qué previsión económica puede hacer el gestor? En consecuencia, ¿cómo puede garantizar la supervivencia del Sistema Sanitario sobre criterios de equidad?

La asistencia sanitaria, sea de carácter privado o público, se desarrolla hoy en un marco contractual, respectivamente contrato privado o "social", que exige la cuantificación de resultados para poder definir las variables del Sistema y, subsiguientemente, las condiciones de contratación³. Los resultados económicos son imprescindibles para conocer los costes y, en consecuencia, las necesidades financieras del Sistema, mientras que los resultados clínicos lo son para que el asegurado tenga unas expectativas realistas de los beneficios que puede esperar de la asistencia que ha contratado.

Por otra parte, hemos de recordar que una misma prestación sanitaria puede hacerse efectiva mediante tecnologías diversas y con diferentes impactos; y que cada una de ellas puede ser de

elección en un determinado contexto, tanto clínico como organizativo o económico, lo que supone que para satisfacer un compromiso asistencial dado se disponga de una batería de intervenciones que se han debido jerarquizar previamente.

En la medida en que las políticas públicas se materializan en normas jurídicas, programas y, en general, en resoluciones administrativas, han de formularse a través de procesos de decisión animados por la relación entre los objetivos de gobierno y los medios para alcanzarlos. En tal escenario, el tipo de análisis que correspondiera en cada caso habría de tomar en consideración tanto las limitaciones de la información disponible, como la propia naturaleza política del proceso, que exige conciliar preferencias enfrentadas y defendidas desde muy diversos sectores, lo que requiere evaluaciones integrales que ponderen los distintos impactos de la decisión en los ámbitos sanitario, social, ético, organizativo y económico, trascendiendo la sensibilidad que pudieran ofrecer por separado en cada una de estas dimensiones particulares.

Variadas experiencias en países desarrollados han demostrado que las políticas de prestaciones sanitarias no pueden diseñarse por impulsos judiciales o políticos ajenos a un proceso metódico de evaluación de las tecnologías sanitarias que permita estimar las consecuencias de una tecnología sanitaria en sus diferentes dimensiones y valorar si constituye una solución "sostenible" o, de otro modo, la mejor de las alternativas posibles en un contexto sanitario y social específico.

Es cierto que este régimen de evaluación integra el análisis de medidas de resultado, la investigación en servicios sanitarios y ciertas valoraciones económicas⁴ según los principios de la Medicina Basada en la Evidencia.

Sin embargo, por sus propias naturaleza y definición, la evaluación de las tecnologías sanitarias no puede anquilosarse en un maximalismo pseudoacadémico, sino que ha de innovar su propia metodología al ritmo que demande la innovación tecnológica a la que se aplica⁵, ajustar los plazos de evaluación a los ciclos tecnológicos y, en suma, ajustar la evaluación al ejercicio de decisión, lo que implica:

- Conducir la evaluación a postulados pragmáticos.
- Asociar a la pluralidad de agentes que trabajan en ella desde diferentes ámbitos.
- Intensificar la difusión de los resultados de evaluación.

Así, cabe articular mecanismos dinámicos que vinculen la financiación y cobertura de las tecnologías sanitarias con su investigación y consiguiente evaluación, teniendo en cuenta que la práctica asistencial cotidiana constituye el auténtico "banco de pruebas" en el que clínicos e instituciones son "proveedores" de información primaria y "usuarios" de su análisis y evaluación.

Hoy, merced a las tecnologías de la información, es posible que las tecnologías sanitarias de impactos críticos sean objeto de una "evaluación dinámica" que pase por: implantación en centros seleccionados al efecto para optimizar la curva de aprendizaje, aplicación normalizada mediante guías o protocolos específicos, y registro de resultados en bases de datos multicéntricas, para su evaluación ulterior.

En tal contexto cabe presentar la evaluación consultiva de las tecnologías sanitarias como un genuino elemento de "inteligencia económica", interfaz

entre las empresas proveedoras de productos y servicios sanitarios, y el mercado o, concretamente el propio Sistema Nacional de Salud. En definitiva, el agente de modernización de una Administración Pública, como es la Sanitaria, que constituye un instrumento imprescindible para formular una oferta asistencial veraz; posibilitar la gestión económica del Sistema Asistencial y constituir un referente arbitral que permita: a) brindar garantías a los usuarios, b) garantizar a los proveedores un régimen de transparencia, c) discernir las innovaciones efectivas, y d) asegurar la eficiencia entre oferta y demanda. Cuatro elementos imprescindibles para la gestión sostenible de un Sistema Sanitario equitativo.

Citas bibliográficas

1. Frenk Mora J. Ponencia ante la XII Mesa Redonda del Gobierno Mexicano, *The Economist* y TV Azteca. Junio 2002.
2. Marimón S. La sanidad en la sociedad de la información. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
3. Amate JM, González Enríquez J, Sarría A, Martín-Moreno JM. Evaluación de las tecnologías sanitarias y ordenación de las prestaciones en los sistemas sociales avanzados. *ANALES Sis San Navarra* 2002; 25 (2): 131-146.
4. Lohr KN, Steinwachs DM. Health services research: an evolving definition of the field. *HSR* 2002; 37: 7-9.
5. Eisemberg JM. Ten Lessons for Evidence-Based Technology Assessment. *JAMA* 1999; 282 (19): 1865-1869.



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

César Antón Beltrán
Consejero de Sanidad de Castilla y León

Introducción

Como dice la Exposición de Motivos de la Ley 13/2003, reguladora del contrato de concesión de obras públicas, "el empresario privado es un colaborador obligado y tradicional de la Administración, a través de las distintas fórmulas recogidas en nuestra legislación". La colaboración entre el sector público y el sector empresarial privado, en lo que atañe a la asistencia sanitaria, es posible y existe hoy en día en la financiación y construcción de infraestructuras, en la prestación de servicios, ya sean asistenciales o de apoyo, y en el equipamiento y suministro de los bienes necesarios para el funcionamiento de los establecimientos sanitarios. Pero además, siendo el sistema sanitario español un sistema mixto, las empresas privadas complementan la cobertura pública mediante seguros privados, suscritos voluntariamente por los interesados, en ejercicio de su libre elección.

Para cerrar esta visión de conjunto, y según estimaciones del propio sector empresarial privado, hay que decir que de los 60.000 millones de euros de gasto sanitario en España estimado para 2004, el 29% corresponde al

sector privado, y la tendencia es al alza. Igualmente asciende la gestión privada de la actividad sanitaria, el 55% del total, incluyendo la gestión de farmacia, la gestión a través de conciertos y mutualidades y la gestión de centros públicos.

Las principales fórmulas de colaboración entre el sector público y la empresa privada se contemplan en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, que recoge figuras como el contrato de obras, el contrato de gestión de servicio público mediante concierto, sociedad de economía mixta, gestión interesada o concesión, el contrato de consultoría y asistencia, el de servicios, o el contrato de concesión de obra pública.

A la luz de todas estas posibles variantes de colaboración público-privada, podemos tomar como referencia singular para analizar el valor añadido de la empresa en el sector sanitario la última de las figuras señaladas, ya que la concesión de obra pública puede contener aspectos comunes a todas las formas enunciadas, tanto relativos a la financiación y construcción de obras como a la prestación de servicios públicos. Los pliegos de la concesión pueden exigir

que el concesionario proyecte, ejecute, conserve, reponga, repare, adecúe, reforme, modernice y explote las obras objeto del contrato.

La concesión de obra pública

Mediante la concesión de obra pública, el empresario privado actúa en el ámbito propio de la Administración, esto es, las obras y servicios públicos, durante periodos dilatados de tiempo, instaurando una relación jurídico-administrativa compleja, de la que nacen múltiples derechos y obligaciones para ambas partes. La Administración y el empresario privado "conviven" y trabajan codo con codo durante años, con el objeto de prestar un servicio de calidad, a un coste razonable, que le permita a la primera atender una necesidad social, y al segundo obtener el rendimiento económico perseguido con su inversión, con el añadido, para ambos, del derecho al mantenimiento del equilibrio económico del contrato. La concesión permite al sector público recurrir al sector privado para la construcción de una obra pública y para la explotación de aquellos servicios ligados a la misma, sin perder la dirección y el control de la actividad de la que es responsable.

El recurso de las Administraciones a esta forma de colaboración público-privada en la construcción y explotación de infraestructuras públicas se justifica plenamente hoy en día por la necesidad de prestar mayores servicios a los ciudadanos, al ritmo en que los demanda la sociedad, en un entorno de recursos públicos limitados y de un adecuado control del déficit público.

Definida la especial relevancia de la concesión de obra pública en las relaciones Administración-Empresa privada, veamos ya de forma más concreta

cuáles son las distintas formas mediante las cuales el empresario privado añade valor al sector sanitario, que se pueden dividir en dos grupos: valor añadido a la financiación de infraestructuras sanitarias y valor añadido a la gestión sanitaria.

El valor añadido por las empresas a la financiación sanitaria

Hay que partir de que los Servicios de Salud de las comunidades autónomas deben realizar grandes inversiones, especialmente en hospitales, que exceden ampliamente de sus posibilidades de financiación presupuestaria. Esa demanda creciente de establecimientos sanitarios responde a diversas causas, siendo las principales el aumento de población en términos absolutos y especialmente el envejecimiento de un amplio sector, mayor dependencia tecnológica de los servicios, la necesaria modernización de edificios e instalaciones, mayores exigencias de los ciudadanos acerca de la calidad de los servicios, necesidad de acercar los servicios a los ciudadanos, especialmente en aquellas comunidades autónomas con baja densidad de población y elevada dispersión, aumento de la frecuentación por aparición de nuevas enfermedades, medicalización, etc.

Todas estas causas llevan finalmente a la necesidad de crear nuevos hospitales y otros establecimientos sanitarios, en un sector en que el gasto crece cada año por encima del producto interior bruto, lo que obliga a su vez a controlar el coste de las actuaciones para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.

La financiación de infraestructuras, ligada a una adecuada definición de la cartera de servicios públicos sanitarios, es el problema central del sector sanitario. Si aceptamos la importancia de

mantener controlado el déficit público, como un principio legalmente respaldado por la vigente Ley 18/2001, de Estabilidad Presupuestaria, pero también como una premisa necesaria para conseguir un sistema económico estable, capaz de crecer ordenadamente, sin inflación y creando puestos de trabajo, entonces resulta contraindicada la asunción de este tipo de deuda por las comunidades autónomas, porque conlleva necesariamente al desbordamiento anual del gasto público y el consiguiente endeudamiento financiero, salvo que se opte por aumentar los tributos.

De no ser así, es necesario buscar otras fórmulas para afrontar tales inversiones, lo que nos lleva a fijarnos en la iniciativa privada. Desde estas premisas, la participación privada en la financiación de infraestructuras públicas, esto es, la financiación extrapresupuestaria, se convierte en la única alternativa para afrontar la construcción de las mismas sin perjudicar, en principio, el equilibrio presupuestario, tal es su valor añadido a la financiación del gasto sanitario.

Visto con más detalle, y partiendo de la Decisión EUROSTAT, 18/2004, que contiene recomendaciones sobre el tratamiento contable de las asociaciones público-privadas, en línea con el Sistema Europeo de Cuentas (SEC 95), aplicada a una concesión para la construcción de un hospital que incluyera la explotación de varios servicios de los prestados en el mismo, tendríamos que si durante el período de explotación la sociedad adjudicataria asume la mayoría de los riesgos derivados de la construcción y explotación, y recibe la mayoría de los beneficios, la infraestructura se registra en su balance, no en el de la Administración, la cual sólo debe financiar los pagos regulares al concesionario, como gasto en consumo final, no como inversión.

Al final de la concesión, como contrapartida, la sociedad entrega la infraestructura a la Administración. El contrato entre la Administración Pública y el concesionario tendría las características de un arrendamiento operativo. Por el contrario, si durante el período de explotación la mayoría de riesgos y beneficios correspondieran a la Administración, la concesión tendría las características de un arrendamiento financiero, y la infraestructura construida se registraría en las cuentas de la organización pública, cuya deuda aumentaría en el importe del préstamo imputado. Hay que decir aquí que la regulación legal de la concesión de obra pública deja amplia libertad a la Administración a la hora de diseñar los términos de la misma, lo que le permite ajustar los pliegos de la concesión a las condiciones del arrendamiento operativo.

Se consigue así asumir el coste del hospital, proyectando inversiones a largo plazo además de coadyuvar al respeto del principio del equilibrio presupuestario anual, logrando una mayor disponibilidad de recursos, que pueden ser reasignados a otras necesidades más acuciantes. La otra cara de la moneda es el mayor coste de la concesión de obra pública frente a otras alternativas, como la construcción mediante un contrato administrativo de obras y la prestación directa de los correspondiente servicios, o como la construcción mediante un contrato administrativo de obra bajo la modalidad de abono total del precio, es decir, con financiación previa del contratista y pago aplazado por parte de la Administración, prescindiendo ésta última los servicios.

El modelo de financiación descrito, de participación público-privada en la financiación de inversiones públicas, PPP/PFI (*Public Private Partnership/Private Finance Initiative*), ha tenido ya un extenso desarrollo sobre todo en Reino

Unido, en obras como escuelas, prisiones, autopistas y hospitales. En España se están dando los primeros pasos en este sector, como es el caso del Hospital Majadahonda. El modelo ha sido impulsado por la mencionada Ley 13/2003, que aporta el marco regulador y la viabilidad jurídica a esta fórmula de financiación, potenciándola como una alternativa viable a las fórmulas directas de gestión de infraestructuras.

Una de las notas fundamentales de la concesión de obra pública regulada en la ley, junto con las de riesgo concesional y equilibrio económico de la concesión, es precisamente la diversificación de la financiación privada, que permite al concesionario sumar al proyecto múltiples recursos privados, posibilitando así su ejecución y permitiendo un mejor reparto de los beneficios que genere la concesión. En cualquier caso, es claro que las entidades de crédito aportarán un alto porcentaje de recursos. Entre esas formas de financiación del concesionario, y por ende de la concesión, figuran la emisión de toda clase de obligaciones, bonos u otros títulos, la hipoteca de la concesión o la posibilidad de acudir a los créditos participativos, entre otras.

Conviene destacar también, entre las posibilidades que ofrece el modelo PPP, el permitir a las Administraciones Públicas mayor margen de maniobra a la hora de decidir cuál ha de ser la dotación más adecuada de infraestructuras y servicios públicos que se quiere mantener sin comprometer el equilibrio presupuestario. No se trataría sólo de contener el déficit público y el endeudamiento, sino de conseguir un mayor beneficio económico y social. Simultáneamente, se crean nuevas oportunidades de negocio para empresas constructoras, financieras, ingenierías, consultoras, de servicios y suministradoras.

El valor añadido por las empresas a la gestión sanitaria

El modelo de participación público-privada en la financiación de obras y en la prestación de servicios públicos supone introducir un nuevo modelo de gestión, que viene a transplantar al ámbito sanitario lo que antes ya existía en el campo de las carreteras y otras obras públicas de ingeniería civil, siendo aquél un ámbito de actuación pública de mucha mayor complejidad que éste en lo que a la prestación de servicios se refiere, de ahí que también pueda suponer un desafío para la gestión privada el hacerse cargo de todos los servicios propios de un hospital, o de toda un área de salud, lo que también puede ser objeto de concesión. Bien es cierto que la Administración puede ceder la gestión al empresario privado hasta el punto en que ella desee dentro de las limitaciones legales, ya se trate de la construcción de la obra y la prestación de los servicios de apoyo o sólo de la explotación de todos o algunos servicios, incluso de los sanitarios.

En cualquier caso, la entrada de la gestión privada en el ámbito sanitario mediante la concesión de obra pública, con todas las posibilidades que ésta ofrece, genera expectativas favorables, tales como las siguientes:

- Conseguir menores plazos de construcción de la infraestructura. Si tomamos como referencia la experiencia de Reino Unido, el 89% de los proyectos financiados mediante el modelo PFI han sido finalizados en el tiempo previsto o antes, y el 100% lo han sido dentro del presupuesto previsto.
- Aprovechar la experiencia, capacidades y modelo de gestión de las sociedades privadas. Una gestión eficiente sería el único modo de conse-

- guir una adecuada rentabilidad de la inversión.
 - Beneficiarse de la competencia que se suscite entre las empresas privadas.
 - Transferir riesgos al sector privado, de construcción (coste, tiempo, puesta en marcha), de demanda, de disponibilidad, de forma que se incentive la racionalidad de las decisiones.
 - Concentración de la gestión pública en lo asistencial, ante la posibilidad de incluir en la concesión únicamente la gestión de los servicios de apoyo, reservándose la Administración los servicios clave.
 - Flexibilidad de la gestión del hospital, salvando así las rigideces propias del procedimiento administrativo.
 - Proceso que favorece e incentiva la innovación.
 - Sinergias en la gestión: en lo relativo al diseño, construcción y explotación.
 - Total disponibilidad asistencial, y minimización del coste para la Administración en caso de pérdidas de calidad del servicio y disponibilidad de las instalaciones.
- Compromisos a largo plazo, que ante posibles desencuentros con el concesionario resultan contraindicados.
 - Cambio cultural en la gestión, con los inconvenientes propios de cualquier giro importante en la cultura de las organizaciones.
 - Percepción generalizada de privatización, aunque realmente no se vean afectadas en ningún caso las facultades públicas de dirección y control de los servicios, sean éstos asistenciales o de apoyo.
 - Percepción de pérdida de poder y gestión.

Pero el modelo también presenta posibles inconvenientes, como los siguientes:

- Mayor coste, al ser un tercero quien financia la obra pública y presta los servicios. La financiación privada resulta más cara que los préstamos concedidos a la Administración Pública, pero ésta no ve incrementada su deuda. Como dato positivo, se generan economías de escala en los costes fijos.

De cara al futuro

Mirando hacia el futuro, en el que muy probablemente la protección de la salud seguirá siendo vista por los ciudadanos como uno de sus derechos básicos y preferentes, parece claro que el valor añadido de las empresas al sector sanitario dependerá de factores tales como los resultados de su gestión en términos de calidad y coste de los servicios prestados; dependerá igualmente de la aceptación o rechazo de los ciudadanos hacia la gestión privada; de la capacidad de los empresarios de innovar y ofrecer nuevas soluciones que mejoren la financiación y gestión sanitarias; y, por supuesto, de las necesidades sanitarias de la población.

La empresa privada ha de seguir colaborando con el sector sanitario público, en beneficio mutuo y de la forma más responsable posible, en la consecución de ese gran objetivo económico y social que es la sostenibilidad financiera de nuestro sistema sanitario público, uno de los mejor valorados por los países de nuestro entorno cultural.



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

Lluís Donoso Bach
Presidente de la SERAM
(Sociedad Española de Radiología Médica)

Las empresas del sector sanitario para demostrar su valor añadido y ser reconocidas como generadoras de riqueza, y no sólo de costes, tienen el reto de adaptarse a los cambios organizativos que se están produciendo en el entorno sanitario, más enfocados a la resolución de problemas de los ciudadanos que a solucionar intereses corporativos. Para ello creo que deberán adaptarse al nuevo contexto profesional en el que estamos inmersos.

Para analizar el contexto profesional en el que nos movemos es importante conocer cuál es la percepción de los distintos actores del sistema sanitario; para ello me he permitido extraer del *Libro Blanco de las Profesiones sanitarias en Cataluña*, recientemente publicado, algunos de los comentarios fruto del análisis de nuestra realidad y recomendaciones que en él se proponen.

Entre los ciudadanos existe la percepción de que los profesionales sanitarios están atrapados entre la prestación de servicios sanitarios que espera la sociedad y los buenos estándares de práctica clínica y eficiencia que exige la organización sanitaria, y que esta situación de conflicto genera angustia y frustra-

ción. Las limitaciones de recursos y organización comportan una necesidad de priorización sobre lo que es más importante o urgente. En este sentido, con frecuencia el profesional siente que la organización no es suficientemente sensible a las necesidades que plantea. Los responsables de las organizaciones no deben abandonar a los profesionales ante este dilema. Esto generaría un clima de trabajo inadecuado y acabaría atrapando al sistema en un economicismo estricto. Es necesario, por lo tanto, que tanto la Administración como los gestores de las organizaciones incorporen a sus identidades las preocupaciones del dilema con el que conviven los profesionales.

El usuario opina que calidad técnica y relación humana son ingredientes clave para una relación sanitaria satisfactoria. Las relaciones entre ciudadanos y profesionales se han de fundamentar en la confianza y los estándares de buena práctica. La ausencia de trato personalizado y de información, sustituida muchas veces por el uso indiscriminado de la alta tecnología, la falta de respeto por la intimidad, la falta de tiempo y de seguimiento, el engaño al paciente son vistos por el ciudadano como elementos que distorsionan la

relación. Implicar, mantener informados, mejorar la comunicación, dar consejo y soporte, obtener consentimiento para los procedimientos y procesos, respetar el punto de vista y aceptar que pueden producirse situaciones adversas son objetivos que tendrían que caracterizar la relación entre los profesionales y los pacientes.

Además de una elevada competencia técnica, las cualidades que los ciudadanos esperan hallar en los profesionales sanitarios (especialmente médicos y enfermeras) son de tipo relacional al mismo tiempo que de actitud. Se enfatizan de manera especial las cualidades relacionadas directamente con una actitud receptiva y un trato y comunicación adecuados. Se percibe una cierta deshumanización en la relación asistencial. Se hace necesaria la superación de la falta de sintonía entre el sistema de valores de los ciudadanos y el de los profesionales.

Las organizaciones profesionales tienen la delegación social de garantizar la seguridad y calidad de las actuaciones de los profesionales. Sus esfuerzos prioritarios deben focalizarse en la consecución de este objetivo fundamental. Con esta óptica, los objetivos de las organizaciones profesionales en el futuro deberán pasar por la priorización de los mecanismos de control de la calidad competencial de sus miembros, manteniendo registros competenciales profesionales y estableciendo códigos éticos profesionales, vigilando su cumplimiento e interviniendo en la resolución de los conflictos.

Los valores del profesionalismo exigen a los profesionales actuar en beneficio de los pacientes, mejorar y mantener los estándares de competencia y de integridad, poner a disposición de la sociedad el conocimiento de los expertos y dar cuenta a los pacientes.

Los avances tecnológicos del sector sanitario, especialmente en el campo del diagnóstico y el tratamiento, aceleran la necesidad de implementar innovaciones en lo referente a la organización y asignación de tareas y de responsabilidades en los equipos de trabajo. Estas innovaciones se fundamentarán en la idea de que la capacidad resolutoria es la cualidad que aporta más eficiencia clínica y organizativa. Los sistemas formativos y las organizaciones asistenciales tendrán que dejar de lado las actuales estructuras por especialidades con el fin de incorporar las necesidades formativas y organizativas que hagan posible el trabajo en equipos interdisciplinares y multiprofesionales. La Administración tendrá que fomentar los espacios de reflexión multiprofesional y deberá dotarse de las estructuras indispensables para poder actuar como motor de los cambios que permitan establecer políticas transversales que incluyan la complejidad del Sistema Sanitario. En esta línea se ha publicado recientemente la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (B.O.E. Núm. 280, 22 de noviembre), con la idea de cubrir el vacío normativo en relación con el tratamiento legislativo de las profesiones sanitarias y con la finalidad prevista en la propia ley de dotar al Sistema Sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que han de hacer posible la integración de los profesionales en el servicio sanitario, tanto público como privado, facilitar la corresponsabilidad en la mejora de la calidad de la atención prestada y garantizar los niveles de competencia necesarios.

En este escenario la industria no puede quedar al margen, no cabe duda de que el valor añadido más importante de las empresas será el de enfocar su estrategia de introducción de nuevas tecnologías hacia la resolución de los problemas de salud de los ciudadanos

y colaborar con la evaluación de los productos y servicios en términos de eficiencia. Esta evaluación y la mejora de la calidad de los servicios pasan de forma ineludible por la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación con el objetivo de integrar la información en sistemas de base poblacional que nos han de permitir evitar la fragmentación y duplicación actual de los servicios. Esta integración de la información es la mejor vía para transparentar las actuaciones que han de permitir la evaluación de los productos, tecnologías y servicios que proveen las empresas del sector.

Para afrontar todos estos retos y oportunidades que se nos presentan ante nuevas formas de organización creo que es imprescindible que la enseñanza de estas competencias profesionales no específicamente clínicas constituya una parte importante de los programas de formación de los profesionales sanitarios.

Es importante destacar la implicación de la industria en la formación continuada de los profesionales; desde mi punto de vista esta importante colaboración está demasiado mediatizada por los resultados a corto plazo y la necesidad de la introducción rápida de nuevos productos. La industria, en términos generales en nuestro medio, ha considerado las colaboraciones económicas a la formación en competencias profesionales lideradas por las sociedades científicas más como un

gasto que como una inversión. La creación de valor añadido en términos de rentabilidad asistencial que permita justificar a los gestores y políticos la inversión (no gasto) en tecnología pasa por la potenciación de la formación de los profesionales, la investigación clínica y una política conjunta de información a los ciudadanos.

Los radiólogos, como profesionales sanitarios, debemos desarrollar una serie de habilidades no relacionadas directamente con la interpretación de imágenes que afectan a la práctica médica, como factores socioeconómicos, aproximación al diagnóstico poblacional, aspectos médico-legales, comunicación y relaciones interpersonales, liderazgo, el pensamiento crítico para el análisis de la información médica y especialmente los aspectos éticos de nuestra práctica profesional. Esta necesidad creo que debería ser compartida por las organizaciones del sector sanitario; la Sociedad Española de Radiología Médica, como otras sociedades científicas, está haciendo esfuerzos para orientarse positivamente ante estos cambios. Creemos que existe un espacio importante de colaboración con las organizaciones empresariales del sector con las que compartimos intereses al menos en el medio y largo plazo.

Todos los actores del sistema sanitario tenemos el interés de convencer a los ciudadanos de que el nuestro es un sector generador de riqueza y no un gasto sin un claro retorno.



Valor añadido que produce la industria farmacéutica en la empresa en el sector sanitario

Antonio Iñesta García
Escuela Nacional de Sanidad, Madrid

La industria farmacéutica ha producido muchos medicamentos que han beneficiado al hombre. La estructura normativa diseñada para controlar la industria debe mantener estos beneficios; sin embargo, la regulación necesita ser suficientemente consistente para proteger la salud pública frente a medicamentos que son inseguros, ineficaces, ineficientes o innecesarios. El grado de influencia de la industria sobre la regulación de medicamentos sugiere que el sistema actual debería ser más exigente.

El incentivo para que la industria farmacéutica que realiza investigación y desarrollo de nuevos productos continúe su labor radica en contar con un marco legal confiable, que le garantice la protección de la patente y la confidencialidad de su información, a fin de que pueda resarcirse de sus inversiones y disponga de recursos para continuar investigando y desarrollando nuevos productos.

En los años sesenta se necesitaban aproximadamente ocho años para que un medicamento saliera al mercado y en los años noventa casi catorce años, ello se debe a que los organismos gubernamentales son cada

vez más exigentes a la hora de conceder la autorización de comercialización de los medicamentos. Ello ha dado lugar a que el coste medio del desarrollo de un nuevo medicamento que era aproximadamente de 50 millones de dólares en los años sesenta, haya aumentado hasta 400-800 millones de dólares (320-640 millones de euros) a fines de los noventa (dependiendo de las fuentes utilizadas). Sin embargo, a corto plazo será posible reducir el coste de desarrollo de nuevos medicamentos en un 75% rebajando el tiempo necesario para introducir los nuevos productos (Pharma 2010: Silicon Reality).

Los valores añadidos que podrían ser presentados por la industria farmacéutica, y si fueran de valor, aceptados por el sector sanitario, son la contribución en I+D al país y al sector sanitario y la información rigurosa sobre sus productos para que fuesen usados de forma apropiada. Parece importante por tanto profundizar en ambos aspectos.

Con relación a la I+D de la industria farmacéutica que se realiza en España, se podría hacer uso de las cifras que se publican sobre su peso relativo en el

I+D total, pero no llegaríamos a saber si se está haciendo mucha o poca I+D con relación a otros países y entornos. Por eso puede ser más ilustrativo hacerlo con relación a la Unión Europea (UE) y países de referencia de la misma. Es sugestivo tomar las cifras que ofrece la asociación de la industria farmacéutica europea (EFPIA) y comparar.

El gasto de la industria farmacéutica en I+D en España con relación al gasto en I+D en UE-15 países (3%, 2002) es muy inferior a lo que representa el gasto total (8,8%) y el gasto público en medicamentos (9,0%) en España con relación al respectivo gasto en UE-15 países.

Como puede verse en la Tabla 1, lo que representa el gasto de la industria farmacéutica en I+D en España con relación al gasto de I+D en UE-15 países es muy inferior a lo que representa el gasto total en medicamentos y el gasto público en medicamentos en España con relación al respectivo gasto en UE-15 países.

Una segunda observación sería que el porcentaje que representa el gasto de la industria farmacéutica en I+D de España/UE-15 países es muy inferior al de Alemania, Francia, Italia y Reino Unido/UE-15 países, respectivamente. Es decir, que sin entrar en los aspectos que comprenden estas partidas de I+D, se pueden hacer dos afirmaciones:

- a) que la industria farmacéutica en España investiga mucho menos de lo que se gasta el país en medicamentos con relación a la UE-15 países;
- b) que la industria farmacéutica en España investiga mucho menos que lo que se hace en países que deberían servirnos de referencia.

Por otra parte, los medicamentos nuevos son el resultado de la inversión en I+D de la industria farmacéutica, pero habría que diferenciar entre medicamento nuevo y realmente innovador. Dos tercios de los medica-

Tabla 1. Mercado total de medicamentos (Mctot), gasto en medicamentos por servicios de salud o seguridad social (GSS Med, ambulatorio), e I+D de cuatro países europeos y España, y porcentaje del I+D con relación al I+D total europeo (UE-15 países)

Año	Alemania M€ (%Al/UE)	Francia M€ (%Fr/UE)	Italia M€ (%It/UE)	R. Unido M€ (%RU/UE)	España M€ (%Esp/UE)
1992 Mctot	11520	10000	10080	-	4490
I+D	2050 (10,5)	1578 (8,1)	1008 (5,2)	-	191 (1,0)
1998 Mctot	16528 (23,3)	14950 (21,0)	9662 (13,6)	11061 (15,6)	5891 (8,3)
GSS Med	19221 (26,1)	18442 (25,0)	6602 (9,0)	10337 (14,0)	6360 (8,6)
I+D	2758 (22,2)	2424 (19,5)	759 (6,1)	3696 (29,8)	296 (2,4)
2001 Mctot	20151 (21,8)	18674 (20,2)	13265 (14,3)	15012 (16,2)	8078 (8,7)
GSS Med	21355 (26,6)	16309 (20,3)	11608 (14,5)	10502 (13,1)	7083 (8,8)
I+D	3381 (20,3)	3351 (20,1)	769 (4,6)	5145 (30,8)	398 (2,4)
2002 Mctot	21850 (21,7)	19911 (19,8)	13966 (13,9)	16499 (16,4)	8850 (8,8)
GSS Med	23438 (27,2)	17479 (20,3)	11723 (13,6)	11516 (13,4)	7791 (9,0)
I+D	3612 (20,1)	3360 (18,7)	914 (5,1)	5253 (29,2)	541 (3,0)

Fuente: EFPIA 1999-2004. Las cantidades se expresan en millones de € (M€). En I+D UE-15 no disponibles los datos de Portugal, Grecia y Luxemburgo.

mentos aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration*, EE.UU.) desde 1989 a 2000 fueron versiones modificadas de medicamentos existentes, o incluso idénticas a aquéllas ya en el mercado, más que verdaderos nuevos medicamentos, de acuerdo a un estudio. El informe también dice que la mayor parte del aumento del gasto sobre nuevos medicamentos de prescripción era sobre productos que la FDA había determinado que no proporcionaban ventajas significativas sobre los que estaban ya en el mercado.

En el informe clasifican los medicamentos aprobados de acuerdo con su contribución clínica e innovación:

Principios activos viejos modificados, menos innovadores:

11% No mejora clínica.

46% No mejora clínica significativa.

8% Mejora clínica.

Principios activos nuevos, más innovadores:

20% No mejora clínica significativa.

15% Mejora clínica.

Solo el 15% de los medicamentos aprobados de 1989 a 2000 fueron nuevas entidades altamente innovadoras.

Con relación a la innovación, en la Unión Europea sólo 60 de 126 productos aprobados por el CPMP (*Committee for Proprietary Medicinal Products/European Medicines Evaluation Agency*) en los primeros cinco años podrían ser considerados como innovadores.

En ámbitos condicionados, se defiende que aumentar en uso de genéricos es perjudicial para la I+D en España

porque afectaría a la investigación que se realiza. Parece que relacionar bajo consumo de genéricos con alta inversión en investigación no es demostrable; nada más que ver las cifras de consumo de genéricos en países como Reino Unido, Alemania y EE.UU. (superior al 50% del total en unidades) y sus cifras relevantes de I+D, contraponiéndolas a las de España en consumo de genéricos (inferior al 10% en unidades) y cifras de I+D poco significativas.

La industria ha desarrollado prácticas que no consideran a la sociedad, incluyendo el excesivo precio de los nuevos medicamentos, y una indiferencia frente a las necesidades y limitaciones del mundo desarrollado que da lugar a un desequilibrio entre la innovación verdadera y la actividad promocional. Interfieren en las investigaciones clínicas y se esfuerzan en moldear el pensamiento y prioridades sanitarias como medio de agrandar el mercado. La industria ha demostrado ser suficientemente resistente como para adaptarse a las necesidades aunque expertos en este ámbito por parte de la sociedad insistan en ello.

Con relación a la información rigurosa sobre sus productos, no podría considerarse que es una realidad. La industria farmacéutica gasta más tiempo y recursos en la generación, comparación y difusión de la información médica que en la producción de medicamentos. A través de la generación y difusión de la información, las compañías multinacionales pueden influenciar la práctica clínica. A veces, sus metas comerciales representan avances genuinos en la provisión de asistencia sanitaria, pero la mayoría están implicadas en la producción excesiva y costosa de información que en gran parte se mantiene secreta, y pueden poner en riesgo los intereses de pacientes y de la sociedad.

Los gastos destinados a la actividad promocional suponen en estos momentos un capítulo importante en los presupuestos de las empresas farmacéuticas, estimándose que en España se está destinando a este capítulo alrededor del 20% del volumen de venta de los laboratorios, en una estimación conservadora, mientras que en otros países de la UE es muy inferior. También es cierto que los laboratorios deben someterse a una fuerte competencia en los correspondientes submercados, a veces difícil de justificar en términos de ventajas terapéuticas, pero no se debe olvidar que la publicidad y promoción es la que determina en gran medida el tipo de prescripción que se está realizando.

La financiación de congresos y reuniones con gastos suntuarios no tiene justificación y parecería que está en contra de normas de conducta ética ([http:// www.nofreelunch.org](http://www.nofreelunch.org)). No parece defendible la financiación por la industria de tantas revistas médicas y farmacéuticas (más de 200 existentes), algunas que dudosamente se pueden considerar científicas. Una reducción en este número concentraría la oferta de artículos científicos y permitiría mejorar la calidad de los artículos publicados. Adicionalmente, puesto que la información financiada por la publicidad debe ser básicamente científica, se reducirían las revistas y publicaciones con un componente lúdico o excesivamente local.

La visita médica personalizada no implica un sistema de información sobre medicamentos científica y contrastada, más bien una creación de lazos y dependencias. Parecería mejor un sistema que obligara a una presentación colectiva tipo sesiones clínicas y/o científicas, en que los laboratorios presentarían a la colecti-

vidad médica sus novedades y evidencias, sometidos a las preguntas oportunas y a las que se dedicarían unas horas a la semana.

La formación continuada se ha presentado en muchos foros como una actividad financiada principalmente por la industria farmacéutica, y seguramente en los últimos tiempos es así. Sin embargo, sería exigible que dicha financiación corriese a cargo de las Administraciones Sanitarias para que no se den influencias perversas en la prescripción. Es decir, que algo que podría ser considerado como un valor añadido por el sector sanitario si se hiciera con mesura y de forma residual, al convertirse en preponderante podría considerarse como una relación peligrosa.

En suma, la I+D y la información rigurosa que podría aportar la industria farmacéutica serían valores añadidos muy útiles y demandados por las empresas del sector sanitario; sin embargo, por lo anteriormente dicho la I+D es insuficiente e inferior al nivel que le correspondería y la información no es tan rigurosa, lo que unido a la potente actividad promocional podría estar condicionando de forma inadecuada la prescripción.

Reseñas bibliográficas

- Dukes G. Accountability of the pharmaceutical industry. *Lancet* 2002; 360: 1682-1684.
- Abraham J. The pharmaceutical industry as a political player. *Lancet* 2002; 360: 1498-1502.
- Henry D, Lexchin L. The pharmaceutical industry as a medicines provider. *Lancet* 2002; 360:1590-1595.
- Collier J, Iheanacho I. The pharma-

ceutical industry as an informant. Lancet 2002; 360 (9343):1405-1409.

- Iñesta García A. Políticas de medicamentos. Madrid: Jornadas sobre el

futuro del Sistema Nacional de Salud; 2004 [consultado 28 oct 2004]. Disponible en: <http://www.ccoo.es/foroSanidad/foroSanidadFrames.asp>



La aplicación de conceptos de empresa a la gestión de la sanidad pública: la búsqueda de la eficiencia

María del Mar Julios
*Consejera de Sanidad
y Vicepresidenta del Gobierno de Canarias*

Durante los últimos veinte años la prestación de servicios sanitarios ha experimentado importantes cambios en muchos países. Dos de las principales fuerzas impulsoras de estos cambios han sido la necesidad de optimizar recursos y la de controlar el gasto sanitario público. Entre las diversas medidas orientadas para el logro de tales objetivos destacan aquéllas basadas en "soluciones de mercado", como son:

- La creación de mercados internos (separación de funciones).
- La utilización del derecho privado con el fin de que los centros públicos puedan actuar con la flexibilidad jurídica propia de una organización privada en materia de contratación de bienes y personal, gestión presupuestaria y gestión patrimonial.
- Las nuevas fórmulas de gestión con participación del sector privado, como puede ser la concertación, donde se busca la complementariedad entre sector público y privado.

Ninguna de estas acciones pone en duda el carácter gratuito y universal del sistema sanitario público; no obs-

tante, ninguna de estas acciones ha producido los resultados esperados: si bien se acepta que hay algunas cosas que el sector público hace mejor y algunas otras que son mejor manejadas por el sector privado, también hay que reconocer que no se ha asumido, por parte del sistema público, la actitud de gestión, previa y necesaria, para que dichas medidas de mercado produjeran los efectos deseados en términos de mejora de la eficiencia y control del gasto.

Y es que la nueva gestión pública de la sanidad debe pasar del concepto de administrar –cumplir normas– al concepto de gestionar –lograr resultados–, y para ello se necesita de un *know-how* de gestión, que forma parte de la naturaleza del sector privado y que no se ha asumido desde los sistemas públicos de salud. De hecho, los debates sobre la gestión de la sanidad pública en España siguen fluctuando entre la resistencia a afrontar cambios estructurales y la ilusión de emprender cambios radicales a través de soluciones de mercado que nunca terminan de cuajar.

Entiendo que una de las principales medidas para introducir en los servicios sanitarios públicos esa actitud de

gestión a la que hago referencia, y así lograr el objetivo de la eficiencia, es la incorporación de elementos de empresa en la gestión de la sanidad pública, puesto que la gestión, en sus distintos niveles (macro, meso y micro), engloba dos elementos que afectan al conjunto del sistema sanitario: la coordinación entre agentes y la asignación y movilización de recursos, en unos casos económicos y en otros diagnósticos y terapéuticos. En este sentido, algunos conceptos claves, propios del sector privado, que deben formar parte del día a día de la gestión pública son los siguientes:

Competencia comparada: el grado de competencia en el mercado sanitario, sea público o privado, determina, en buena medida, el comportamiento de las organizaciones. Por otro lado, el ejercicio de la comparación de resultados puede generar comportamientos de competencia entre centros asistenciales de carácter público, mejorando así sus niveles de eficiencia. Hago referencia a la posibilidad de establecer *ranking* de hospitales, servicios hospitalarios, publicación de listas de espera, etc.

Economías de arrastre: hago referencia a aquellas acciones clínicas cuyas eficiencias se reflejan en otros niveles asistenciales distintos al propio. La adecuación de las derivaciones de la atención primaria hacia a la atención especializada, y la mejor coordinación entre niveles asistenciales en general, puede generar importantes economías de arrastre en los sistemas sanitarios.

Precio de mercado: las organizaciones asistenciales de titularidad privada crecen en aquellas actividades que les son más rentables producir ellas mismas. Los sistemas sanitarios públicos, además de considerar el carácter preferencial de la sanidad, deben considerar, a

partir de un determinado tamaño, qué actividades o servicios incorporar en función de los costes añadidos y de los precios de mercado disponibles; buscando en todo momento la complementariedad entre sector público y privado, teniendo en cuenta que el establecimiento de la política sanitaria es función del sector público, y que el sector privado deberá actuar en el área de la innovación y de la producción de servicios sanitarios.

Flexibilidad organizativa: este elemento vendrá marcado por la incorporación de nuevos perfiles y habilidades profesionales, la introducción de nuevas fórmulas de gestión indirecta y con el nivel de intensidad con que las tecnologías de la información se vayan extendiendo en el sector sanitario público. Con respecto a este último factor, la adaptación de las aplicaciones telemáticas a los servicios sanitarios restará importancia al concepto de "nivel asistencial" y dará mayor importancia a los elementos resolutivos de la gestión clínica.

Cultura cooperativa y gestión del conocimiento: en un macro-sector conformado por multitud de servicios sanitarios, organizado en distintos niveles asistenciales, donde existen múltiples agentes que actúan sobre el paciente, es vital que el profesional sanitario tenga la capacidad de compartir y coordinar decisiones en los diferentes niveles asistenciales, considerando aspectos que vayan más allá de lo puramente clínico, evitando en todo momento comportamientos corporativistas que puedan poner freno a la actitud cooperativa.

Por último, me gustaría acabar señalando que si bien no existe la tendencia en las economías occidentales de dejar la provisión de servicios sanitarios en manos de la iniciativa privada, si existen conceptos, actividades y técnicas, como

las que he mencionado en este artículo, donde el sector privado dispone de mayor experiencia y donde puede generar un valor añadido importante al sistema sanitario público. Debemos por

tanto aprovechar las sinergias que puedan generarse entre la empresa privada y el sector público con el fin de generar complementariedades y así configurar un sistema sanitario sostenible.

Julios MM. La aplicación de conceptos de empresa a la gestión de la sanidad pública: la búsqueda de la eficiencia



El valor añadido de la empresa en el sector sanitario

Roberto Sabrido
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

1. ¿Es necesario que la empresa aporte algo más que unos productos y/o servicios de calidad a un buen precio?

Toda empresa tiene como misión ser proveedora de servicios y productos al mejor precio, con la finalidad de maximizar beneficios. Si todas las empresas persiguen el mismo fin, cualquiera de ellas podría entrar en el mercado; sin embargo, el mercado, en su concepción de asignación óptima de recursos, con bastante frecuencia acaba expulsando a muchas de ellas a pesar de su competitividad.

Un elemento hace distintas a las empresas que perduran: la calidad. La calidad no es fruto del azar, sino del empeño de mejorar día a día los servicios en general y los sanitarios en particular. La gestión de la calidad precisa de una serie de conocimientos, actitudes y herramientas que precisan de la formación en su uso y aplicación.

El actual concepto de calidad total de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, no sólo comprende los aspectos más técnicos de la asistencia sanitaria, sino que abarca otras dimensiones de la misma, como son la

equidad, la accesibilidad, la información, la participación de la toma de decisiones y la comunicación entre proveedores y pacientes.

2. ¿Qué valor añadido pueden/deben aportar las empresas al sector sanitario?

Tal y como se ha expresado en el apartado anterior, cualquier empresa sanitaria puede realizar los actos médicos a un precio competitivo; otra cosa diferente es que, además, ese acto médico se realice con calidad en el sentido más amplio.

En el momento actual, la gran exigencia de los usuarios ha originado que la demanda de servicios personalizados se haya convertido en una "mercancía" escasa, y se reclaman servicios sanitarios, no solamente de calidad científica y técnica, sino también con confortabilidad, aceptabilidad y, sobre todo, personalizados. Es la personalización del servicio sanitario uno de los pilares básicos en los que se sustenta el concepto de calidad total, en los que el componente técnico precisa estar acompañado de otros atributos, entre los que juegan un papel fundamental la comunicación e información.

En la atención sanitaria, cada vez se exige con más frecuencia la participación de los consumidores de servicios, pacientes y sus familiares en la definición de la calidad de los servicios ofrecidos, al tener éstos una mayor información y un mayor grado de exigencia. Ante una acción técnica sobre un paciente, la demanda de una atención personalizada y de calidad, con sus preferencias, constituye el valor añadido que el sistema puede ofrecerle para fidelizarlo.

3. ¿Y a la gestión sanitaria?

Es complejo identificar todos y cada uno de los componentes de la calidad de los servicios sanitarios. No obstante, se pueden identificar algunas características que nos pueden dar pautas de calidad en las organizaciones de servicios sanitarios:

- Instalaciones y equipos de calidad.
- Profesionalidad fundamentada en las habilidades y conocimientos adecuados para ejecutar los servicios de forma segura y convincente.
- Motivación de los profesionales.
- Comunicación con lenguaje comprensible de cara a las necesidades de los pacientes.

El conjunto de estas características tiene como objetivo básico el centrar el servicio sanitario, tanto en el conocimiento científico evidenciado como en las expectativas de los pacientes.

En consecuencia, las tendencias en gestión sanitaria se orientan hacia una nueva realidad en la que el paciente es el eje del sistema provisor, la calidad del producto ofrecido es una cuestión en la que el paciente interviene activamente, y se valora el protagonismo de los profesionales que desarrollan el servicio.

4. ¿Cómo se puede evaluar?

Las empresas de suministro hospitalario aportan valor añadido, tanto al proceso asistencial como al desarrollo y mejora de la gestión del proceso del paciente. Esto no es percibido de igual forma por los diferentes interlocutores: clínicos, gestores, agencias de evaluación, planificadores o pacientes, a pesar de que todos tienen en común los objetivos fijados por la organización.

En cada caso es necesario definir qué es lo que se entiende por valor añadido. Se podría entender en los siguientes aspectos:

- Implantación de procesos innovadores.
- Puesta en marcha de programas que introduzcan una nueva técnica.
- Nuevos equipos para tratar determinadas enfermedades.
- Otros.

Al margen de los atributos de los productos y sus ventajas técnicas, hay valores que es difícil cuantificar al ser intangibles: son los beneficios sociales que se originan, tales, como la incorporación del paciente al trabajo en un menor tiempo, altas más rápidas, menos visitas al hospital, o menos morbilidades por infección hospitalaria... Desde otra vertiente, la disminución del gasto en incapacidades transitorias o el ahorro obtenido en éstas no forma parte de la cuenta del hospital, por lo que es difícil que alguno de los aspectos mencionados sea apreciado por los gerentes de los centros. Y no sólo por el ahorro equivalente, sino también por el ahorro marginal adicional que representa dar altas más rápidas o que el sistema sea más eficiente. Hechos que evitan los sobrecostes por tener que atender una demanda insatisfecha.

5. ¿Encarece el coste de la sanidad?

Las empresas aportan valor añadido a través de los procesos asistenciales y producen mejoras en la salud de la población. El aporte de valor añadido por parte de las empresas tiene intangibles, pero también otros aspectos totalmente objetivables. El que no se valoren adecuadamente perjudica a las empresas innovadoras retrasando la introducción de productos cuyo ciclo de vida es corto.

Los diferentes actores (pacientes, clínicos, gestores, planificadores, agencias de evaluación) no siempre valoran desde un mismo plano el aporte de valor y mejora de los procesos. En este contexto, existe la necesidad de que se evalúe correctamente el valor añadido, bien a partir del coste/beneficio o bien por otros métodos de medida. De esta forma, se aúna el interés de los pacientes en la eficacia, el de los facultativos en la efectividad y el de los gestores en la eficiencia. No es correcto ni rentable aplicar sólo el criterio economicista de valorar exclusivamente aquellas mejoras tecnológicas que reduzcan costes.

La innovación tecnológica aporta mejoras a la salud de la población y a la eficiencia de procesos, originando una menor morbilidad y un mayor ahorro social que no siempre son contemplados. En consecuencia, una mayor inversión en mejoras asistenciales, por los beneficios que comporta, no siempre supone un coste para el sistema.

6. ¿Cómo se puede implicar, y hasta qué punto, el proveedor con el usuario y el gestor sanitario para la mejora de la gestión sanitaria?

En el ámbito de la atención sanitaria provista por empresas privadas, la asignación eficiente de recursos se realiza a

través del mercado; en consecuencia, las empresas están obligadas a atraer a sus clientes a través de ofertas de productos y servicios con la idea de fidelizar clientes en un campo donde no es fácil hacer marketing⁽¹⁾. En este marco de relaciones mercantiles, la simbiosis del proveedor, usuario y gestor tiene que ser total para evitar perder al cliente.

La provisión de servicios sanitarios a través organizaciones públicas tiene un componente donde el bien salud, que en determinados ámbitos es considerado privado, se convierte en un bien social o prevalente, y en consecuencia el usuario-ciudadano es simultáneamente propietario y usuario del sistema. Al mismo tiempo, este ciudadano es el que financia las actuaciones para la provisión de los servicios y es el pagador de los gestores que han de poner en práctica los actos médicos que han de recuperar su salud.

Esta doble vertiente de financiador y usuario del sistema obliga necesariamente a contar con su participación en la puesta en marcha de políticas públicas. Por ello, las tendencias organizativas se dirigen hacia una nueva realidad en la que el ciudadano es el eje del sistema provisor, la calidad del producto ofrecido es una cuestión en la que el paciente interviene activamente y, a la vez, debe potenciarse el protagonismo de los profesionales que desarrollan el servicio.

Es preciso, en consecuencia, que los actores del sistema sanitario: usuarios, gestores, profesionales y autoridad sanitaria actúen en la misma línea de mejora del sistema sanitario para conseguir un sistema de calidad.

⁽¹⁾ Es difícil hacer marketing en un sector donde el producto es recuperar la salud y, en consecuencia, sería inducir a estar enfermo.

7. ¿Es la sanidad un sector generador de gasto o de riqueza? ¿Cómo los gestores sanitarios podrían favorecer la creación de ese valor añadido?

En la concepción más clásica de la teoría hacendística, todos los recursos dedicados al mantenimiento del buen funcionamiento del sector público se les conceptúan como "gasto público". Sin embargo, el gasto en sanidad, tanto en la vertiente de prevención como de recuperación de la salud, origina unas externalidades que generan un importante flujo económico que viene a tener un importante efecto multiplicador, a través de efectos directos o indirectos.

La sanidad viene a suponer aproximadamente el 8% del PIB nacional para el caso español. El gasto sanitario público supone el 5,6% de ese PIB.

A la hora de valorar el impacto de un sector en la actividad económica, han de tenerse en cuenta no únicamente los impactos directos (aquellos generados por la propia producción del sector), sino también los efectos indirectos e inducidos (aquellos producidos por las compras intermedias realizadas a otros sectores y aquellos propiciados por los consumidores que se benefician de las rentas generadas en el propio proceso productivo).

La actividad económica que se genera en torno a la actividad asistencial sanitaria es de gran importancia tanto en la economía nacional como en las propias de cada región. La toma de decisiones que se realizan en cuanto a la generación de gasto en el sector, tanto desde el ámbito público como desde la esfera privada, tiene su repercusión inmediata en el conjunto de sectores de actividad, en primer lugar a través de la adquisición de bienes intermedios cuando se realiza la inver-

sión, y después y de forma permanente en los gastos de funcionamiento (podría ser el caso de construcción de un nuevo hospital).

En datos obtenidos del INE, a través de la contabilidad nacional, se puede conocer la aportación al VAB_{appb} (Valor Añadido Bruto a precios básicos, es decir, sin contar impuestos), que realizan el Sector Sanidad y Servicios Sociales⁽²⁾, tanto en el ámbito de mercado (sector privado) como en la vertiente de no mercado (sector público). Para el año 2001 (previsión)⁽³⁾, el sector Sanidad y Servicios Sociales de mercado aportó a la economía nacional 12.667 millones de euros sobre un total de 591.523 millones de euros, es decir, el 2,14% del VABapm nacional, y generaba 342,7 mil empleos sobre un total de 16.353,2 mil empleos, es decir el 2,09% del total de empleos.

En el apartado de Sanidad y Servicios Sociales de no mercado, es decir, a través del sector público, la aportación al VABapb llega a los 20.195 millones de euros sobre el total indicado anteriormente, lo que supone 3,4% del total nacional. En relación con el empleo, este sector público genera 610,8 mil empleos sobre un total 16.353,2, lo que viene a suponer el 3,73% del total de empleos.

Además, como hemos comentado en párrafos anteriores, los servicios de salud generan un conjunto de bienes intangibles que tienen su efecto inme-

⁽²⁾ El sector de actividad convenido en las tablas de la Contabilidad Nacional y en las Tablas *Input-Output* incluye: sanidad y servicios sociales en el sector económico "Sanidad y Servicios Sociales de mercado y de no mercado". En esta metodología no es posible separar ambas cifras, pero generalmente los servicios de sanidad vienen a suponer el mayor porcentaje.

⁽³⁾ Datos obtenidos del INE.

diato en el resto de la economía (menos bajas laborales, menos tiempo de recuperación de la bajas laborales, mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida...) a través del consumo, la inversión y el ahorro.

La importancia del peso relativo del sector sanidad en el conjunto de la economía es constatable, y el efecto, tanto de empuje como de arrastre en relación al resto de sectores productivos de la economía, es evidente.



El valor añadido en el sector sanitario, ¿hay alguien ahí?

Luis Enrique Vicente Sánchez
Director Gerente del Hospital Universitario de Salamanca

El sector sanitario es un sector mimético, copiador de modas y asimilador de información. Está mayoritariamente compuesto por grandes lectores que incorporan léxicos de las más variadas procedencias. Con ello cree que llegará más pronto que tarde a los objetivos deseados (¿qué queremos?, cuarto y mitad de lo que esté de moda).

Por aquí, por este sector, ya se han librado muchas batallas y todas han dejado sus muertos o sus semivivientes. Nos gusta la antropofagia y tenemos tendencias cainitas. Podemos hablar de gestión analítica, de atención al usuario, de acreditación, de calidad, de comunicación, de gestión integral de recursos humanos, motivación, carga profesional... Todo lo anterior y muchos aspectos más afectan directamente al ser de nuestras organizaciones, aunque sólo está (y de qué manera) en alguna de ellas, tener más que ser.

Hablar de valor añadido es hablar de cambio, de cambio en el ser, en el estar y en la forma de actuar. Tendríamos que dejar de ser como somos, dejar de estar como estamos y actuar de forma distinta y muy distante a como lo estamos haciendo. Deberíamos ser capaces de elaborar un nuevo discurso totalizador con la participación de todos los

agentes afectados, capaz de marcar las líneas de actuación futuras del sector: el sistema de financiación, los criterios de crecimiento sostenido, etc. Esto es, una fuente actualizada del informe ABRIL, tan poco citado como masivamente copiado y aplicado.

Quizás la fragmentación del discurso nos conduce a la dispersión en toda nuestra forma de actuación. Fíjense en las diecisiete autonomías queriéndose diferenciar con una única razón de ser: ¡yo más! Tendríamos, por tanto, que volver a empezar. Nos proponemos hacer redistribución de tareas, desarrollo real de un sistema de información transversal que llegue al paciente y ayude a la toma de decisiones clínicas. Hablamos de decisiones compartidas, de medicalización de la sociedad, de cooperación interprofesional, hablamos de procesos, hablamos de diferenciarnos y de ser diferentes, de estandarizar habilidades, de evaluar resultados, de la transparencia en la toma de decisiones. Todo esto produciría el tan ansiado valor añadido que en el fondo sólo es la capacidad para proporcionar bienestar y satisfacción cuando se transforma un bien dentro de un proceso productivo aunque sea tan etéreo como recuperar la salud.

Normas para autores

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACION SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6-J . 28020-Madrid
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190
E-mail: secretaria@fundacionsigno.com

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y "productos" que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).
- **Resumen y palabras clave:** el número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro.

El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la Revista que editemos durante el año 2003.
 2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

suscripción revista gestión y evaluación de costes sanitarios club signo

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF.:	
Domicilio:	C.P.:	Población:	
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

Sí deseo recibir la Revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 40 euros/año (1 ejemplar de cada revista y cada suplemento)	Suscripción institucional: 190 euros/año (Recibirá 5 suscripciones personales)
Precio por ejemplar: 7 euros	

FORMAS DE PAGO

- Transferencia: N° cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061**
- Domiciliación: Datos de Banco para domiciliación anual:**

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que con cargo a mi cuenta atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.

C/Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6º J, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.es

