

Mesa de debate: Experiencias en tecnología para la eficiencia



De izquierda a derecha: Gregorio Gómez, José Antonio Arranz, Manel Anxo Blanco y Pedro Serrano.

Participantes:

Pedro Serrano Aguilar. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Servicio Canario de Salud. Canarias

Manel Anxo Blanco. Director de Regional Market Access. Merck Sharp Dohme (MSD)

Gregorio Gómez Soriano. Inspector de Servicios Sanitarios. Consejería de Sanidad. Comunidad Valenciana

Moderador: **José Antonio Arranz Velasco.** Subdirector médico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Castilla y León

Cuestiones planteadas

- ¿Qué modelos de toma de decisiones usamos para asignar el gasto sanitario? ¿Ciencia, política, historia o simplemente inercia?
- ¿Cuál es el papel de las agencias de evaluación de tecnologías en los problemas de eficiencia de nuestro sistema sanitario? ¿Cómo coordinan y planifican de forma colaborativa sus evaluaciones?
- ¿Necesitamos un organismo estatal de evaluación de tecnologías?
- ¿Existe alguna experiencia de ámbito estatal que pueda servir como referente para el futuro cercano?

J. A. Arranz: ¿Qué modelos de toma de decisiones usamos para asignar el gasto sanitario? ¿La ciencia, la política, la historia, o simplemente la inercia? Cuando tenemos que introducir una tecnología o decidir qué estrategia vamos a seguir en innovación tecnológica en el sistema sanitario, los gestores estamos muy preocupados por este tipo de cosas. Pero la realidad, el día a día, se implanta, o nos supone otra serie de hechos. ¿Qué modelos estamos usando, debemos seguir así o cambiar?

P. Serrano: Es una pregunta que quizá todos nos hagamos. Soy jefe de Servicio de Evaluación y Planificación, estoy lejos de la parte económica, pero en la parte que compromete la asignación de fondos. Desde una visión regional, la asignación del presupuesto, la mirada hacia el gasto, debe estar utilizando una mezcla de todos estos principios. Hay un presupuesto que hemos venido utilizando de forma habitual y sobre eso trabajamos. Es posible que, en determinado momento, las comunidades, o el Estado, decidan implantar una nueva estrategia de salud y, esa, arrastre de un presupuesto nuevo, se está tomando el *input* de la nueva política, y, finalmente, en algún escenario, puede que se esté buscando poner fondos en aquellas actividades que hayan demostrado efectividad. Es posible que, en diferente grado, en cada entorno, pero todas centradas, la ciencia, la política, y fundamentalmente la trayectoria histórica y la disponibilidad de fondos, estén jugando un papel. Me consta que el Estado ha estado manteniendo un grupo de trabajo para depurar la asignación del presupuesto sanitario a las regiones, teniendo en cuenta criterios relevantes para cada región. Es un área de trabajo donde, posiblemente, se están dando avances.

M. A. Blanco: Cuando leí esta pregunta pensé en la primera vez que tuve

responsabilidad, dentro del sistema sanitario público, de gestionar un presupuesto. Decía: "Me han asignado un presupuesto importante y tiene que ser porque alguien ha pensado que la organización que dirijo merece". Te pones a trabajar y preguntas: "¿De dónde viene?, ¿por qué tengo esta partida aquí y no en este otro lado?". Al final, de los tres componentes, ciencia, política e historia, o simplemente inercia, los cuatro, el simplemente inercia pesa muchísimo. Dices: "No tiene sentido, estamos en una organización científica, con profesionales que tienen una alta cualificación, y decidimos lo que invertimos en función de la inercia. Debería tomar las decisiones teniendo en cuenta la ciencia y, de hecho, voy a hacer un curso sobre gestión económica, o ir a un foro como este, de la Fundación Signo", pero descubres que está todo inventado, no hay que innovar demasiado para tomar decisiones, basadas en la ciencia, para asignar gasto sanitario, y seguimos sin hacerlo. Nuevas iniciativas existen y, cuando ves la foto a nivel nacional, y hablas con gente de otra comunidad, experiencias donde tengan en cuenta la forma de asignar el gasto sanitario de forma distinta existen. ¿Por qué no formamos parte de un sistema que nos permita saber qué ocurre en otros lugares?, ¿cómo están haciendo esa asignación al gasto sanitario? Para aprender y ver que las organizaciones puedan evolucionar.

G. Gómez: Las decisiones sobre gasto sanitario se toman a muchísimos niveles. A nivel súper-macro, es decir, cómo llegan los presupuestos a la financiación para las comunidades; dentro de la financiación de la comunidad, cada comunidad decide qué parte se destina para Sanidad; dentro de Sanidad se destinan a unas partidas u otras; dentro del hospital va a los distintos servicios; el médico decide gastar el dinero, aunque no es su presupuesto

propiamente, e incluso el paciente induce la forma de gastar ese dinero. Con tantas decisiones, en unas hay un aspecto de contenido científico, tecnológico o basado en la evidencia. Y en otras, componentes históricos, de inercia, políticos. En la mayor parte de los casos la política condiciona ese tipo de decisiones. Por ejemplo, un tema que está siempre en la palestra, ¿cómo se distribuye la financiación sanitaria? No hay una financiación sanitaria, hay una financiación de las comunidades, y ellas deciden qué parte destinan a Sanidad. Hay autonomías que destinan el 22% de su presupuesto y las hay que el 40%, más del doble. Curiosamente, las que destinan el 40% acaban disponiendo de una cantidad por habitante menor que las del 22%; algo raro hay ya en la financiación de origen.

Si siguiéramos un criterio científico, por ejemplo, en 2005 decidimos organizar la Comunidad Valenciana como si fuera un mini sistema de salud con sus miniservicios, es decir, fragmentar la comunidad en departamentos, cada departamento con responsabilidad plena sobre todas las asistencias que presta: primaria, especializada, gerencia única, con toda la comunidad al mismo tiempo y de hoy para mañana. Hubo un estudio previo de cómo distribuir la financiación entre los departamentos, teníamos la ventaja de que no partíamos de un histórico y no teníamos esa inercia de la historia, había que configurarlo de inicio. Se hizo un análisis, en gasto sanitario todos pensamos que hay que hacer ajustes muy finos por edad, sexo, condición social, pero, al final, influye por decimales. Cada uno influye pero no hay grandes diferencias de edad entre los departamentos de una comunidad, hay cuando estas comparando dos centros de salud con poblaciones de 5000 personas; cuando estás comparando poblaciones de 300 000 habitantes, por pura estadística, geografía, no hay tantas



Gregorio Gómez Soriano

diferencias, todo esto se diluye, y cuando estamos hablando de comunidades de millones de habitantes más, las diferencias no son tan grandes como para condicionar cambios significativos, a partir de un 5%, en la distribución del presupuesto, es decir, el gasto sanitario debe distribuirse por igual y, si acaso, un ajuste que no influye más del 5, 6 o 7%. Sabemos en qué se gasta el dinero en sanidad, es decir, por ejemplo, el consumo en farmacia no tiene relación con dispersión, la mayor parte de los hospitales tampoco tienen relación, tienen relación con la cantidad de recursos que tiene el sistema, pero no con la dispersión, no te dejan más o menos por este motivo. Si todo acaba influyendo como máximo un 5 o 6%, ¿por qué tenemos financiaciones que llegan a tener diferencias del 180%? No hay criterio que justifique esto, es un criterio más de carácter político. De ahí para abajo, la mayor parte de las cosas, van en cadena.

J. A. Arranz: Comentábamos el tema del coste-efectividad. La tecnología en sí puede tener algo más de coste, pero, a lo mejor, una TAC nuevo cuesta un 10% más pero hace un 40% más de pruebas y, por tanto, sale mucho más rentable y, al final, es más interesante. ¿Qué os parece el tema del coste-efectividad en cuanto a estrategia a la hora de diseñar o decidir cómo

vamos a invertir? La empresa privada quiere mayor protagonismo y más cuota de mercado en cada entorno asistencial, ¿cuál es la estrategia o cómo se contrata una estrategia de gana-gana, que ganan el sistema y la empresa? La efectividad de las nuevas tecnologías, ¿tiene algo que ver?

P. Serrano: Era responsable, ya no, del Plan de Salud de Canarias, y el Plan de Salud es un instrumento de la política, es uno de los *inputs* que pueden ayudar a decidir la parte del presupuesto que se puede manejar. La mayor parte del presupuesto está comprometido y hay un segmento pequeño que es el que podemos trabajar. Y ese porcentaje se puede orientar en base a políticas, eso hacíamos, y hacen la mayor parte de las comunidades autónomas, señalando, identificando, las cuestiones que más les preocupan y poniendo en eso un compromiso económico.

“Este criterio, de coste-efectividad, casi ausente en nuestro país, nos ayudaría a tomar decisiones de asignación de presupuestos, a nivel macro, y de utilización, por parte de un gestor o médico, de una u otra alternativa terapéutica, el fármaco A frente al B, en base a criterios de coste-efectividad, y no solo de costes ni solo de efectividad”

Pedro Serrano Aguilar

Hace más de 25 años, el Plan de Salud de Oregón se hizo popular, con eso aprendí, y lo intentamos ir aplicando a la planificación en el ámbito en el que trabajo, Canarias. El gobernador de Oregón quería ayudar a su población, tenía una bolsa fija y pidió a los asesores que le ayudaran a identificar en qué invertirla de forma que proporcionara el mayor beneficio de salud para un contingente mayor de población.

Quería meter a más gente que no tenía cobertura, y, para eso, se aplican, en el ámbito sanitario las herramientas de análisis de costes y de efectos combinados. El coste-efectividad aparece ahí por primera vez. Tiene un papel muy importante si llegamos a entender el valor que tiene el análisis de coste-efectividad, en donde cada euro puede proporcionar un beneficio en salud, y nos puede ayudar a tomar una decisión de si este euro lo invierto en vacunas o en cirugía reconstructiva. En los planes de salud puede ayudar a asignar la parte del presupuesto modificable. El papel del coste-efectividad es fundamental también en el ámbito hospitalario y de Atención Primaria, identificando el poco presupuesto nuevo, si recibe el hospital, año a año, y en qué tecnologías podemos invertir para contribuir a mejorar la salud de la población. Este criterio, de coste-efectividad, casi ausente en nuestro país, nos ayudaría a tomar decisiones de asignación de presupuestos a nivel macro, y de utilización, por parte de un gestor o médico, de una u otra alternativa terapéutica, el fármaco A frente al B, en base a criterios de coste-efectividad, y no solo de costes ni solo de efectividad.

M. A. Blanco: En esta línea, y cuando pensamos en mejora de tecnologías, en una TAC o sistema de información o fármaco, pocas veces utilizamos el coste-efectividad para tomar la decisión. Pero es peor que, una vez que tomamos la decisión, no volvemos a reevaluar desde la perspectiva del coste-efectividad para analizar si hemos tomado la decisión correcta. Las decisiones las tomamos en función del coste o la eficacia, y es pertinente en un primer momento, porque no tenemos suficiente información, pero cuando implementamos una tecnología cara, pasa el tiempo, tenemos datos de uso, y podemos evaluar el coste-eficacia, es decir, la efectividad de esta

intervención, ¿por qué no reevaluamos lo que estamos haciendo, para reorientar mejor nuestras decisiones a lo largo del tiempo? Si tenemos en cuenta todos los aspectos, que tienen que ver con la asignación del gasto, dentro de la decisión de la elección de la tecnología, es donde las perspectivas de *win-win* entre empresa privada y sistema sanitario pueden encontrar elementos de diálogo más confortables para ambas partes; estaremos teniendo en cuenta la perspectiva global de la tecnología, no solo aspectos que tienen que ver con el coste, porque estamos respondiendo al corto plazo de cómo encaja en el presupuesto, no a cuestiones de eficacia. Y ese coste-efectividad debería ser el lugar de diálogo común para encontrar el *win-win* entre las empresas.

G. Gómez: Los planes de salud, o estratégicos, que hemos tenido en la Agencia Valenciana de Salud a lo largo de años marcaban prioridades estratégicas consensuadas con el núcleo corporativo, profesionales y gente relevante de la organización, prioridades de una organización asistencial como el Servicio de Salud. Los presupuestos no tenían nada que ver, cosas que señalas como importantes, les das peso y estableces objetivos, a tres años, que tienes que cumplir, no avanzan porque nadie ha puesto dinero, hemos seguido con un presupuesto inercial; definir esa estrategia no ha cambiado el esquema presupuestario. Recibimos proyectos avalados por un análisis coste-efectividad, pero son coste-efectivos si sustituyen una tecnología, el problema está en que la que incorporas es "además de", lo que puede ser muy efectivo, pero si no desmontas el coste previo...

J. A. Arranz: Las apuestas por tecnología deben sustituir las que tenemos, es una conclusión positiva, ¿estáis de acuerdo?



Manel Anxo Blanco

G. Gómez: Totalmente. En la introducción de una nueva tecnología hay que planificar la transcripción y el desmontaje de la previa, si no acabamos con las dos. Montas sistemas de información nuevos y, cuando te das cuenta, siguen generando estadísticas con el anterior.

P. Serrano: Las políticas pueden modificar la asignación del presupuesto. Si todos convivimos, en Primaria o en Especializada, o incluso en los servicios centrales de los servicios autonómicos de salud, con escasos niveles de compromiso con la evaluación; ahora, te he escuchado que pasa lo mismo con la planificación, que hacemos planes estratégicos o de salud y los seguimos poco. Esto no ocurre en todas las comunidades. Hay comunidades autónomas que llevan el plan de salud al Parlamento y se comprometen con potenciar determinadas políticas, que son estratégicas, asignándoles un presupuesto. Aquí hay variabilidad y, ya no en la práctica clínica, sino entre los políticos, en cómo se gestionan cuestiones importantes que nos pueden permitir desarrollar alguna acción estratégica como, por ejemplo, poner en marcha el programa de Diagnóstico

Precoz de Cáncer de Colon y Recto, cualquier tecnología que se utilice para diagnosticarlo es altísimamente coste-efectiva, pero ha estado compitiendo, con los pocos fondos que tenemos, con los programas de listas de espera, que se llevan los pocos presupuestos que había, para implantar un programa coste-efectivo para otro tipo de activos. Esta es una realidad en todo el país. Llamar la atención con el escaso compromiso con la planificación, desarrollamos instrumentos para marcar la dirección, y no tiran de los presupuestos. Y, el segundo elemento, la variabilidad con esta toma de decisiones de políticas, que no únicamente tenemos que señalar al clínico como culpable de todas las decisiones de variabilidad.

“En la introducción de una nueva tecnología hay que planificar la transcripción y el desmontaje de la previa, si no acabamos con las dos. Montas sistemas de información nuevos y, cuando te das cuenta, siguen generando estadísticas con el anterior”

Gregorio Gómez Soriano

J. A. Arranz: ¿Cuál es el papel de las agencias de evaluación de tecnologías en los problemas de eficiencia de nuestro sistema sanitario? ¿Cómo coordinan y planifican de forma colaborativa sus evaluaciones?

P. Serrano: En la mesa anterior escuchaba un comentario sobre si España necesita un NICE. Esto podríamos ir zanjándolo ya. El Estado español, hace ocho o nueve años, decidió crear una Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, aprovechando la estructura evaluativa que existía, y se había ido desarrollando más por parte de las comunidades autónomas,

como Cataluña, Euskadi, Andalucía, Galicia, Madrid, y el Carlos III, que crearon Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para ayudar a tomar las decisiones en sus comunidades, que es donde se ejecuta el presupuesto, y donde se trataba de garantizar que se utilizara de una forma correcta. Y entiendo que tratando de que las tecnologías, que se incorporaran, sustituyeran, en la medida de lo posible, y no se sumaran a las que existían. El año pasado el Ministerio publica, por Real Decreto, la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y nos sienta a trabajar para revisar la cartera de servicios, orientar e informar la toma de decisiones de políticas sanitarias, sobre si se financia una determinada política o no, y empieza a hacer esfuerzos para homogeneizar el guirigay que, en todas las comunidades, nos hemos esforzado en ir creando, entre unas y otras. Nuestro país tiene una estructura evaluativa que empezó siendo funcional, y ahora es orgánica, está creada, recibe financiación del Estado para dar respuesta, a modo de informes de evaluación de tecnologías, a aquellas prioridades que el sistema nacional identifica, y lo está haciendo de forma homogénea, coordinada y diría que, en este último año y medio, eficaz. Hasta entonces, los que trabajamos en las Agencias teníamos dudas con respecto a la utilidad de lo que habíamos venido haciendo para el Estado. Ahora estamos trabajando en la revisión de la cartera, nuevas políticas, en donde estos parámetros de efectividad y coste-efectividad los estamos viendo, empiezan a manejar-se tímidamente a nivel de Estado.

J. A. Arranz: Con esto que nos has explicado, cómo funciona, quiero pensar que este trabajo va a ser el fundamento sobre el que el Ministerio va a tomar decisiones, ¿o un documento adicional?

P. Serrano: Algunas cosas sí. El Ministerio no es uno, como ocurre en cualquier estructura compleja, son distintas direcciones y no siempre se comunican de forma adecuada. Hay direcciones que trabajan de forma comprometida y coordinan la Red de Agencias, y otras no entran en esta dinámica. El ejemplo está claro, la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías del Sistema Nacional de Salud evalúa cualquier tecnología menos los medicamentos. Los medicamentos quedan fuera de este ámbito de evaluación y España desarrolla una doble estructura evaluativa. Una, basada en la Red de Agencias, coordinada por la Dirección General de Calidad y Cohesión, y otra, centrada en los medicamentos, coordinada por la Dirección General de Farmacia, y basada en la Agencia Española del Medicamento. Dos estructuras evaluativas paralelas en un país que tiene un pequeño compromiso con la evaluación, concede poco crédito a las estructuras, comparte poco el poder de decisión con otras estructuras, solo ocurre en España. El NICE evalúa todo, la Red de Agencias canadienses de Evaluación de Tecnologías, que se parece a España en su organización, evalúa todo, pero en España dividimos. Algunas cosas sí, pero el Ministerio conjunto no se mueve a un paso uniforme.

M. A. Blanco: Pregunto un poco por ver la foto empezando desde arriba, o empezando desde abajo, porque hablábamos que hay que incorporar la cultura de la evaluación en la toma de decisión, pero, desde abajo, empezabas describiendo la foto: hay comunidades que tenían agencias y otras que no, las que tenían han hecho un esfuerzo ínfimo, estos años, de coordinarse, cuestión lógica en un Estado como el español, que es descentralizado, y, por tanto, el trabajo cooperativo es la línea fundamental, pero la realidad es que trabajaban, con lo cual el



Pedro Serrano Aguilar

impacto de su trabajo es el que tenía en sus comunidades. Si subimos al Ministerio hay un esfuerzo de crear, poner orden o mejorar la coordinación, pero hay dos líneas diferentes. Los criterios van cambiando y, aunque hagamos informes, el peso que tienen en la decisión final, cuando desde, por ejemplo, el sector privado, nos acercamos a los gestores, y a las organizaciones sanitarias, vemos que el informe de una evaluación de tecnologías en el medicamento, un sistema o máquina, es utilizado en función de que apoye la decisión que previamente toma. Probablemente falta esa cultura de la evaluación integrada dentro de los sistemas. No sé cómo trascender esto, que todos compartamos que la decisión tiene que estar fundamentada en informes técnicos.

J. A. Arranz: En el mundo en el que estamos las decisiones a nivel político, en estrategias de tecnologías, nuevos servicios, proyectos a implementar, vamos con la lengua fuera en función de qué está saliendo en los medios, qué está pasando, qué nos pide la sociedad. Las Agencias de Evaluación, ¿no deberían liderar el conocimiento? El trabajo de las agencias lo leemos

media docena porque no son conocidas y no trascienden a la realidad social, y menos a la política, solo, ocasionalmente, cuando algún técnico puntualiza sobre un tema. Las agencias, ¿no deberían tener ese papel de divulgación y sustituir a la opinión del público, en general, los medios, que no tienen el conocimiento?

P. Serrano: No, las Agencias de Evaluación de Tecnologías estamos para apoyar la toma de decisiones, no somos decisores, podemos iniciar algún proceso de generación de un informe, pero alguien tiene que utilizarlo. El Ministerio nos encarga los informes que necesita para tomar las decisiones que, de forma planificada, prevé que tiene que tomar en ese curso. Es cierto que, tanto en el ámbito regional como nacional, surgen situaciones inesperadas. ¿Cómo apoyar las decisiones en situaciones inesperadas? Con informes más breves. Para el escenario planificado podemos trabajar seis, doce meses, haciendo un informe completo, donde todo el conocimiento científico se identifica, se evalúa críticamente, se desprecia lo que no es válido, se sintetiza lo válido, se puede hacer una evaluación económica, un metaanálisis, un análisis de impacto presupuestario, se tienen en cuenta los aspectos sociales, económicos, y se informa al decisor para que vea toda la película, tenga menos incertidumbre. Pero cuando surgen cosas inesperadas, generamos informes en ocho semanas, a veces dos, asumimos riesgos porque no podemos gestionar todo el conocimiento con tranquilidad.

Algunas Agencias de Evaluación de Tecnologías, comprometidas con la investigación, tenemos iniciativas, las transformamos en proyectos de investigación y conseguimos fondos externos. Ahí podemos tener un trabajo propio, pero, en la mayor parte de las

ocasiones, una agencia responde a una necesidad de información, que se planifica, o que surge urgentemente y da un tipo de respuesta.

"Necesitamos un Centro de Evaluación Nacional que pueda evaluar no solo las tecnologías, sino los procedimientos, los modelos de organización del sistema sanitario, de tal forma que tengamos un centro de excelencia, que puede identificar cuáles son los comportamientos que se están desarrollando en los diecisiete modelos, que deben ser referentes, porque han demostrado, desde el punto de vista de coste-efectividad, ese impacto"

Manel Anxo Blanco

G. Gómez: El principal problema está en el gap que tenemos siempre del nivel, digamos, teórico, y el práctico, estratégico y operativo. ¿Hacéis algún seguimiento o evaluación del impacto que tienen vuestras recomendaciones? Cuando decidís esto hay que hacerlo así, y no como lo hacemos, porque hay evidencia que es la forma correcta, ¿se evalúa si la forma de tomar esa decisión cambia en base a estas recomendaciones, se extiende o consolida?

P. Serrano: La organización que dirijo tiene una base regional y estamos en el ámbito de la evaluación y de la investigación; ya estoy dando claves. No defendemos el modelo de agencia, defendemos la universalidad del método de evaluación de tecnologías. Esto puede ser utilizado por cualquiera, y lo importante es que se utilice bien el método para generar informes válidos. Da igual quien lo utilice, la agencia o un servicio como el mío. Mi grupo, en particular, lo hace, de eso vivimos, eso publicamos. En otra mesa

se hacía referencia a un artículo científico que ponía de manifiesto que un porcentaje importante del gasto sanitario, destinado a las personas con cervicalgia, lumbalgia y *opie* crónica inespecífica estaba siendo invertido en terapias que no tenían efectividad el 40% del presupuesto destinado a este problema de salud; soy el investigador principal de ese estudio. Eso surge de un informe que pide el Ministerio de Sanidad, se aplica en distintas comunidades y analizamos el impacto económico y, como, una vez publicado, se han producido cambios en distintas comunidades en la asignación de fondos a tecnologías que han demostrado efectividad o no. Estamos analizando los cambios en la Sociedad Científica de Rehabilitación, de qué manera impacta en cómo se preparan, para cambiar, después de este *paper*, que generó mucho escándalo. No es algo que se haga de forma generalizada por parte de todas las agencias.

J. A. Arranz: ¿Necesitamos un organismo estatal de evaluación de tecnologías?

G. Gómez: Independientemente del trabajo que están haciendo, hablando de coste-efectividad, sería más coste-efectivo centralizado. Igual que en sistemas de información hay mucha dispersión y nos beneficiaríamos, no una política coordinada, que existe, sino el problema de diecisiete historias clínicas diferentes, intentar hacer que se entiendan entre ellas. Cualquier decisión, en ese sentido, costaría diez veces más de lo que costaría si se toma-se a nivel central. Ahora estoy en mi puesto de inspección, se descentralizo y no tenía sentido porque ha sido dividirla, no hay ningún organismo, a nivel central, que se encargue de garantizar, desde una perspectiva externa, cierta homogeneidad en la calidad de prestaciones, cartera de servicios y funcionamiento de los sistemas. Hay cosas



José Antonio Arranz Velasco

que tiene sentido que estén centralizadas, a nivel de coste-efectividad, y, muchas, de efectividad, independientemente del coste.

M. A. Blanco: Pedro apuntaba la existencia de esta dinámica de crear un organismo que aglutine la evaluación. Necesitamos un organismo estatal, no sé si de evaluación de tecnología, probablemente sí, pero daría un paso más pensando que somos diecisiete autonomías, debemos verlo como un hecho y un beneficio para el sistema sanitario global. ¿Por qué beneficio? Si tenemos la oportunidad de tener un Centro de Evaluación Nacional que pueda evaluar no solo tecnologías, sino procedimientos, los modelos de organización del sistema sanitario, las políticas sanitarias, de tal forma que tengamos, y hay países en Europa que tienen modelos similares, un centro, digamos de excelencia, que puede identificar cuáles son los comportamientos que se están desarrollando en los diecisiete modelos que deben ser referentes, porque han demostrado, desde el punto de vista de coste-efectividad, ese impacto.

Por eso quiero incluir no solo tecnología, porque importante es la evaluación de la tecnología, a coste-efectividad mejor, pero también experiencias en cambios en el modelo de gestión sanitaria que se está produciendo en muchos territorios de España. Los conocemos desde el punto de vista intelectual, de la prensa, los compartimos en este tipo de foros, pero no sabemos el impacto real del cambio de modelo. Sería interesante que alguien estatal pudiera agrupar esa información y compartirla con los demás. Lo mismo con la gestión del medicamento que, en las distintas autonomías, es diferente, y tiene un impacto económico y coste-efectivo, probablemente un resultado de salud, diferente y no compartimos información. Necesitamos un organismo estatal, no sé si todo en uno o varios, probablemente uno, porque estamos hablando de conceptos similares, que nos permitiera hacer este *page marking* entre diecisiete sistemas.

P. Serrano: Diría que sí a esta pregunta, pero, acto seguido, diría que ya lo tenemos. Tenemos dos organismos estatales de evaluación de tecnologías. En el Instituto de Salud Carlos III, que es una entidad de carácter estatal, hay una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias desde hace un porrón de años. El organismo de carácter estatal existe y, hace año y medio, el Gobierno decide crear la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, que es un organismo estatal de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Con la creación de esta red se diluye el papel de la Agencia del Carlos III y se coloca al nivel de cualquier otra agencia de carácter regional, y esto es clarificador.

“El problema más importante sigue siendo que el Estado dé un crédito creciente a esta actividad. Las agencias no podrán tomarse la libertad de decir está es mi opinión, no nos cabe, nuestra opinión es para informar una decisión que alguien quiere tomar, pero son los decisores quienes tienen que comprometerse con eso”

Pedro Serrano Aguilar

¿El problema está en los organismos? Tenemos dos de carácter estatal, la Agencia del Carlos III y la Red, ¿queremos más? O está en el crédito que le concedemos, el valor y el compromiso que el político les concede. ¿Por qué seguir creando más y no comprometernos con ellos? La Agencia del Carlos III, si leemos en el BOE su ámbito de actuación, sus compromisos, cuando se crea, la respuesta está dada: “Tiene responsabilidades de carácter estatal para cubrir aquellas, en todo el territorio nacional, donde haya agencias y donde no haya”. No era suficiente, hemos creado la Red, un conjunto de Agencias de Evaluación de Tecnologías y se pretendía aprovechar lo que había, pero a expensas de diluir el papel de la del Carlos III, y, para mí, esto explica que este país no quiere comprometerse con los organismos, el nivel de decisión se quiere seguir manteniendo en el nivel político y no compartirlo con los niveles técnicos. Todos miramos al NICE y pensamos que es una única organización. El Reino Unido tiene un programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el ETS program, y lo ejecutan un conjunto de organizaciones, el NICE hace parte de ese trabajo, pero hay organizaciones académicas y de investigación evaluativa que contribuyen a generar informes de Evaluación de Tecnologías que se suman al producto

de NICE. El Reino Unido tiene una estructura descentralizada, basada en instituciones académicas y de servicios sanitarios, para informar la toma de decisiones en tecnologías sanitarias. No hay un único modelo, los modelos tienden a tener un grado de descentralización importante, en España tenemos lo que tenemos, y el problema no está en las organizaciones, está en el político que utiliza, de un modo u otro, o no utiliza, la información. ¿Lo que generan las agencias compromete la toma de decisiones?

J. A. Arranz: Apostamos por un modelo colaborativo de los distintos esfuerzos y conocimiento que hay en los diferentes sitios, que pueda ser unificado o supervisado bajo un paraguas global; esta sería la idea.

P. Serrano: Sí, porque hay grupos muy competentes en Cataluña, Cádiz, Galicia, Andalucía, Canarias, y alguno más; no aprovechar esa fortaleza ahora sería un desperdicio. Pero es cierto que hay que tener esa visión de Estado, hay comunidades autónomas que no han desarrollado este tipo de estructuras afines, y tienen las mismas necesidades, lo que es un problema, pero el problema más importante sigue siendo que el Estado dé un crédito creciente a esta actividad. Las agencias no podrán tomarse la libertad de decir está es mi opinión, no nos cabe, nuestra opinión es para informar una decisión que alguien quiere tomar, pero son los decisores quienes tienen que comprometerse con eso. En Canarias el apoyo que hace el Gobierno regional, el apoyo que recibe por parte de esta agencia, es muy importante, nuestros informes son vinculantes, se pueden hacer cosas; no ocurre lo mismo en el Estado.

J. A. Arranz: Al hilo de esto y la descentralización de la inspección, este organismo podría ser nacional, ¿tendría que

evaluar los sistemas asistenciales? Los prestadores de servicios, los hospitales, las comunidades... ¿sería una competencia, como hay, donde se hace un *ranking* de calidad, de prestación de servicios?

G. Gómez: El Ministerio tiene poca capacidad de hacer evaluaciones selectivas en las comunidades autónomas, porque el nivel de descentralización, a nivel de cómo están distribuidas las competencias, le deja poco margen. Puede plantear, a través de proyectos, pero luego entran o no las comunidades, dependiendo de circunstancias dispares. Hemos visto proyectos muy interesantes del Ministerio que, como no tiene capacidad de imponerlos, han ido a base de muchísimo esfuerzo y a lo largo de muchos años. Hablando de sistemas, por ejemplo, un proyecto interesantísimo, la historia digital del Sistema Nacional de Salud, comenzó en 2008 y todavía no está, ni de cerca, donde tiene que estar. Cuando se distribuyeron las competencias, probablemente, el Ministerio se desnudó demasiado. No hay un cuerpo inspector, sí había, yo pertenezco al cuerpo de inspección antiguo, y era algo central, y también se distribuye, y se perdió la oportunidad. Ahora el Ministerio recibe estadísticas de las comunidades autónomas, por ejemplo, de listas de espera; tampoco me llegan, puedo contar 27 o 273, no lo van ni a verificar ni a cuestionar. No tienen capacidad para ello porque no se han reservado la capacidad de decir: tienes autonomía para gestionar la sanidad, pero estamos en un país que pretende dar un nivel de calidad determinado y homogéneo para todos sus ciudadanos, y no puede ser que una comunidad tenga 40 días de lista de espera y la de al lado 123, y esto se da, son datos. Alguien tiene que verificar que el que dice 40 son 40, y que están medidos de la misma manera que en otro caso; que, cuando estamos hablando de

complicaciones, estamos hablando de resultados, de los indicadores que utilizamos y se entiende que lo que sale del CRD, no lo vas a trucar, pero fuera del CRD dependen de información que das elaborada, no de base. Hay una laguna importante y ha tenido como consecuencia que no tengamos un sistema de catalogación de la calidad de los servicios asistenciales a nivel nacional.

“Apostamos por un modelo colaborativo de los distintos esfuerzos y conocimiento que hay en los diferentes sitios, que pueda ser unificado o supervisado bajo un paraguas global, sería la idea”

José Antonio Arranz Velasco

J. A. Arranz: Apuestas porque, si existiese este organismo, que sea colaborativo, asuma también esa función.

G. Gómez: Esto a los políticos siempre les da un poco de miedo. La transparencia, cuando evaluamos los departamentos, siempre ha habido un problema y es que, en una lista cerrada, hay un primero y un último, es inevitable, y muchas veces, la gente se fija más en el último que en el primero. Si tú estableces un sistema de catalogación de la calidad y puntuaciones, un sistema de evaluación homogéneo para España, y evalúas los distintos servicios de salud, habrá servicios que van a tener un 8,5 o un 7,2, y al responsable del de 7,2 no le va a gustar. Es difícil que alguien haga un esfuerzo importante para poner en marcha un mecanismo de este tipo y la inercia va haciendo pasar el tiempo y no se avanza en ese sentido, ni hay un proyecto sobre la mesa de algo parecido.

J. A. Arranz: En casi todos los países hay que establecer *rankings* de calidad

que nos permitan comparar el resultado de los servicios que prestamos. Eso sería función de un organismo estatal. Era un papel que antes tenía la inspección y desapareció de la inspección, desde el punto de vista de cuerpo nacional, y ahora está descentralizado. ¿Hay que recuperarlo?

“El Ministerio tiene poca capacidad de hacer evaluaciones selectivas en las autonomías, porque el nivel de descentralización, a nivel de cómo están distribuidas las competencias, les deja poco margen. Puede plantear, a través de proyectos, pero, luego, entran o no las comunidades, dependiendo de circunstancias dispares. Hemos visto proyectos muy interesantes del Ministerio que, como no tiene capacidad de imponerlo, han ido a base de muchísimo esfuerzo y a lo largo de muchos años”

Gregorio Gómez Soriano

P. Serrano: No, si la pregunta se focaliza en relación a este organismo, del que hemos venido hablando, eso no está en ese contexto, no ocurre en ningún lugar del mundo. Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias se ocupan de tecnologías más concretas, pueden analizar tecnologías organizativas, por ejemplo, organizar una unidad de ictus, cuáles son los recursos: médicos, enfermeros, rehabilitadores, en términos cuantitativos y cualitativos, tipos de programas, y evalúan resultados. Y pueden terminar definiendo cuál es el modelo más coste-efectivo. Ir más allá, no lo está haciendo nadie por ahora.

M. A. Blanco: Probablemente no esté dentro de esa línea, es una línea necesaria para el sistema y más tal y como está estructurado. Un ejemplo que se

hace desde Aragón, son los mapas de variabilidad de práctica clínica; son excelentes instrumentos de visualización de cómo las cosas, haciéndolas de determinada manera, pueden dar resultados diferentes y, como ese tipo de análisis debería ser de casi cabecera para reevaluar la toma de decisiones en los sistemas sanitarios. Te ayuda a mejorar “en función de”. No es el entorno de ese tipo de organización, pero sí necesitamos una organización de ese tipo adicional.

P. Serrano: No me parece relevante hacer un *ranking*, me parece importante que nos midamos, evaluemos y planteemos con qué tipo de información y desde qué perspectiva nos vamos a evaluar, si es la clásica, que tiene que ver más con actividad, o si damos un salto y nos comprometemos con la evaluación de resultados. En la medida en la que abandonemos lo clásico, para eso era el CRD, que miden mejor los fallos de la sanidad que los aciertos, en la medida que vayamos dando el salto hacia la medida de los resultados, nos podemos plantear, en un futuro lejano, pago por resultados o por el valor de lo que hacemos. Mientras no tengamos sistemas de información de resultados de salud relevantes, podemos manejar en el discurso pagar de otras maneras, pero no tendremos las herramientas. Lo relevante es evaluarlos y no lo hacemos. Y decidir si nos evaluamos desde una perspectiva de sistemas de salud, con los datos más objetivos que podamos generar, o nos evaluamos desde la perspectiva del cliente, con algo que va teniendo un espacio mayor, más a nivel internacional que nacional, que los pacientes evalúen el sistema mediante cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud, que comparan el cambio de la salud, el antes y el después de la cirugía de prótesis de cadera, de cataratas o cualquier cosa. O si usamos una perspectiva mixta, que parece racional,

combinar resultados objetivos, que podemos obtener del sistema sanitario, con los resultados que nos den nuestros clientes, resultados no de satisfacción sino de cambios de resultados de salud, a partir de nuestras intervenciones en el sistema, y estas cosas se pueden combinar con sistemas de información.

“De los tres componentes, ciencia, política e historia, o simplemente inercia, el cuarto, el simplemente inercia, pesa muchísimo”

Manel Anxo Blanco

G. Gómez: El tema de evaluación, a nivel de sistema nacional de salud, no lo conozco, no hay un organismo ni un cuerpo que dé soporte a ese sistema de evaluación. Si evaluación es los indicadores que exige el Ministerio que incluyamos en una base de datos, indicadores de nuestras comunidades autónomas, no es suficiente porque esa información, que alimenta ese sistema, es declarativa, en la mayor parte de los casos, que nadie tiene capacidad de comprobar. En aspectos esenciales de la calidad, como la accesibilidad, te tienes que fiar de lo que dicen, que el tiempo de demora para una consulta externa es 20 días, ¿son 20, 40 o 80? No hay posibilidad de contrastarlo, no hay mecanismo ni recursos para ello, no hay nadie encargado de eso.

Turno de preguntas

Participante: Me asalta la duda de que esas oportunidades, que ahora se están perdiendo, son las que tuvieron para esa descentralización que nos está causando tantos problemas. No estoy defendiendo la centralización, quiero decir, tenemos una oportunidad

porque tendríamos que volver a un órgano consultivo único. Es curioso, hace años teníamos que descentralizar y ahora no sé dónde estamos. En todos los centros hospitalarios, soy médico asistencial, cirujano, tengo responsabilidades de gestión, la autoevaluación empieza por uno mismo, de micro a macro. Pero me están exigiendo, los que ostentaban la gestión, que mejore mis recursos y mi asistencia, pero no gaste. La evaluación quirúrgica es compleja, la médica pueda ser más simple, en cuanto a que existen listas, aparte del artículo, que conozco, dispares a ese artículo, ¿a cuál tengo que hacer caso? Si las Agencias de Sanidad van a tener la misma influencia que las económicas, habrá que pensárselo, porque nos pueden llevar a algún sitio donde, a lo mejor, no queremos llegar.

P. Serrano: Con gran parte de la reflexión estoy de acuerdo, el proceso evaluativo debe ir desde la base hasta la cima y uno debe tener cierto conocimiento sobre lo que hace globalmente, a lo largo de un periodo de tiempo, y, ojalá, sobre sus resultados. Las posibilidades que tenemos, en el sistema, de autoevaluarnos, en base a que alguien nos proporcione la información relevante que generamos, a nivel individual o colectivo, a lo largo de un tiempo, de la mayor parte de nuestra actividad, no las tenemos registradas, es la asignatura pendiente. Las posibilidades de que cada clínico reciba un *feedback* útil, para mejorar su quehacer, no son fáciles. Las Agencias de Evaluación de Tecnologías aportan información a una decisión que quiere tomar alguien: un decisor político, un gestor y, a veces, un cuerpo de médicos. No todos los estudios tienen la misma validez científica y, por eso, el primer esfuerzo es identificar todo lo publicado, el segundo es identificar la validez de lo que se ha identificado, no todo tiene la misma validez,

y el tercero es sintetizar lo válido y, con eso, proporcionarle a un político, un gestor o un clínico una información que le sea útil para su toma de decisiones.

M. A. Blanco: La información, ser capaz de tener toda la información, la mejor información disponible, es lo que te ayuda a tomar decisiones y la realidad es que, cuando miramos al exterior, estructuras similares obtienen resultados finales diferentes. Cuanta más información tenga el médico, la enfermera, la organización, de lo que hace, pero información de lo que hace comparado con lo que obtienen otros que tienen estructuras similares, más cerca podrá estar de poder reevaluar lo que está haciendo. Esto es un poco el punto al que queríamos llevarlo, porque, al final, cuando eres capaz de reevaluar constantemente lo que haces, eres capaz de mejorar. Y reevaluar siempre: metíamos costes, pero deberíamos estar hablando de resultados, qué variables finales, y es cierto que, cuando miramos organizaciones similares, los resultados en salud son diferentes, algo cambian los resultados, y es lo que tenemos que medir y compartir, es la clave.

J. A. Arranz: Has hecho una alusión interesante: que hemos estado años preocupados de descentralizar, estamos descentralizados y ahora tenemos la sensación de que tendríamos que volver a centralizar. Una de las cosas que estoy sacando de las jornadas es que estamos madurando en el sentido de saber trabajar bajo una cobertura global, de una manera descentralizada, y tenemos que progresar en ese campo. Es como los centros de referencia: no tenemos que ser todos súper especialistas a nivel nacional, sino tener un sitio donde hay conocimiento específico, saber dónde está, apoyarlo y estructurarlo dentro de una estrategia global. Ese sería parte del

reto que la sociedad nos está pidiendo, no sé si somos capaces de transmitir esto a nuestro cliente político, que tiene que aportar la financiación. Si logramos que la financiación haga que, ese conocimiento de los distintos grupos de trabajo, que van a estar evaluando, pueda progresar, mantenerse... Se echa de menos un organismo centralizado, que tuviese su financiación, que pudiese distribuir y apoyar, con criterio técnico, los desarrollos de determinados sitios, sería interesante.

G. Gómez: No hay porque perder eficiencia en ello, es decir, lo mismos da tener una agencia central de cien personas que diez de diez, sobre todo, si está bien coordinado. No es aplicable a todos los ámbitos, por eso me había referido a dos: el de sistemas de información hay decisiones que se tienen que tomar de manera centralizada. Me acuerdo de una expresión: las tecnologías de la información no son democráticas, es decir, no podemos, cada uno, coger la pantalla del color y el sistema que más le guste, porque es costosísimo y genera muchos problemas al sistema, no solamente de costes, sino que repercute en la calidad y la debilidad de la asistencia. En ese sentido, la situación que tenemos es que, aun teniendo una visión clara de lo que hay que hacer en sistemas, desde el Ministerio, no hay ninguna obligación, por parte de las Autonomías, de seguir esas directrices y, cada uno, al final, dice, tengo mis sistemas, lo voy a evolucionar en esta dirección, y el otro en la otra. Todos generan titulares, a nivel local, sobre lo magníficos que son sus sistemas, pero, a nivel de solución global, intentas compartir información, entre Navarra y Huesca, y no hay dinero, y repercute en la calidad y en la seguridad de la asistencia.

Como marco general y, además, funcionando así se puede funcionar muy

bien, el ejemplo de las Agencias de Evaluación de Tecnologías es perfecto. Pero hay cosas, como los sistemas, que el Ministerio tenía que haber dicho "no, esto me lo quedo yo", porque me permite ser más eficiente en implantación de los sistemas, lo cual no significa poner un sistema único. No es del todo malo haber hecho diecisiete sistemas, en el Reino Unido, por ejemplo, intentaron hacer un sistema único y, después de gastarse 13.000 millones de libras, no les va. La vieja estrategia de divide y vencerás, aquí está bien, pero divide desde una perspectiva central y coordinada, no porque cada uno va haciendo una cosa distinta. En ese ámbito, probablemente sí que haga falta un sistema único. Y el otro ámbito, en el que tener más autoridad a nivel central, te garantiza, por encima de los titulares que sacamos en cada Comunidad, que alquien refrende ese tipo de resultados.

P. Serrano: Tres cosas. La primera, no nos queda otra, tenemos que hacer esfuerzos por coordinarnos mejor y ver lo que tiene de valor la oportunidad de que haya distintos organismos generando oportunidades de innovación. Esto tiene sus puntos débiles, pero también sus fortalezas, tendremos que desarrollar mejores mecanismos de coordinación, que faltaron durante los momentos iniciales. Segundo aspecto, el Ministerio de Sanidad tiene un grupo de trabajo que trata de identificar los elementos innovadores en cada Comunidad Autónoma para evaluarlos y, aquellos que superen el procedimiento de evaluación, proponerlo al resto de las Comunidades para que se trasladen a cada una de ellas. Y ese grupo de trabajo está empezando, por lo tanto, se ve este deseo de identificar precozmente para validar y compartir en el Sistema Nacional de Salud. Tercer elemento, que es el más importante, no tenemos sistemas de información y, cada vez que

pensamos en sistemas de información, se nos quita el apetito porque son costosos, y no sabemos si van a proporcionar un valor, si los vamos a utilizar.

Tenemos las historias clínicas electrónicas y es que su explotación es lo que está recibiendo más fondos por parte de la Agencia Americana de Evaluación de la Calidad Asistencial, la AHC-PR, el plan de reformas sanitarias, ha puesto muchísimo dinero para estimular a cada hospital, HMO, organización, aseguradora, a que, analizando los resultados del conjunto de sus pacientes, a partir de la explotación de los datos *récipe* almacenados en la historia clínica electrónica, identifique problemas del pasado para que no sigan en el futuro. Esa vocación, que

deben tener nuestras organizaciones, de aprender y de hacer mejor las cosas, podemos hacerlo con un sistema de información que existe, historia clínica electrónica. Cuando oigáis hablar de *big data* análisis, en el entorno sanitario, pensar que la forma más simple es la explotación de análisis de datos en la historia clínica electrónica y, a un nivel superior, en la posibilidad de relacionar esos datos contenidos en la historia clínica con los datos de la receta electrónica, del CMBD, de mortalidad, sin necesidad de crear nuevos sistemas de información pero sí unidades de acceso a información que no existía, con sistemas de información que ya existen, que tenemos y que no están explotados.