



# VI Encuentro de Expertos en Gestión Sanitaria y Economía de la Salud

13-14 de junio 2024, Barcelona

## Resumen

Actividad de la Cátedra Almirall - UPF Barcelona School of Management, de Gestión de las Innovaciones en Políticas Farmacéuticas en el SNS





## Presentación de la dirección académica

La VI edición del Encuentro de Expertos se ha consolidado como un punto de encuentro anual de profesionales del ámbito de la gestión sanitaria, la economía de la salud y la práctica clínica asistencial. En esta ocasión hemos podido recuperar la presencialidad del acto y han participado más de 60 asistentes. Las sesiones buscan potenciar el debate entre ponentes y la audiencia y se ha promovido especialmente el intercambio de ideas durante la jornada.

Esta es una actividad que cumple con la independencia académica, al estar financiada por la Cátedra de manera no condicionada y en la cual Almirall no interviene de forma alguna. El diseño y el contenido del programa, así como la admisión de los asistentes la realiza exclusivamente la dirección académica.

En este documento encontrará el programa del encuentro, así como un resumen de la conferencia inaugural, el debate y las mesas de ponencias.

Deseamos que sea de su interés.

### Jaume Puig-Junoy, PhD

Co-director del encuentro  
y de la cátedra.  
Distinguished Professor,  
Health Management Unit  
UPF-BSM.

### Lluís Segú Tolsa

Co-director del encuentro.  
Lecturer, UPF-BSM. Socio  
Director-Principal  
Consultant, Pharmalex.

### Natàlia Pascual Argente, PhD

Co-directora de la cátedra.  
Director of Partnerships,  
Health Management Unit  
UPF-BSM

# Programa

## JUEVES 13.06.2024

15:30h - 16:00h	<b>Recepción y acreditación de los asistentes</b>
16:00h - 16:15h	<b>Bienvenida</b> Jaume Puig-Junoy, PhD Distinguished Professor UPF-BSM, Director Académico del Encuentro  Natàlia Pascual Argenté, PhD Director of Partnerships, Co-directora de la Càtedra
16:15h - 17:15h	<b>Conferencia Inaugural</b> <b>Presenta:</b> Jaume Puig-Junoy, PhD  <b>¿Cómo podemos reorganizar la evaluación económica de medicamentos en España?</b>  <b>Ponente:</b> Félix Lobo Aleu, PhD Catedrático emérito de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid y director de Economía y Políticas de Salud de Funcas
17:15h - 17:30h	<b>Pausa breve</b>
17:30h - 19:30h	<b>DEBATE</b> <b>Valoración de la situación de las políticas de financiación y precio: avances y retos pendientes</b>  <b>Moderador:</b> José María López Alemany Director de Diariefarma  <b>Ponentes:</b> Pedro Gómez Pajuelo Economista de la Salud, funcionario del Ministerio de Sanidad en excedencia  Isabel Píneros Andrés, PhD Directora de prestación farmacéutica y acceso, Farmaindustria
20:30h	<b>Cena de la jornada</b>

## VIERNES 14.06.2024

09:00h - 11:00h	<b>MESA 1</b> <b>La irrupción de nuevas tecnologías en atención sanitaria: oportunidades y aprendizajes</b>  <b>Moderador:</b> Lluís Segú Tolsa Profesor asociado de UPF-BSM y co-director del Encuentro  <b>Ponencias:</b> <b>1. Telemedicina en Atención Primaria: qué pasa en la Cataluña post-Covid</b> Francesc López Seguí, PhD Càtedra TIC Salut Social. UVic  <b>2. Experiencias recientes en tele dermatología</b> Dr. Guillermo Romero Aguilera Jefe Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Ciudad Real  <b>3. Iniciativa NAVETA de Telefarmacia asociada a standard set de PROMS para implementar una atención farmacéutica basada en VALOR</b> Dr. Gabriel Mercadal Orfila Presidente FARUPEIB (Balears). Profesor asociado Bioquímica U. I. B
11:00h - 11:30h	<b>Pausa-café saludable</b>
11:30h - 13:30h	<b>MESA 2</b> <b>Casos de Gestión Sanitaria: Análisis de la eficiencia en los servicios de salud</b>  <b>Moderador:</b> Jaume Puig-Junoy, PhD Distinguished Professor UPF-BSM, Director Académico del Encuentro  <b>Ponencias:</b> <b>1. Aproximación al despilfarro en el SNS: del 30% de Donald Berwick a la conjetura de Carlos Campillo.</b> Salvador Peiró Moreno, PhD Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), València

13:30h - 14:00h	<b>2. ¿Cuánto nos queda para llegar a que el sistema aproveche los datos que genera?</b> Enrique Bernal-Delgado, PhD Investigador senior, Ciencia de datos para la investigación en servicios y políticas sanitarias, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud  <b>3. Reversión quirúrgica. Barreras y limitaciones para dejar de hacer cirugías inútiles y que hacen daño</b> Dr. Julio Doménech Fernández Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universidad de Navarra
13:30h - 14:00h	<b>Clausura</b> Natalia Pascual Argenté, PhD Director of Partnerships, Co-directora de la Càtedra. Jaume Puig-Junoy, PhD Distinguished Professor UPF-BSM, Director Académico del Encuentro.
14:00h	<b>Comida</b>



## Conferencia inaugural

# ¿Cómo podemos reorganizar la evaluación económica de medicamentos en España?

**Félix Lobo Aleu, PhD**

Catedrático emérito de  
Economía de la Universidad  
Carlos III de Madrid y director  
de Economía y Políticas de  
Salud de Funcas

El principal objetivo de mi presentación es exponer las opciones reales de desarrollo organizativo y normativo de lo que se pidió en 2019 con el manifiesto en favor de una autoridad independiente de evaluación de tecnologías sanitarias. En esta investigación he colaborado con Juan Oliva y José Vida y hemos buscado tener una herramienta adecuada para evaluar la eficiencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias.

El sector farmacéutico es un sector económico fundamental, de hecho, ha sido seleccionado como uno de los sectores estratégicos europeos. Y para el SNS es también importante porque incorporar la innovación absorbe recursos y nos conecta con problemas más generales de la Administración del Estado, concretamente sobre la cultura del buen gobierno. Y es que las organizaciones que se dedican a la evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias deben ser ejemplares para que tengan credibilidad ante la ciudadanía.

Mi exposición se centra en 3 documentos que son las 3 notas técnicas de FUNCAS (1. [La evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual](#), 2. [La \(des\)organización de la evaluación de la eficiencia de medicamentos y otras tecnologías sanitarias en España:](#)

### diagnóstico, y 3. [La organización de la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: propuestas de reforma](#))

El primero presenta el diagnóstico de la situación de la evaluación de tecnologías sanitarias en España. Ahí ya detectamos que el problema organizativo que pretendemos resolver no es una cuestión nueva, por el contrario, es un sector con mucha actividad evaluativa y mucho conocimiento, como ya detectaron antes Juan Oliva y otros. Y este conocimiento está en múltiples agentes (sistema sanitario, privado, administraciones...) y múltiples iniciativas (Valtermed, Revalmed, IPT).

En la segunda nota, a modo resumen, podemos hablar de la desorganización más que de la organización de la ETS. Estamos lejos de una organización eficaz, coordinada y guiada por principios de buen gobierno. Concretamente consideramos tres problemas organizativos transversales: (1) el reparto de competencias a nivel territorial, (2) la separación existente entre evaluación de medicamentos y del resto de tecnologías sanitarias y (3) las limitaciones administrativas del Ministerio de Sanidad. En lo que respecta a las competencias, a pesar de la elevada descentralización de la gestión a las CCAA, el Ministerio existe porque también tiene competencias que debe atender. Por otro lado, denotamos una falta de liderazgo que se visualiza en la enorme cantidad de ministros de corta duración de los últimos años, y que tampoco han sido personas con gran peso político.

Más a nivel orgánico, la falta de una Secretaría de estado dificulta un debate profundo de temas en la Comisión de Secretarios de Estado, como no se puede dar en el Consejo de Ministros. Además, a lo largo del tiempo el Ministerio se ha visto disminuido en número de direcciones generales y ha visto mutilados varios de sus órganos. Y finalmente, es uno de los ministerios peor dotados a nivel de medios de personal, incluso el peor en algunos años, y es que los cuerpos superiores de funcionarios son fundamentales puesto que son la garantía del funcionamiento constante de la administración pública al margen de los cambios políticos. Existen órganos mal dotados como, por ejemplo, la AEETS, que no tiene rango de subdirección general a pesar de que realiza un trabajo fundamental y que tiene un nivel profesional altísimo.

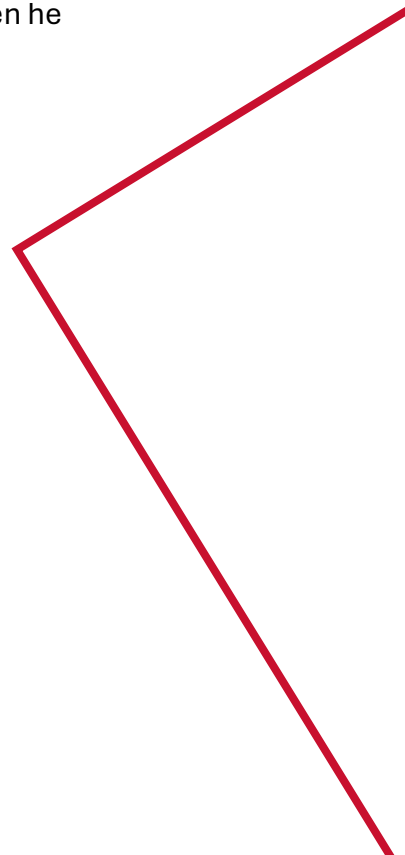
Y finalmente notamos la falta de prioridad de la sanidad a lo largo del tiempo. A pesar de que en la pandemia la sanidad y la salud se convirtieron en el primer problema mundial, parece que luego se nos ha olvidado. A nuestro parecer, ha hecho mucho daño el mantra que nos hemos ido repitiendo de que “tenemos el mejor sistema sanitario del mundo”. Sin duda tenemos logros a los que nos podríamos referir pero también tenemos problemas que debemos afrontar como

la reducción de los datos de listas de espera, las quejas por la atención primaria, o la opinión de los ciudadanos en los barómetros sanitarios.

El tercer documento se enmarca en un contexto amplísimo de tradición investigadora que se ha desarrollado en diferentes disciplinas, por la que cualquier organización bien diseñada es un factor productivo más. Analizamos qué posibles fórmulas organizativas de las que tenemos en nuestro país podríamos utilizar: desde la típica agencia estatal como es la AEEMPS, hasta órganos menos conocidos que se han creado por impulso europeo, por ejemplo, organismos independientes vinculados al Ministerio de Hacienda que evalúan contratos administrativos de obras. No son agencias estatales ni agencias administrativas independientes, pero muestran un buen funcionamiento y un alto grado de independencia.

La secuencia que proponemos es una primera fase de creación de un órgano (que no organismo) que haga de oficina para la evaluación de la eficiencia de los medicamentos y productos sanitarios adscrita a la AEMPS y con carácter muy independiente. Y una segunda fase en la que se cree una Comisión Nacional en el ámbito de la Salud, que se configuraría como autoridad administrativa independiente (como la CNMV o la AIREF) y que sería un órgano potente y con gran independencia del gobierno. Es decir, sería lo más parecido al NICE o a la HAS. Si entrar en el detalle de nuestra propuesta, cabe destacar la importancia de la independencia. En cuanto al mecanismo de información de las decisiones, cabe separar el informe técnico de la decisión política. Estos informes serían pues perceptivos, pero no vinculantes. Por lo que la decisión política podría diferir de lo recomendado en base a otros objetivos o circunstancias legítimas. Pero la carga de la prueba sería siempre para los solicitantes.

Estas son las líneas generales de lo que quería exponer y que como ven he centrado en el ámbito estrictamente organizativo.





## Debate

# Valoración de la situación de las políticas de financiación y precio: avances y retos pendientes

**Moderador: José María López Alemany (JMLA)**

Director de Diariefarma

**Pedro Gómez Pajuelo (PGP)**

Economista de la Salud,  
funcionario del Ministerio de  
Sanidad en excedencia

**Isabel Pineros Andrés, PhD (IPA)**

Directora de prestación  
farmacéutica y acceso,  
Farmaindustria

**JMLA.- En este último año ha habido mucha actividad electoral que ha paralizado los desarrollos normativos pendientes: (1) la modificación de la Ley de Garantías, (2) el RD de financiación y precios de los medicamentos que se anunció en 2012, y (3) el RD evaluación de tecnologías sanitarias. ¿Cómo valoráis el estado de las políticas de precio y financiación de medicamentos y tecnologías sanitarias?**

**PGP.-** No veo al sistema público con una necesidad imperiosa de cambio. Tenemos un sistema garantista, hay un sistema de gestión administrativa basado

en la ley. Se ha hecho un esfuerzo técnico y también en transparencia. Igual que también ha mejorado la implementación de criterios de financiación pública que antes no estaban. Somos capaces de sacar informes sobre medicamentos incorporados en la financiación pública (ej. Valtermed), cosa que antes no podíamos hacer. Igual que cabe reconocer la labor del Consejo Asesor, o los IPTs, cuya información está a disposición pública. Hay que reconocer que todo esto son bases sólidas del sistema, a pesar de que los medios son más escuálidos que generosos.

**IPA.**– Absolutamente de acuerdo con los pasos que han dado para tener una mejor prestación farmacéutica. Pero cabe una crítica sobre la obsolescencia de la normativa. Ya se ha comentado el no nacido RD precios y financiación. Coincido con el papel que han tenido los cambios políticos en todo esto. Pero parece que cada nuevo medicamento representa un problema más que una solución. Los criterios de la ley de garantías no se han desarrollado adecuadamente por lo que el evaluador debe construir un informe sobre el valor incremental en la prestación farmacéutica sin herramientas concretas. Falta concretar el criterio del valor incremental de la innovación.

**JMLA.**– **La dificultad que está encontrando el RD de financiación y precio, el ministerio dijo que separaría medicamentos de los productos sanitarios. ¿Por qué es tan difícil sacar este RD de precio y financiación?**

**PGP.**– Somos un país bastante conservador en el que cuesta mucho legislar y cambiar. Vamos haciendo pequeñas transformaciones, pero a veces ponemos expectativas muy altas y luego no tenemos músculo político para alcanzarlas a través de normativa. Llevamos 3 años consecutivos generando expectativas con mensajes a la ciudadanía y los agentes sobre la necesidad de cambiar el sistema de precios de referencia, buscar una definición sobre el beneficio incremental, modificar la disposición adicional sexta, etc. Así que comparto con Isabel la idea de empezar por movimientos más pequeños como el desarrollo de criterios de financiación pública. Se han hecho intentos, pero aún no sabemos nada concreto sobre el grado de innovación o la alternativa terapéutica que se toma como referencia en los informes. Se deberían poder incorporar en la toma de decisiones criterios como cuál es el resultado clínico real o cuál es la percepción de salud que tiene la ciudadanía (calidad de vida, PROMs...). Todos son cambios que no requieren de una norma con rango de ley pero ahora nos encontramos en un momento en el que las normas europeas nos empujan y también las decisiones judiciales sobre los IPT nos fuerzan a repensar y reordenar todos estos procesos en un nuevo Real Decreto.

**IPA.**– Comparto que la ambición de reformar la Ley de Garantías puede ser desmesurada porque requiere de un consenso muy amplio. Y también comparto



que se pueden hacer avances sencillos: ¿quién tiene que presentar la documentación?, ¿quién está evaluando esa documentación?, ¿cuándo se empieza a evaluar?, ¿cuál es el plazo límite que va a tener?, etc. Es crucial el respeto mutuo entre la administración y la industria. No cumplir los plazos no puede ser la dinámica común por ninguna de las partes en estos procedimientos, por lo que un calendario y cronograma sería ya un avance importante para saber en qué momento un medicamento entrará en la comisión interministerial de precios. Luego en el nuevo procedimiento europeo la evaluación que se haga debe estar muy bien hecha para evitar duplicidades cuando llegue al Ministerio, de partes que no se hayan evaluado correctamente en el informe HTA. Y también aclarar bien cómo van a ser los procedimientos, qué documentación habrá que enviar en cada momento, etc.

**PGP.**– Nuestro sistema necesita dos cosas sustanciales: no hay ningún país del entorno europeo donde se haya definido tecnología sanitaria como se define en España. Es un problema que separemos técnicas, tecnologías y procedimientos que van por el reglamento 1030/2006 y medicamentos que van por la Ley de Garantías. Sobre todo cuando entorno a cada uno se desarrolla una estructura legislativa compleja (comisiones, agencias HTA, nodos de profesionales, etc.). Deberíamos tener la capacidad de aglutinar estos dos procedimientos y ganar fuerza en calidad de evaluación, aprovechando mejor el músculo que tenemos de profesionales dedicados y expandiendo el ámbito de evaluación de las agencias HTA. Otra idea sería definir en qué consiste el valor terapéutico incremental del medicamento. El valor social no deja de ser un complemento del valor terapéutico. Aquí también tenemos referencias de otros países con modelos clarísimos de clasificación de la innovación (Alemania, Francia, Austria), o los que han puesto el foco en los AVAC y otras derivaciones. Parece que en España estamos en medio, sin acabar de definir nada.

**IPA.**– Y las mejoras que necesitamos en obtención de datos epidemiológicos para cuantificar las enfermedades en España, lo cual es un problema con la cantidad desbordante de innovaciones que tenemos.

**PGP** – Sí, pero deberíamos poner en foco en el consumo de farmacia en oficinas de farmacia (12.000 millones) versus los hospitales (más de 9.000 millones). Claro que hay una preocupación sobre las 50-60 innovaciones que llegan cada año, pero uno no puede poner la carga de la prueba solo en lo inmediatamente necesario, cuando el sistema cubre necesidades que van más allá y que están bastante sosegadas en el conjunto de la población. Y en cuanto a los plazos, el sistema está desbordado por toda la información que debe procesar con los recursos de que dispone. Se podría desarrollar un sistema de información para seguir el estado de los expedientes, sólo depende de poner los recursos suficientes.

**JMLA –Pero para cerrar esta primera parte, ¿creéis que actualmente uno de los problemas que hay en el actual sistema de financiación y precio viene de ir poniendo parches y de hacer falsas promesas de grandes cambios legislativos? ¿Y cómo veis la reforma europea, será otra pequeña modificación legislativa o una oportunidad para un gran cambio?**

**IPA.**– Hay una parte de la ley que es fundamental, que es la referente a los precios de referencia, que actualmente lastra y perjudica al SNS y a las empresas. El sistema de precios de referencia necesita una modificación urgente porque no tiene espíritu de valor terapéutico, simplemente de sostenibilidad, y tampoco tiene dinamismo. Tenemos ahora mismo muchísimos medicamentos que se están perdiendo porque son dosis pequeñas de medicamentos convencionales porque se fija el precio por miligramo y tienen unos precios bajísimos y sin posibilidad de incrementar. Luego tenemos medicamentos que suponen mejoras respecto a medicamentos clásicos porque tienen un dispositivo innovador, porque hay un cambio en la formulación. Pues el sistema de precios de referencia en estos casos no reconoce el valor terapéutico adicional y desincentiva este tipo de innovaciones. El resto se podría desarrollar en un RD de precio y financiación o un RD de evaluación de tecnologías que podría ser más ambicioso y contemplar también modificaciones en el proceso de financiación para vincularla a la evaluación.

**PGP.**– A mí me parece absolutamente innecesario hacer un cambio sustancial de la Ley de Garantías. Veo más necesario un cambio organizativo, y que no se haga simplemente por obligaciones de la UE. De lo que comenta Isabel, me ha sorprendido que empecemos hablando de la necesidad de reconocer la innovación y de hacer reformas organizativas de nuestro SNS y acabemos diciendo que lo que realmente tenemos que cambiar es el artículo de los precios de referencia, que al final son cuatro artículos: 91.2, 91.4, 91.6 y el 96. ¿Qué es exactamente lo que queréis cambiar de los precios de referencia?

**IPA.**– Pues habilitar a la Comisión Interministerial de Precios para revisar el precio al alza de los medicamentos que considere necesarios de los conjuntos de referencia; y que los medicamentos que supongan una ventaja clara, como por ejemplo cualquiera que mejore la biodisponibilidad (menos dosis para el mismo efecto terapéutico) no entren a un precio inferior.

**PGP.**- En cuanto a las revisiones al alza, es decir, posibilidad de modificar el sistema de precios de referencia en los conjuntos, eso está habilitado en el art.4, otra cosa es que no se haga porque no se considere pertinente o que la ventana temporal sea limitada. Aunque no creo que sea una prioridad del sistema. Respecto a tu segunda idea de biodisponibilidad, me llama la atención porque en la modificación normativa del año 1999 se introdujo el rango terapéutico

(agrupaciones por miligramos) en un RD que impugnó Farmaindustria. Y otro RD en el que se introdujo el concepto de innovación galénico también fue impugnado por Farmaindustria.

**IPA.**– Cierto, pero se debería hacer bien. Con consulta pública y permitiendo comentarios y alegaciones.

**JMLA –La comisión de precios ha ido variando su composición (las CCAA entraron a formar parte) y ha habido propuestas de modificación, como la de la AIReF. ¿Cómo creéis que afecta a la financiación y precio, habría que cambiar el modelo?**

**IPA .-** La composición de la Comisión Interministerial de Precios no está dentro de la Ley de Garantías, está en el RD de estructura del Ministerio de Sanidad del 2007. Cuando se incorporaron las CCAA, el objetivo era mejorar la cohesión y evitar la disparidad entre ellas una vez tomada la decisión de precios. Conviene concretar quién asiste, qué tiene que hacer y para qué. Por ejemplo, si lo que tiene que hacer es decidir sobre un precio máximo o un precio de compra. También definir cuáles son los roles que tienen el Ministerio de Hacienda y el de Industria en la comisión. Y que se active lo que recoge la Ley de Garantías sobre el PIB: que a igualdad de condiciones aquella compañía que aporte al PIB tenga una mejor financiación. Lo que está claro es que ahora tenemos una oportunidad y no hace falta cambiar la Ley de Garantías, salvo que se quiera que el precio lo fije otro órgano colegiado.

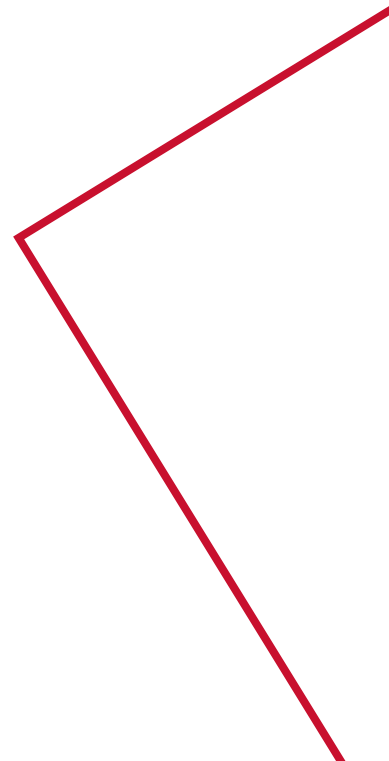
**PGP.**– Sobre la Comisión Interministerial es cierto que ahora es más complicado tomar decisiones porque, como decía Félix, ha derivado en una asamblea. Sin embargo le veo otras deficiencias que no tienen que ver con el número de integrantes. La primera es la falta de un principio de jerarquía. Y es que las decisiones que se toman tienen un valor estético, pues los precios que se definen son luego reacondicionados en los modelos de acceso a nivel de los hospitales y la estructura del modelo es reevaluada a nivel de cada CCAA. Y la segunda deficiencia tiene que ver con el principio de igualdad territorial, que en la práctica no se cumple ya que luego se producen desigualdades en acceso según CCAA.

**JMLA. – Para seguir avanzando, la DG de Cartera y Servicios de Farmacia está abogando por que las decisiones sobre precio que se tomen no sean de todo o nada y también que sean reevaluables con el tiempo para modular la decisión tomada. ¿Creéis que debe ir por ese camino?**

**PGP.**– La capacidad de revisar las decisiones es una potestad que sólo tiene el regulador, y puede reevaluar de manera sistemática o puntual en el momento que quiera. La Administración puede abrir un expediente e iniciar la revisión; se puede hacer cada 15 días, cada 6 meses o cuando le interese. Y sobre la posibilidad de

una financiación adaptable, nuestro modelo no permite una financiación ponderada.

**IPA.**– Entiendo que desde el punto de vista académico el precio dinámico sea muy interesante. Tiene todo el sentido que, si tengo un medicamento con un nivel de evidencia bajo, fije un precio bajo inicial y según vaya recogiendo evidencias revise el precio con la compañía y le reconozco el valor añadido que tenga. Pero desde un punto de vista práctico, estamos hablando de un mercado, unos lanzamientos, unas innovaciones en donde es muy importante el tiempo. Para una compañía, el período inicial es el más importante para recuperar la inversión. Por desgracia, aceptar un precio bajo con el compromiso de revisión a los dos o tres años no es viable, ya que luego no le van a subir el precio y el gerente que lo compre no va a admitir comprar más caro. También es probable que en el momento de la revisión de precio ya exista un medicamento de la misma familia y mecanismo de acción que contribuya a la sostenibilidad, por los que este precio dinámico no es realista. Y finalmente, tenemos que revisar en algún momento la forma como gestionamos la restricción a la financiación. Si se toma la decisión de financiar con una restricción a la financiación por grupo de pacientes, siempre vas a dejar a un grupo fuera. Si, además, el nicho seleccionado depende del ensayo clínico, deja fuera grupos de pacientes que no pueden participar en el ensayo. En cambio, hay otro tipo de modelos de financiación que sí que permiten gestionar esa incertidumbre con resoluciones que incorporen diferentes perfiles de pacientes.





## Mesa de ponencias 1

### La irrupción de nuevas tecnologías en atención sanitaria: oportunidades y aprendizajes

**Modera: Lluís Segú Tolsa**

Socio Director-Principal  
Consultant, Pharmalex.  
Profesor asociado de UPF-BSM

**Presentación.-** Nuestro sistema tiene que afrontar una demanda creciente con los recursos de los que disponemos y harán falta cambios organizativos que le den respuesta. La pandemia nos trajo dos cosas relevantes (1) alguien por fin se dio cuenta de la relación que hay entre salud y economía y (2) la necesidad de cambiar la atención sanitaria presencial. En esta mesa vamos a ver cómo está ahora la implementación de las consultas a distancia (telemedicina, telefarmacia, etc.) con expertos que presentaran proyectos con resultados contrastados.

### Telemedicina en Atención Primaria: qué pasa en la Cataluña post-Covid

**Francesc López Seguí, PhD**

Cátedra TIC Salut Social. UVic

Me encomendaron hablar de telemedicina y os presento una primera aproximación que tiene una voluntad muy empírica. A menudo se habla en términos grandilocuentes como “revolución digital”, pero ¿qué es realmente lo

que está pasando? Pues empezando por el final, la telemedicina que hay es el teléfono. La pregunta de mi presentación es ¿cuál es la telemedicina real en Catalunya? ¿Dónde y cómo se hace?

En Cataluña el sistema sanitario está organizado en 4 verticales (primaria, intermedia, salud mental y hospitalaria). En Cataluña hay 377 centros de atención primaria que comparten un único sistema de información. Eso es esencial si se quiere hacer evaluación. Podemos repasar experiencias de telemedicina en centros de atención intermedia, salud mental o hospitales, pero son ejemplos solamente, no hay nada sistémico. En atención hospitalaria se hace más telemedicina que hace 5 o 10 años, pero no hay una manera de tener una imagen de sistema. Claro que SAP permite videollamadas integradas, pero, hasta donde yo sé, nadie utiliza esas modalidades de forma sistemática.

Nos centramos en el ámbito de la atención primaria en Cataluña y en las visitas no presenciales, que son eminentemente las telefónicas y las teleconsultas. En el período desde justo antes del COVID hasta ahora, se han hecho 267.000 visitas por día laborable. De estos datos, sabemos el tipo de visita, el profesional que atiende (50% son de medicina familiar y 30% enfermería) y el diagnóstico principal que informa el motivo de la consulta.

En el año 2020, el 31% de las visitas fueron presenciales y en 2024 esta cifra ha subido hasta el 47%. La atención presencial bajó, sobre todo, en favor de la visita telefónica, no de la teleconsulta (e-consulta) ni mucho menos de la videollamada (solo 50 visitas de las 260.000 diarias). En Cataluña la teleconsulta funciona desde el año 2015, pero hasta el año 2020 nadie la utilizaba. En 2020 empezó a usarse, representando un 5% de las visitas, hasta llegar a un pico del 11% en el año 2022, y luego ha bajado hasta el 5% en 2024. Volviendo a la pregunta inicial ahora estamos en un 20% de atención no presencial (de lo cual casi toda es telefónica) y sabemos que tuvo una gran utilidad pero tengamos claro que son principalmente visitas telefónicas.

Nos quedan preguntas para el futuro en clave policy-making: ¿cómo interaccionan las presenciales y las no presenciales?, ¿realmente sirven para sustituir a la presencial?, ¿tendría más sentido estudiar la no presencialidad por diagnósticos (ej. foco en salud mental) ?, ¿quiénes son los ganadores y perdedores de la no presencialidad en términos de equidad?

# Experiencias recientes en teledermatología

## Dr. Guillermo Romero Aguilera

Jefe Servicio de Dermatología,  
Hospital General Universitario  
de Ciudad Real

DerCam es un sistema diseñado por el clínico y para el clínico. De acuerdo con datos de Reino Unido, USA, Holanda y España, la visitas por problemas de la piel suponen una de cada 4. Analizando en nuestro entorno el rol del médico de primaria como gatekeeper, hemos visto que un 40% de las derivaciones a dermatología son evitables y que, en parte, es por falta de formación. Con esos datos, en 2017 el SESCAM impulsa DerCam para implantar un programa de teleconsultas entre el médico de primaria (que sacaba las fotos) y los dermatólogos.

La teledermatología empezó como herramienta para llegar a zonas rurales (áreas de difícil acceso), en las que no era posible tener al paciente delante. Luego se implementa también en el ámbito urbano y llega a su madurez en 2011, con más de 300 revisiones sistemáticas que validan su uso para el diagnóstico y manejo. La teledermatología rompe barreras de acceso geográfico y en tiempo, muy importante por su impacto en el ámbito laboral también. En España entre 2009 y 2014 se pasa de 25 a 70 centros con teledermatología, aunque solo un 1% la usaban. Si miramos la opinión del médico consideran que mejora el manejo, la coordinación con primaria, evita visitas, prioriza urgencias, etc. Luego en la práctica hay otros indicadores de calidad que hay que tener en cuenta: tecnología ágil y amable, formación, horas de agenda disponibles, utilidad para el paciente, etc.

Con el COVID se multiplicó su uso y actualmente 2 de cada 3 centros ya disponen de teledermatología. Ha aumentado el uso del móvil como instrumento y también de la dermatoscopia, e incluso la derivación desde primaria ya obliga a su uso. Ahora todos los pacientes tienen imágenes de primaria, se bajaron los tiempos de espera a menos de 5 días, se evitaron visitas al hospital, y más o menos evitamos la mitad de las consultas. En SESCAM el tiempo de espera para ver al dermatólogo son 18 días mientras que la media en España es de 94 días. El 60% de los dermatólogos que hacen telemedicina en 4 días han dado una respuesta. El 75% usan la dermatoscopia, que es crucial para detectar lesiones cancerosas de la piel. Comparto como fundamental lo que se ha comentado en la mesa anterior sobre los sistemas de información, especialmente para el potencial que tenemos en futuro con herramientas de inteligencia artificial.

# Iniciativa NAVETA de Telefarmacia asociada a standard set de PROMS para implementar una atención farmacéutica basada en VALOR

**Dr. Gabriel Mercadal Orfila**

Presidente FARUPEIB (Balears),  
Profesor asociado Bioquímica  
UIB

El proyecto Naveta es de telefarmacia con asistencia telemática por parte de equipos multidisciplinares y centrada en el ámbito de la digitalización de PROMs y PREMs. El primer mensaje, que es el más importante: no incorporar PROMs y PREMs en la práctica clínica diaria penaliza la efectividad, la seguridad y la eficiencia.

Los PROMs y PREMs se usan muy poco, y suelen quedar circunscritos solo a estudios y ensayos clínicos, a pesar de que siempre aparecen en una mesa de todos los simposios y congresos. Nosotros empezamos en el año 2020, cuando nos ponen una plataforma para visitas telemáticas (Phemium), y pensamos en la iniciativa Naveta como una forma de aprovecharla para mejorar la gestión clínica (optimizar procesos, romper con la jerarquía en las decisiones, gestionar el cambio, etc.) e incorporar los PROMs y PREMs para la mejora de la práctica clínica asistencial.

En este contexto el papel que podía jugar la farmacia hospitalaria en la asistencia sanitaria basada en valor era el de personalizar el abordaje de la farmacoterapia, medir resultados y costes por paciente, alinearlos con el reembolso por valor (¿pagamos por cajas, por comprimidos o por lo que aporta el fármaco?), integrar sistemas, y hacer una atención farmacéutica que incorpore PROMs y PREMs. El paciente forma parte del equipo asistencial y debe estar en la toma de decisiones para que sea más adherente y tenga mejores PROMs y PREMs. Solo un 7% de servicios de farmacia hospitalaria utiliza los PROMs y PREMs en la práctica clínica diaria. Así que realmente no se usan en el seguimiento habitual de pacientes, en parte, porque no hay una integración de sistemas, y también falta digitalización de encuestas.

Apps para recoger PROMs y PREMs hay muchísimas pero lo que hace diferencial el proyecto Naveta es el equipo, que son los que determinan el set estándar de PROMs y PREMs según la patología que necesitamos abordar. El equipo estudia y

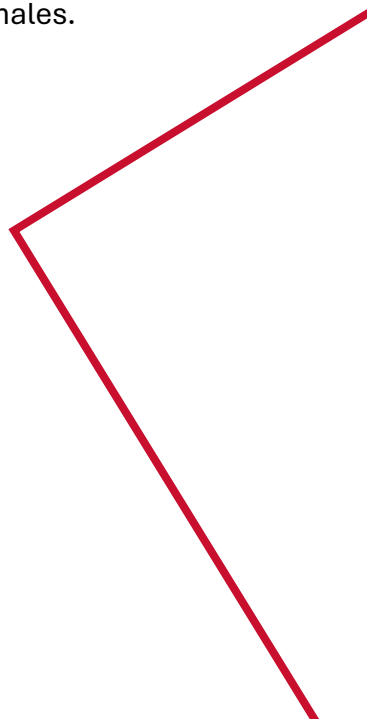


decide qué PROM pasar y cómo pasarlo y hacer el seguimiento. Ahora llevamos ya más de 24 patologías para las que hemos determinado por consenso los sets de indicadores y para el 2024-25 estamos trabajando en el Naveta-trasplante y Naveta-obesidad.

Desde el año 2020, Naveta ha estado en 64 hospitales de España, con casi 100 PROMs y PREMs desarrollados, para 4.000 pacientes, más de 20 patologías, etc. No todo es práctica clínica diaria, también se está utilizando en estudios fase IV. Uno de los grandes retos es mejorar la ratio de respuesta (46% actualmente). El principal sistema de información con los pacientes es el chat junto con los cuestionarios asociados a las patologías. Gracias al proyecto, por ejemplo, pacientes de asma se estabilizan más rápidamente porque podemos detectar crisis y cambiar la medicación sin esperar a la visita con el neumólogo (ejemplo de efectividad). También a nivel grupal, analizamos el uso de biológicos en psoriasis y detectamos un 40% de uso inadecuado (eficiencia). Monitorizamos también efectos adversos (seguridad) para hacer revisiones de farmacoterapia.

Presentamos un estudio en el contexto de Baleares sobre 3.000 pacientes para los que, si tenían PROMs en verde, no les hacíamos ir al hospital, sino que les mandábamos la medicación al centro de salud. En PREMs, miramos el efecto sobre 1.300 pacientes y lo que vimos es que las mujeres y las personas con nivel socioeconómico más bajo puntúan peor la coordinación de la atención (analíticas, pruebas, visitas de control, etc.). En cambio, aquellos con patologías que disponen de unidades funcionales cuentan con mejor coordinación de la atención.

Termino con oportunidades, barreras y retos. Oportunidades: mejorar los resultados en salud, reducción de costes, participación del paciente en la toma de decisiones. Barreras: brecha digital, infraestructura tecnológica, resistencias al cambio, inequidades en el acceso. Retos: alineación de incentivos y objetivos de profesionales sanitarios y pacientes, establecer estándares y protocolos, educación en PROMs/PREMs y capacitación tecnológica de los profesionales.





## Mesa de ponencias 2

### Casos de Gestión Sanitaria: Análisis de la eficiencia en los servicios de salud

**Modera: Jaume Puig Junoy, PhD**

Distinguished Professor UPF-  
Barcelona School of  
Management

**Presentación.-** La segunda mesa de esta mañana es sobre casos de gestión sanitaria o, desde el punto de vista de la economía, casos de análisis de eficiencia. Los títulos de las presentaciones incluyen, por ejemplo, despilfarro, convertir datos en conocimiento o cómo “menos” puede ser “más”.

### Aproximación al despilfarro en el SNS: del 30% de Donald Berwick a la conjetura de Carlos Campillo

**Salvador Peiró Moreno, PhD**

Fundació per al Foment de la  
Investigació Sanitària i  
Biomèdica de la Comunitat  
Valenciana (FISABIO), València

Esta charla tiene su origen en 2012, en una conversación sobre un artículo de Donald Berwick donde calculaba la proporción del despilfarro en el sistema sanitario de Estados Unidos. Berwick lo estimaba en torno a un 30%. Y,

discutiendo estas cosas, Carlos Campillo dijo que “en España la proporción de despilfarro es de al menos el 30%”, similar a la de Estados Unidos”.

Berwick entendía el despilfarro como recursos que no aportan valor. Podían ser equipamientos, fármacos, pruebas diagnósticas, tiempo de los profesionales o cualquier otro recurso, y podía traducirse a una medida común: el dinero (gasto). Estructuraba el despilfarro en varias fuentes: i) fallos en la atención, ii) fallos de coordinación, iii) sobreutilización y atención de bajo valor, iv) complejidad administrativa y rigidez burocrática, v) precios excesivos y vi) fraude, abuso y mala gobernanza. Vamos a seguir este esquema para analizar cómo aplica al sistema de salud español.

Hay que avanzar que el despilfarro no es solo gasto directo. Cuando, por ejemplo, no se controla una diabetes, el despilfarro también incluye el gasto derivado de los problemas que habrá que afrontar en este paciente por no haberlo controlado adecuadamente (aunque la atención prestada a estos problemas sea adecuada). Cuando hablamos de sobreutilización, no es solo el gasto de la medicación que no debería haberse prescrito o el tratamiento que no debería haberse prestado, sino también todas las complicaciones que pueda haber producido dicho tratamiento. José Mira analizó las recomendaciones “Do-not-do” en 2557 historias clínicas y estimó en un 5,3% la incidencia de efectos adversos asociados a actuaciones que no se hubieran debido hacer según estas guías. Un metaanálisis de estudios observacionales de control de hipertensión en España estimó que el 66% de los hipertensos no estaba controlado. Este porcentaje subía al 87% en pacientes de alto riesgo.

Jesús Aranz lideró diversos estudios sobre efectos adversos de la atención sanitaria del SNS en la década 2000-2010. En atención primaria encontró un efecto adverso por cada 1000 visitas. Una cifra aparentemente baja pero que multiplicada por los 300 millones de visitas/año supone tres millones de efectos adversos al año, de los que casi 300.000 serían graves y dos millones serían evitables.

En hospitales, teniendo en cuenta que hacemos entre 5 y 6 millones de hospitalizaciones anuales, tendríamos 450.000 efectos adversos/año, de los cuales 90.000 serían graves y 200.000 evitables. En urgencias hospitalarias hablaríamos de 2,7 millones de efectos adversos al año. Respecto a hospitalizaciones evitables, la mayor parte de estudios con Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) estiman que en torno al 10% de las admisiones y el 30% de las estancias son “inapropiadas”.

Cifras enormes que implican un gasto enorme. Y aunque es difícil desagregar lo que es despilfarro en todo esto, no sería improbable que el 10% del gasto sanitario

se derivara de no tener control sobre los pacientes, los medicamentos que usamos, tener efectos adversos, etc.

Sobre atención de bajo valor hay mucha literatura bajo distintos nombres (atención innecesaria, inadecuada, inapropiada, sobreutilización, sobreuso, sobrediagnóstico, “menos es más” y otras). En España, tenemos muchos estudios gracias al proyecto Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. En algunos territorios tenemos 100 ingresos por cada 1000 habitantes de más de 80 años mientras que en otros alcanzamos los 800 por cada 1000. Hay lugares en los que, ajustando las diferencias poblacionales, se opera entre 15 y 20 veces más que en otros con tecnologías similares.

Un estudio de Ildefonso Hernández en dos hospitales analizó el uso inadecuado de pruebas de imagen. Un 40% de las pruebas se consideraron innecesarias y suponían alrededor del 30% de la radiación recibida por los pacientes. Es un dato importante porque algunos estudios sugieren que entre el 5-7% de los cánceres se originan en la radiación de las pruebas de imagen. En laboratorio, también hay muchos estudios acerca de las pruebas diagnósticas innecesarias. Un estudio de María Salinas en el Hospital de San Juan mostró una reducción del 70% en la solicitud de pruebas de ácido úrico tras una intervención informativa y cambio de formulario. Nosotros estudiamos el uso inadecuado de la colonoscopia en un hospital terciario, según los criterios EPAGE y EPAGE-II (el European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy cambió los criterios a medio estudio), y vimos que el 27% de las colonoscopias según EPAGE y el 17% según EPAGE-II eran innecesarias. Los estudios de José María Quintana sobre cirugía electiva de bajo valor muestran cifras del 20% para cirugía de cataratas, 12% para artroplastia de rodilla y del 5-14% para artroplastia de cadera. Así pues, en el contexto de la atención de bajo valor, y aunque resulte muy difícil de cuantificar, parece que en el SNS probablemente suponga más de un 10% de su gasto total.

También están los fallos de coordinación, eficiencia técnica y otras fuentes de despilfarro: pruebas duplicadas, estudios preoperatorios que no harían falta y además deben repetirse debido a las esperas, exceso de días de hospitalización derivados de retrasos en su realización, mala programación de las visitas de seguimiento, utilización del hospital para atender problemas resolubles en atención primaria, de médicos para atender problemas resolubles por cuidados en enfermería y de profesionales médicos o de enfermería para realizar procesos administrativos, deterioro de los pacientes en esperas prolongadas, uso de la hospitalización de agudos para atender pacientes manejables en hospitalización a domicilio, rigidez del marco administrativo, mecanismos de fijación de precios y de compra que no aprovechan suficientemente el poder de compra del sector público, no consideración de la relación coste-efectividad marginal,

infrautilización de la cirugía sin ingreso, rigidez del marco administrativo, etc. Destaco un estudio de Oyagüez et al que comparaba tratamientos nuevos aprobados en España en segunda línea del cáncer con el comparador del ensayo clínico de autorización, analizando los costes, los beneficios en supervivencia y el coste incremental del tratamiento. En algunos casos el coste incremental por AVAC ganado sería de 3 millones de euros.

Finalmente, tenemos la manía de buscar constantemente lo que se conoce como la distribución justa del despilfarro. Y no existe una distribución justa del despilfarro. El despilfarro es injusto en sí mismo. En conclusión, sin poder realizar una estimación mínimamente exacta, existen numerosos indicios y observaciones que sugieren que la conjetura de Campillo es razonablemente aproximada. Uno de cada 4 euros gastados en el SNS podría no estar aportando valor en términos de salud y bienestar. Es posible que una cierta proporción de despilfarro sea inevitable, pero siempre son recursos que se detraen de la atención a otros pacientes.

## Reversión quirúrgica. Barreras y limitaciones para dejar de hacer cirugías inútiles y que hacen daño

**Dr. Julio Doménech Fernández**

Departamento de Cirugía  
Ortopédica y Traumatología.  
Clínica Universidad de Navarra

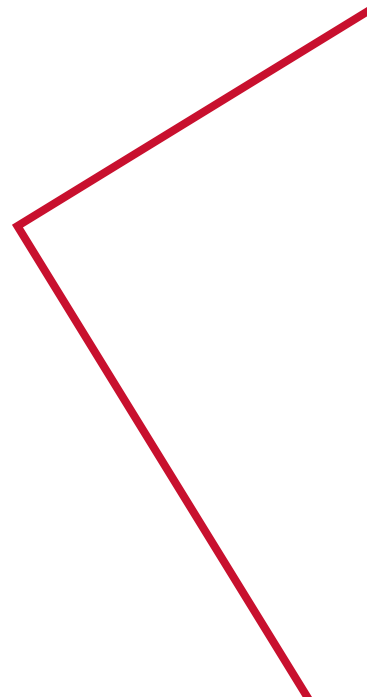
La reversión quirúrgica es un fenómeno de reciente descripción, pero que siempre ha existido en la historia de la medicina. Hay ciertas patologías en las que prácticamente todos los médicos hacemos lo mismo, sin embargo, hay otras en las que no. Por ejemplo, la cirugía de columna depende fundamentalmente de tu distrito postal, lo cual es sorprendente y excede cualquier variación justificada, pues no tenemos una epidemia de artrodesis vertebrales. Lo vemos en comparación con la prótesis de cadera, que apenas ha experimentado un aumento, y vemos que también ocurre en otros países.

¿Esto está justificado por la evidencia? En un metaanálisis con 3 ensayos clínicos aleatorizados en los que comparan la fusión vertebral vs. tratamiento rehabilitador durante 10 años, vemos que no hay diferencias incluso 10 años después. En un ensayo clínico aleatorizado publicado en el NEJM que compara la liberación vs la liberación más fusión (poner tornillos) tampoco se detectan diferencias. Sin embargo, estas intervenciones se hacen cada vez más.

Fue en el libro de 2012, *Medical Reversal*, donde sus autores introdujeron el término de “reversión médica” para referirse a aquellas intervenciones médicas que continúan haciéndose a pesar de que evidencia de muy alta calidad indica que son inútiles. Sin embargo, continúan haciéndose.

En una revisión reciente de revistas de muy alto impacto (Lancet, Jama y New England) encontraron en 10 años casi 400 reversiones médicas para varias intervenciones, no solo para cirugía. Por ejemplo, para el síndrome subacromial, el roce que se produce entre la cabeza del fémur y el manguito de los rotadores, se ha hecho un ensayo clínico aleatorizado que compara la descompresión subacromial por artroscopia versus artroscopia placebo y no hay diferencias ni a los seis meses ni al año. Esto se ha repetido en distintos ensayos clínicos y sabemos que inyectar cemento en la vertebra en comparación con una operación simulada no da diferencias en el corto ni en el largo plazo.

¿Cuáles son las causas que lo explican? La medicina basada en la evidencia (MBE) está agonizando, la industria lidera la formación y la investigación, existen discrepancias en la autorización de fármacos y cirugía, la reversión recibe poca atención, exceso de fascinación tecnológica, las alternativas a veces son poco eficaces, los profesionales clínicos no siguen las guías de práctica clínica (GPC), las GPC no siguen la MBE, y existen conflictos de interés de los líderes de opinión. Y termino con las soluciones: formación en MBE, agencias de evaluación de productos sanitarios, formación de pacientes, limitación de la financiación cuando no hay resultados que la justifiquen, campañas, incluir la reversión en los indicadores de calidad, y divulgación en congresos y revistas.





**BARCELONA  
SCHOOL OF  
MANAGEMENT**

