

**III Foro NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos  
Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria  
INICIATIVAS DE MEJORA DE GESTIÓN EN EL  
SNS: MEDIDAS DE CAMBIO MÁS ALLÁ DE LOS  
DIAGNÓSTICOS**

**Relatores:**

Juan Oliva Moreno

José María Abellán Perpiñán

Natàlia Pascual Argenté

Jaume Puig-Junoy

**Curso 2024 - 2025**

*UPF-BSM Health Management Briefs #3*

Citar como:

Health Management Unit (2025). "III Foro NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria. Iniciativas de mejora de gestión en el SNS: medidas de cambio más allá de los diagnósticos". UPF-Barcelona School of Management. Health Management Briefs #3

Este documento proporciona la síntesis y las conclusiones derivadas del III Foro NORTE “Iniciativas de mejora de gestión en el SNS: medidas de cambio más allá de los diagnósticos”. El encuentro de expertos se celebró en Barcelona el día 7 de noviembre de 2024 en el marco de la cátedra GSK NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria”, de la UPF Barcelona School of Management. El encuentro se celebró por invitación y contó con más de 20 expertos que intercambiaron sus experiencias y reflexiones en la sede de la UPF Barcelona School of Management.



### **Financiación**

El III Foro Norte sobre el Modelo de Financiación Territorial y de Financiación y Evaluación de Innovaciones en el Sistema Nacional de Salud se ha realizado en el marco de Cátedra con GSK “NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria”, de la UPF Barcelona School of Management mediante una addenda al convenio de financiación no condicionada firmado el 11 de julio de 2023.

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
MESA 1. CAMBIOS EN EL HORIZONTE DE LA EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS .....	5
MESA 2. DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN A LOS CAMBIOS NECESARIOS EN EL SNS ANTES DE 2030 .....	13
PARTICIPANTES.....	17
EQUIPO ACADÉMICO.....	19

## INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del encuentro era el de reunir a expertos en economía pública, economía de la salud y destacados gestores con responsabilidades en la gestión sanitaria y farmacéutica en España, para debatir en profundidad y con conocimiento basado en la evidencia sobre propuestas de medidas de cambio más allá de los diagnósticos en la gestión actual del SNS, todas ellas diseñadas con las luces largas del medio plazo y la vista puesta en la experiencia internacional y las evaluaciones de lo que funciona o no funciona en salud:

- (i) cambios en el horizonte de la evaluación de medicamentos, y;
- (ii) del dictamen de la comisión para la reconstrucción a los cambios necesarios en el SNS antes de 2030.

## MESA 1. CAMBIOS EN EL HORIZONTE DE LA EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS

La mesa de la mañana del III FORO NORTE tuvo por lema “Cambios en el horizonte de la evaluación de medicamentos”. El planteamiento de esta mesa se basó en la idea de presentar, analizar y debatir los principales cambios en el horizonte en la evaluación de medicamentos en España, tanto a corto plazo como a medio plazo. En este sentido, se eligió centrar la atención de los ponentes y de los asistentes en tres aspectos fundamentales. En primer lugar, la evaluación de los aspectos clínicos, incluyendo la efectividad incremental o valor terapéutico añadido, además de la clásica evaluación de eficacia y seguridad. En segundo lugar, la imprescindible evaluación no clínica de los medicamentos, así como las repercusiones de los cambios en la organización y toma de decisiones de financiación y precio. Y, en tercer lugar, un análisis del papel de la guía de evaluación económica encargada por el Ministerio de Sanidad al Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica (CAPF) y su relación con el pasado y presente de la evaluación económica y su papel en la toma de decisiones.

La sesión fue moderada por el profesor Jaume Puig-Junoy, profesor de la UPF-BSM. La primera ponente que inició la sesión fue María Jesús Lamas, doctora en Farmacia y directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) desde el año 2018, quien se encargó de presentar una ponencia sobre las implicaciones para la evaluación clínica en España del nuevo reglamento europeo sobre “*Health Technology Assessment*” (HTA) o evaluación de tecnologías sanitarias (ETS). Los principales puntos tratados que destacamos de su presentación fueron los siguientes: (a) el análisis del Reglamento HTA europeo, (b) el análisis del Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y (c) la integración de la evaluación europea en el sistema español de ETS.

El Diario Oficial de la Unión Europea publicó con fecha 22 de diciembre de 2021 el [REGLAMENTO \(UE\) 2021/2282 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE](#). La ponente señaló que la fecha de adopción de este Reglamento fue el 21 de diciembre de 2021 siendo el 12 de enero de 2025 la fecha prevista de inicio de aplicación del mismo. Señaló tres objetivos principales de este Reglamento. En primer lugar, contribuir a mejorar la disponibilidad para los pacientes de la UE de tecnologías innovadoras en el área de la salud, como medicamentos y ciertos dispositivos médicos. En segundo lugar, garantizar un uso eficiente de los recursos y reforzar la calidad de las evaluaciones de HTA en toda la Unión Europea. Y, en tercer lugar, reducir la duplicación de esfuerzos para las autoridades nacionales de HTA y la industria, lo cual facilitará las predicciones empresariales y garantizará la sostenibilidad a largo plazo de la cooperación HTA de la UE. Asimismo, destacó que este Reglamento proporciona un marco transparente e inclusivo al establecer un Grupo de Coordinación de autoridades, una red de partes interesadas y al establecer

reglas sobre la participación en evaluaciones clínicas conjuntas y consultas científicas conjuntas de pacientes, expertos clínicos y otros expertos relevantes.

En el marco de este Reglamento así como del [Reglamento de Ejecución](#) del mismo, la Dra. Lamas puso de relieve dos definiciones operativas importantes que aporta el nuevo marco normativo europeo: la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS) y la evaluación clínica conjunta. La ETS es un proceso multidisciplinar que resume información sobre los aspectos médicos, sociales y relativos a los pacientes, y las cuestiones económicas y éticas relacionadas con el uso de una tecnología sanitaria de manera sistemática, transparente, imparcial y rigurosa. La evaluación clínica conjunta consiste en la recopilación científica y la descripción de un análisis comparativo de los datos clínicos disponibles sobre una tecnología sanitaria en comparación con otra u otras, de conformidad con un ámbito de evaluación acordado (PICO) y basada en los aspectos científicos de los ámbitos clínicos de la ETS, la descripción del problema sanitaria, la descripción y la caracterización técnica de la tecnología sanitaria, la eficacia clínica relativa y la seguridad relativa de la tecnología sanitaria. La panelista enfatiza que tanto el Informe de evaluación clínica conjunta como el informe resumido, no contendrán ningún juicio de valor ni conclusiones sobre el valor clínico añadido.

Sobre cómo y cuándo se desarrollará la evaluación clínica conjunta, la Dra. Lamas resume el procedimiento de la siguiente manera: el desarrollador (DTS) presentará, al mismo tiempo que a la EMA, la parte clínica del dossier al Secretariado ETS (CE); la Comisión informará al desarrollador de TS (DTS) del ámbito de evaluación (PICO) y solicitará la presentación del expediente (1º solicitud, 2ª y definitiva si fuera necesario)- día -45 CHMP; un evaluador (+ co-evaluador) elaborará los proyectos de evaluación clínica conjunta (ECC) y de informes resumidos; el Grupo Coordinador aprobará los proyectos de ECC de medicamentos antes de 30 días post decisión de autorización de comercialización por la CE; a petición del evaluador y co-evaluador, la Comisión pedirá al DTS datos adicionales; el evaluador podrá recurrir a bases de datos o registros de pacientes; si surgieran nuevos datos clínicos, el DTS informará de forma diligente al Grupo de Coordinación; pacientes, expertos clínicos y otros expertos pertinentes podrán hacer aportaciones a los proyectos de informe; los proyectos de informe se proporcionarán al DTS para señalar toda inexactitud meramente técnica o fáctica o la información confidencial; no habrá observaciones sobre los resultados del proyecto de evaluación.

El Reglamento establece que los Estados miembros (EE.MM.) deberán tener debidamente en cuenta la evaluación clínica conjunta en los procesos de ETS a nivel de estado, podrán extraer sus propias conclusiones sobre el valor clínico añadido en el contexto de su sistema sanitario específico y comunicarán a la CE cómo se han tenido en cuenta los informes de ECC antes de 30 días de su finalización. La CE resumirá las conclusiones y publicará cada año un informe para facilitar el intercambio de información entre los Estados miembros. Se podrá actualizar las ECC cuando uno o varios de los EEMM lo soliciten y cuando estén disponibles nuevas pruebas clínicas.

La finalidad última de la ETS en España es informar la decisión de precio y financiación. Por ello, el proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias en España crea el Sistema de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias que se organiza sobre

una gobernanza participativa y colaborativa, separa ámbitos de evaluación y decisión, identifica ámbitos clínicos y no clínicos (económico, ético, organizativo y social). En este marco, la evaluación sirve de base a la decisión, pero no es parte de la decisión y se califica como un proceso independiente, participativo, transparente, adaptativo, oportuno y amoldado a cada tecnología. El marco de la ETS es importante que siga manteniendo una troncalidad común pero una configuración separada para medicamentos, por un lado, y productos sanitarios y otro tipo de tecnologías, por otro. La ETS, única materia del proyecto de Real Decreto, se encuentra ubicada antes de la decisión de incorporación, financiación, precio o reembolso (CIPM, CPAF) y después de la autorización y comercialización. El sistema de evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias propuesto se compone de un Consejo de Gobernanza, Oficinas para la Evaluación de la Eficiencia y los Grupos de Posicionamiento.

Finalmente, la Dra. Lamas expone como la evaluación europea quedará integrada en el sistema español de ETS. La evaluación del valor clínico añadido por parte de la Oficina para la Evaluación de la Eficiencia se desarrollará dentro de la AEMPS y tendrá en cuenta la evaluación clínica conjunta, llevando a cabo una categorización del valor añadido a la que se añadirá la evaluación económica. Esta información será tenida en cuenta por los Grupos de Posicionamiento para la elaboración del Posicionamiento de la tecnología sanitaria representando la visión de pagadores, pacientes, profesionales y Ministerio de Sanidad. La decisión final de precio y reembolso corresponde a la CIPM.

En la segunda intervención, el Dr. César Hernández, Director General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia del Ministerio de sanidad, presentó una ponencia con el título “Reformas a la vista en financiación y precio de medicamentos. Lo que resuelven y lo que queda pendiente”. En primer lugar, el ponente puso de relieve la necesidad de que la cartera de servicios y prestaciones, definida en sus tres dimensiones clásicas (a qué población, a qué coste y con qué beneficio en términos de salud) debe ser sostenible y factible para un país con nuestro nivel de renta y con nuestra presión fiscal. Los servicios y prestaciones que se incorporan a la cartera de servicios (prevención, cribado, diagnóstico temprano, medicina personalizada, tratamientos en todas sus modalidades, etc.) compiten entre sí y deben ser evaluadas para garantizar la sostenibilidad y eficiencia del SNS.

El ponente expone que la estrategia SALUD de país se compone de tres líneas: la estrategia de la industria farmacéutica, la estrategia de la industria de productos sanitarios y la estrategia de datos en salud. La estrategia de la industria farmacéutica es una acción transversal de gobierno que trata de resolver, en un mismo plano, todas las implicaciones que esta industria tiene para el país (innovación, industria, acceso y sostenibilidad). Se despliega, en la parte sanitaria, por un conjunto normativo que incluye una nueva Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios (que sustituiría a la actual Ley de Garantía), el Real Decreto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y dos reales decretos de financiación y precio, uno de productos sanitarios y otro de medicamentos. Además hay otros textos relevantes como son los reales decretos de publicidad de medicamentos y productos sanitarios o el Real Decreto de medicamentos en situaciones especiales. Junto a los instrumentos legislativos, la estrategia fomenta instrumentos de gestión de la información como, entre otros, sistemas de seguimiento de los acuerdos de financiación (VALTERMED),

sistemas de información nacional de consumo de medicamentos y productos sanitarios o sistemas para la obtención de datos en vida real. Integra también planes, en marcha o nuevos, como el programa PROFARMA, medidas sobre las entrada de medicamentos genéricos y biosimilares, biomarcadores o, entre otros; nuevos modelos de gestión y acuerdos. Finalmente, el ponente destacó las directrices de desarrollo incluyendo aspectos como la evaluación económica de medicamentos, la gestión de la participación de las partes interesadas en los procedimientos de evaluación y decisión, los conflictos de interés, el tratamiento de la incertidumbre en la toma de decisiones, o el desarrollo de los criterios de financiación que se fijen legalmente.

El Dr. Hernández reiteró también que las etapas de evaluación y de toma de decisiones de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias deben ser claramente delimitadas con sus respectivas estructuras organizativas, competenciales y responsabilidades diferenciadas. En concreto, el ponente citó que existen dos procedimientos básicos, el de la autorización de comercialización y el de la decisión de financiación y precio. Por lo tanto, cualquier actividad intermedia entre una y otra debe tener como objetivo la ayuda a la toma de decisiones. En este sentido, los criterios por los que se toman estas decisiones (formalizadas en la ley o en el real decreto de financiación y precio) son las que deben guiar esta evaluación intermedia entre la autorización y la decisión de financiación y precio. Estos criterios serán revisados en la nueva ley y reglamentos de desarrollo, pero, aunque la ley no cambiara, existe una flexibilidad suficiente como para innovar en este campo.

A este respecto, una de las guías más relevantes es la de evaluación económica de los medicamentos. En España se han presentado diversas propuestas a lo largo de los últimos años y la más reciente es la que elaboró el Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica (CAPF). A lo largo del debate sobre su presentación, el director general de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, César Hernández, ha confirmado que esa guía será la que se utilice como base para generar, tras los procesos de participación que se llevarán a cabo, la guía de evaluación farmacoeconómica del RD de ETS.

La primera mesa de este FORO fue cerrada por Juan Oliva Moreno, catedrático de la Universidad de Castilla La Mancha, quien analizó la consideración de la eficiencia en la evaluación del medicamento en España, en especial a través de la Guía de evaluación económica del medicamento del CAPF, a la que también hizo referencia el segundo ponente de la mesa. La primera parte se centró en la consideración de la eficiencia en las decisiones actuales de precio y financiación en España, mientras que la segunda parte estuvo dedicada a la descripción y análisis específico de la citada guía. En una tercera parte de la exposición, el ponente analizó la inclusión de la eficiencia en los informes de evaluación de medicamentos en el Estado español y los posibles pasos a seguir.

En el contexto de la política del medicamento en el SNS, el ponente señaló que La evaluación de la eficiencia de los medicamentos y de otras tecnologías sanitarias (EETS) es una de las áreas de mayor interés en el estudio de la gestión y la política sanitaria. [El coste de oportunidad de no evaluar](#), es decir, el coste de no considerar la dimensión de la eficiencia, es muy elevado y supone un notable impacto para la población, en términos de salud y bienestar. Tanto los medicamentos como las tecnologías sanitarias constituyen un

sector económico relevante y conviene conjugar de forma adecuada los intereses de las políticas sanitaria e industrial. Asimismo, el elevado volumen de recursos que supone para el SNS la incorporación de nuevos productos y prestaciones justifica la necesidad de la evaluación de la eficiencia y debe constituir una evidencia de base para la cultura del buen gobierno en la gestión de procesos y recursos públicos.

El profesor Oliva señaló que adoptar la mejora de la eficiencia como guía de actuación supone tener en cuenta en las decisiones públicas qué se debe financiar y utilizar lo eficiente, no sólo lo efectivo. Desarrollando el argumento, desde el punto de vista social, no individual, la norma a considerar es la eficiencia, no solo la efectividad y la seguridad; ello implica que una prestación o un servicio para ser eficiente debe ser efectivo y seguro, pero además debe haber demostrado que vale, desde un punto de vista social, lo que cuesta. El ponente señaló que la consideración del criterio de eficiencia para la asignación de recursos públicos en la normativa sanitaria española, a pesar de su escasa aplicación, no es algo nuevo sino que viene de lejos. Véanse al respecto: Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud; Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones; Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Asimismo, el ponente destacó los documentos y recomendaciones elaborados desde 2019 en esta materia por el [Comité asesor de la prestación farmacéutica del SNS](#).

Tras esta primera parte, el profesor Oliva pasó a describir los objetivos, el proceso de elaboración y los principales aspectos de la [Guía de Evaluación Económica de Medicamentos del CAPF](#). Destacó que se trata de un instrumento metodológico, que debe servir de ayuda en la realización de evaluaciones económicas de medicamentos presentadas a la DGCF, así como en su revisión por parte de técnicos, en los procesos de evaluación y de toma de decisiones sobre el posicionamiento, la financiación y el establecimiento de los precios de los medicamentos, así como en posteriores revaluaciones de estos mismos. El contenido de la guía se basa en identificar y definir las secciones o dimensiones que debe contemplar un análisis de evaluación económica, diseñar un caso base y definir una lista de verificación para evaluar la calidad de la evaluación económica tanto por parte de los autores de la evaluación (auto-evaluación) y como por posibles evaluadores.

El grupo de trabajo inicial que elaboró la guía estuvo formado por los siguientes expertos designados por el CAPF: Marta Trapero (presidenta del grupo y vocal del CAPF), Juan Oliva (vicepresidente), Ferrán Catalá (vocal), Lidia García (vocal) y Lluís Segú (vocal). Cada componente del grupo de trabajo elaboró un borrador de cada dimensión individualmente. El borrador se revisó por pares y se envió al resto de los componentes del grupo de trabajo. Todos los borradores de las dimensiones se revisaron por todos los miembros del grupo de trabajo. Para la elaboración del contenido y forma final del primer borrador se tuvo en cuenta la definición del caso base, las recomendaciones de cada dimensión, la explicación de cada dimensión y un listado de comprobación. Posteriormente se realizó una revisión del documento por parte del CAPF, la DGCF y expertos externos. Se consideraron e incluyeron

todos los comentarios del CAPF. Posteriormente, se consideraron e incluyen los comentarios de la DGCF. Asimismo, se diseñó un formulario para recoger la opinión de aproximadamente 40 expertos de toda España en evaluación económica, y posteriormente el CAPF consideró e incluyó los comentarios más relevantes. Finalmente, el CAPF elaboró la versión final de esta guía entregada al Ministerio de Sanidad.

El ponente señaló que los documentos considerados como antecedentes para la elaboración del primer borrador de la guía fueron los siguientes: guías españolas previas – AETS/RedETS (López-Bastida et al., 2010), CatSalud (Puig-Junoy et al., 2014), SEFH (Genesis, 2017); Guías de ETS/EE de otros países seleccionados – Australia (PBAC, 2016), Canadá (CADTH, 2017), EEUU (Second Panel CEA, 2016), Francia (HAS, 2020), Inglaterra y Gales (NICE, 2022) y Portugal (SNS-Infarmed, 2019), Guía CHEERS (Husereau et al, 2022) y Guía de la EUnetHTA (2020). La guía consideró 17 dimensiones principales: 1. Objetivo y alcance o antecedentes; 2. Población de estudio y subgrupos; 3. Tipo de evaluación económica; 4. Comparadores; 5. Perspectiva; 6. Medidas de eficacia/seguridad; 7. Medida y valoración de resultados en salud; 8. Uso de recursos y costes contemplados; 9. Horizonte temporal de costes y beneficios; 10. Descuento; 11. Métodos de análisis; 12. Validación del análisis; 13. Manejo la incertidumbre; 14. Presentación de resultados; 15. Interpretación de resultados, transferibilidad, discusión y otras consideraciones relevantes; 16. Conflicto de intereses; 17. Reevaluación.

A modo de ejemplo, el profesor Oliva señaló que el caso base de la guía define el objetivo y la pregunta de investigación debe establecerse clara y explícitamente, indicando explícitamente que se hará constar si se trata de una evaluación inicial o de una reevaluación del medicamento para esa indicación. La perspectiva principal de la evaluación económica debe ser la del financiador sanitario público (Sistema Nacional de Salud). La población de estudio incluirá las personas candidatas para recibir el medicamento para la indicación evaluada. Cuando exista heterogeneidad relevante entre diferentes subpoblaciones, y ello pueda influir en los resultados de la evaluación económica, se explorarán estas diferencias. Se justificará debidamente el análisis de subgrupos. La consideración de dicha heterogeneidad se basará en una evaluación rigurosa, que tenga en cuenta los informes disponibles del entorno regulador (EPAR), la evaluación europea (Joint Clinical Assessment) y otras evaluaciones de calidad. En caso de duda, se acordará la población y subpoblaciones a analizar con la autoridad sanitaria de forma previa. Se comparará la intervención analizada con la práctica habitual. Si hay distintas alternativas utilizadas para subpoblaciones de la indicación, éstas serán consideradas. En un análisis paralelo se analizarán como comparadores además la alternativa más eficaz/efectiva, la más coste efectiva y la de menor precio. En cualquier caso, se justificará la inclusión/exclusión de las alternativas de manera pormenorizada. Para la elección de los comparadores se tendrán en cuenta los resultados de una evaluación y consenso multidisciplinares. El resultado principal de la evaluación económica se presentará como la ratio coste-utilidad o coste-efectividad incremental. En el caso de un AMC se presentará la diferencia de costes. Se presentarán por separado los costes y los resultados en salud incrementales y su grado de confianza (sus medidas de dispersión/incertidumbre). Se presentarán de forma clara y detallada los resultados de los análisis de sensibilidad realizados, así como su justificación. Se elaborará un apartado específico que recoja la fuente de financiación del estudio y la

declaración de conflicto de intereses de todos los participantes en la evaluación económica (autores, expertos consultados, revisores). En caso de ser una primera evaluación del medicamento en una indicación, se identificarán claramente las áreas de incertidumbre que permitan detectar las necesidades de evidencia adicional a la disponible. En caso de ser una reevaluación, se justificarán los cambios que la motivan (respecto a la evaluación anterior) y se incluirán todos los elementos relevantes que puedan afectar al resultado y a la incertidumbre. La reevaluación debe integrar una comparación de sus resultados con el resultado en la evaluación anterior.

El ponente se preguntó si habría que realizar una guía especial para cada área terapéutica. Su respuesta fue claramente negativa. No existen guías especiales en el caso de otros países como que aplican estos métodos desde hace años. La guía elaborada debe ser entendida como un marco general conceptual, el cual tiene suficiente flexibilidad para ser adaptado a diferentes situaciones y tipo de medicamento. Además, añadió que esta guía debería formar parte de un conjunto metodológico más amplio de guías al servicio de la evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias: guía de beneficio clínico adicional relevante; guía de análisis de la incertidumbre clínica y económica; guía de los valores de referencia de eficiencia; y guía de análisis de impacto presupuestario.

En la tercera y última parte de la presentación, el ponente analizó los pasos a seguir a partir de disponer de esta guía de evaluación económica. El profesor Oliva destacó los aspectos normativos y los elementos organizativos a desarrollar. En cuanto a los aspectos normativos, destaca la necesidad de desarrollo reglamentario de la inclusión de la eficiencia en la cadena de evaluación del medicamento. Asimismo, el ponente desarrolló varios elementos organizativos clave. En primer lugar, la separación de los agentes responsables de los procesos de evaluación y decisión (ej. HAS) sin ser imperativa (en varios países no se produce) sí cuenta con importantes ventajas a nivel procedimental y para la buena gobernanza de todo el proceso de evaluación y decisión, considerado en conjunto. En segundo lugar, la creación de un nuevo órgano/organismo que planifique y organice la evaluación de la eficiencia de medicamentos. En tercer lugar, destacó la propuesta realizada en un [documento de trabajo reciente de FUNCAS](#) en el que se propone la creación de una Oficina de Evaluación de la Eficiencia de los Medicamentos y Productos Sanitarios (OEEM), como órgano colegiado funcionalmente independiente, adscrita a la AEMPS, la cual tiene como ventaja la posibilidad de creación inmediata (corto plazo). En cuarto lugar, propuso la creación de una Comisión Nacional de Evaluación en el ámbito de la Salud (CNEAS), configurada como autoridad administrativa independiente, siendo ésta una propuesta más ambiciosa (HAS, NICE), con miras al medio plazo.

Asimismo, el profesor Oliva propuso, con independencia de la fórmula elegida para el órgano/organismo evaluador elegido, un decálogo que debería seguir una organización de evaluación de la eficiencia en el ámbito de los medicamentos y tecnologías sanitarias: 1. Misión bien definida; 2. Ámbito de actuación (¿medicamentos y TS?); 3. Independencia funcional en sus tareas (nombramiento de sus cargos y mandato); 4. Coordinación con otras entidades de evaluación sanitarias; 5. Independencia técnica, respecto a intereses privados; 6. Competencia técnica (selección de personal y colaboradores, comité científico...) y suficiencia de medios; 7. Garantías para los agentes interesados; 8. Rendición

de cuentas; 9. Transparencia; 10. Ejemplaridad (referencia para otras entidades del ámbito sanitario y más allá).

Otros aspectos tratados en el ámbito organizativo con el que se cerró su participación fueron plantear la necesidad de desplazar la carga de la prueba de la eficiencia a las empresas comercializadoras (siendo el órgano/organismo público el encargado de validar la calidad y credibilidad de la información aportada), estableciendo criterios claros que determinen cuándo debe evaluarse la eficiencia de un medicamento. Y todo ello, insertado en un marco organizativo y procedimental adecuados (quién, cómo, cuándo, para qué), debidamente arropado por recursos metodológicos (beneficio clínico adicional relevante, valores de referencia de eficiencia, análisis de la incertidumbre clínica y económica, impacto), con suficiencia de medios (especialmente de técnicos cualificados y expertos externos) y enmarcado en un plan de desarrollo estratégico (*horizon scanning*).

## MESA 2. DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN A LOS CAMBIOS NECESARIOS EN EL SNS ANTES DE 2030

La mesa de la tarde tuvo por lema “Del Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción a los cambios necesarios en el SNS antes de 2030”. El Dictamen, aprobado el 22 de julio de 2020 por el pleno del Congreso de los Diputados, constituye una valiosa hoja de ruta de intervenciones y políticas dirigidas a mejorar la solvencia del Sistema Nacional de Salud. Si bien el Dictamen es demasiado rico como para analizar todos sus puntos en una única sesión, se eligieron tres temas clave contenidos en el mismo, recursos humanos (RRHH) del sistema, transformación digital y gestión de listas de espera, con reminiscencias a otros temas centrales del mismo (gobernanza).

La sesión fue iniciada por Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, quien asumió el reto de repasar los cambios necesarios en la gestión de recursos humanos y profesionales del SNS. Entre los puntos tratados en su disertación destacaríamos, en primer lugar, que el sector sanitario es altamente intensivo en factor trabajo, altamente cualificado y especializado, en el cual el protagonismo de medicina y enfermería es indudable, pero donde se debe dar cabida a nuevas profesiones y roles profesionales. También se señaló que el número de profesionales contratados ha crecido en los últimos años, tanto en la parte pública como, especialmente, en la privada, con creciente feminización del sector y (buena noticia) en rejuvenecimiento.

En este marco, la panelista destacó una paradoja: hay más médicos por habitante que en la UE (aunque menos enfermeras), pero, aparentemente, faltan médicos. Dicho lo anterior, esta es una situación que se da en toda Europa, pero no es especialmente acuciante en España, en cierta medida por la posibilidad de “importar” médicos de Iberoamérica. Si bien, no es de esperar un déficit de profesionales importante en 2030 ó 2035, la distribución entre especialidades está descompensada, existiendo carencias relevantes en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Esta situación se está revirtiendo con un horizonte a 10 años vista debido a las políticas adoptadas: incentivos a la demora voluntaria de la jubilación para AP, plan de definición e incentivos para puestos de difícil cobertura y el ya citado aumento de médicos extracomunitarios.

De cara al futuro, se destacan los siguientes retos para la gestión de los RRHH del SNS: (i) cambiar las reglas del juego para captar, motivar, desarrollar y retener talento, lo cual requiere de tratamiento diferenciado para los diferentes (especialidades con déficits); (ii) incentivar de manera inteligente para alinear intereses y compartir objetivos, revisando la financiación de los proveedores, aprendiendo de experiencias ajenas (y propias), activando mecanismos de pago por resultados, favoreciendo la integración de niveles y redes...; (iii) avanzar en un enfoque multiprofesional, donde el rol de la enfermería es clave en la atención domiciliaria y a pacientes crónicos, pero donde también es imprescindible integrar

a otras profesiones que necesita el sistema sanitario; al tiempo hay que incentivar adecuadamente y cuidar a los profesionales; (y iv) hay que redefinir elementos que hagan que la carrera profesional sea merecedora de tal nombre; en la actualidad los centros públicos no tienen instrumentos de gestión de RRHH (solo de administración) para competir con los privados.

En último término, el gran reto de la sanidad pública en este tema es definir una estrategia clara y dotarse de mecanismos que permitan definir una verdadera política de RRHH, que alinee los incentivos de los profesionales con los del SNS para que lo individualmente atractivo coincida con lo socialmente necesario.

En la segunda intervención, Enrique Bernal, investigador senior del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, abordó la cuestión de cómo abordar una transición digital eficiente del SNS. Para ello recomendó la consulta de tres documentos de referencia: el propio Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción social y económica, la Estrategia de Salud Digital del SNS del Ministerio de Sanidad y la resolución legislativa del Parlamento Europeo de 20 de abril de 2024 sobre el Espacio Europeo de Datos de Salud. A continuación, trasladó al público las interesantes iniciativas Healthdata@eu, TEHDAS, EHDS y QUANTUM.

En su intervención, el doctor Bernal estableció claramente 3 fases del ciclo de vida del dato: (1) la generación de los datos; (2) la preparación de los mismos; (y 3) la interacción con los usuarios. A lo largo de este ciclo partimos de la etapa generativa, en la cual el dato ha sido creado para facilitar el diagnóstico y manejo terapéutico del paciente, para entrar después en una fase que aúna la recopilación, estandarización y publicación de los datos, la cual se debe traducir en el acceso y uso secundario de los mismos, a través de unas reglas claras de acceso y gobernanza. Por último, lo anterior debe facilitar el análisis de los datos, y ello debe plasmarse en la transformación de los mismos en información de utilidad para la investigación, los decisores sanitarios, en sus distintos niveles, macro, meso y micro, y, finalmente, para el propio beneficio de los pacientes del sistema.

A lo largo de la sesión se revelaron cuatro grandes retos en el campo de la movilización y uso eficiente de grandes bases de datos. El primero de ellos es tomar conciencia de que cualquier tipo de dato debe ser concebido con posibilidad de reutilización. En segundo lugar, la arquitectura de los datos debe concebirse de tal manera que estos permitan responder a preguntas de interés (monitorización del acceso y utilización de servicios sanitarios; identificación de necesidades de salud no cubiertas; detección y control del uso inadecuado de tecnologías; predicción de eventos; medición de resultados y experiencias referidas por pacientes o poblaciones; impacto de la incorporación de una tecnología en los procesos asistenciales; efectividad y eficiencia en vida real;...). En tercer lugar, el diseño debe ser tal que permita la aplicación de diferentes metodologías de análisis. Y, en cuarto lugar, se puso gran énfasis en la cuestión de la gobernanza de los datos. Ello supone considerar elementos tales como la recolección rápida y continua, desde los orígenes, fuente única, pseudonimización, visión longitudinal, interoperabilidad semántica y sintáctica, procedimiento único de acceso a datos para usos secundarios y acceso logado para el procesamiento seguro de los datos. Una invitación que el ponente trasladó al público fue la consulta de la página web de BIGAN, Big Data Sanitario de Aragón: <https://www.iacs.es/bigand/>

La mesa fue cerrada por José María Abellán Perpiñán, catedrático de la Universidad de Murcia, quien trató el problema de las listas de espera en el SNS, poniéndolo como ejemplo de mala gobernanza. Tras una introducción al concepto de lista de espera, se puso inmediatamente el énfasis en que la existencia de una lista de espera no es en sí el problema (su existencia es casi inevitable en un sistema público), sino si el tiempo de demora en la misma es excesivo. A partir de esta base, se mostró evidencia de que las demoras excesivas pueden traducirse en efectos negativos sobre la salud de los pacientes, antes y después de la intervención, afectando especialmente a las condiciones mentales. Otro aspecto que se recalcó es que existe un gradiente significativo en el acceso a la atención, mostrándose estudios españoles que identifican desigualdades de tiempos de espera por estatus socioeconómico en cirugía programada y de cáncer (Cataluña) y en las consultas al especialista (España).

Tras esta inmersión inicial, se pasó revista a la normativa estatal vigente sobre listas de espera (Ley 16/2003, la cual recoge el derecho de los ciudadanos (art. 4) a recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo; Real Decreto 605/2003, que pone en marcha el Sistema de Información sobre Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS); RD 1039/2011, que establece los criterios marco para garantizar tiempos máximos de acceso, fijando en su Anexo un tiempo máximo de 180 días naturales para 5 procesos quirúrgicos), así como una comparativa internacional (OCDE), en la cual destaca las grandes diferencias en los tiempos de espera para cirugía electiva entre países y entre distintos procedimientos.

Llegados a este punto, se analizó la evolución de las listas de esperas quirúrgica y de acceso al especialista del SNS publicadas por el SISLE-SNS y los datos del barómetro Sanitario elaborado por el CIS en materia de tiempos de espera para consulta en Atención Primaria. Las cifras muestran una evolución y situación preocupantes, dados los tiempos de demora y el crecimiento de ciudadanos en la lista de espera quirúrgica estructural. En este sentido, el panelista concluyó que no disponemos de un sistema de información de listas de espera todo lo informativo y transparente que sería deseable. Por ejemplo, nuestro sistema no ofrece información sobre el tiempo de espera para la realización de pruebas diagnósticas; tampoco hay información sobre los pacientes que están en el “limbo” de la lista de espera (pacientes pendientes de que se les asigne cita); no tenemos información (aparte de la proporcionada por el Barómetro Sanitario) de las demoras en atención primaria; y no se ha producido la actualización de los tiempos máximos de acceso para primera consulta externa de atención especializada y para pruebas diagnósticas o terapéuticas prevista en el art. 8 del RD 1039/2011. Asimismo, cabe destacar que existe una gran dispersión entre los tiempos medios de espera de las diferentes CC. AA. y hay indicios de grandes diferencias intracomunidades, es decir, entre las áreas de salud de una misma comunidad autónoma.

La parte final de la exposición estuvo dedicada al abordaje o gestión de las listas de espera, en especial, de los sistemas de priorización, es decir, aquellos que ordenan a los pacientes dentro de una lista de espera de tal forma que se obtenga el mejor resultado sanitario en términos de satisfacción o bienestar de la población. En este sentido, se revisaron diferentes ejercicios y propuestas de ordenación publicadas en España en las dos últimas décadas. En opinión del profesor Abellán, las estrategias mixtas de mejora de la gestión de

la oferta y la demanda son las más deseables. Ello supone (i) mejorar la información y la coordinación (más transparencia y mejor gobernanza); (ii) introducir incentivos adecuados en los tres niveles del sistema: macro, meso y micro; (y iii) implantar sistemas de priorización para ordenar “mejor” a los pacientes en espera.

Como conclusión principal podemos destacar que el problema de las listas de espera, en opinión del panelista, es sobre todo de gobernanza, por lo que no se resolverá vía normativa (establecimiento de tiempos máximos de atención garantizados) ni sumando más recursos, a no ser que cambien las normas de gestión conforme a las estrategias aludidas anteriormente.

## PARTICIPANTES



**Enrique Bernal Delgado**

Investigador Sénior, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.



**Iñaki Betolaza San Miguel**

Director de farmacia  
Departamento de Salud. Gobierno Vasco.



**Araceli Camacho**

Responsable de Transformación Digital del Hospital Clínic de Barcelona.



**Manuel Carmona Adrados**

Subdirector de Gestión Económica en el Hospital Universitario de Móstoles.



**Enrique Castellón Leal**

Presidente de CrossRoadBiotech.



**Ana Clopés Estela**

Directora del Área del Medicamento, Servei Català de la Salut.



**Chus Castillo Gutiérrez**

Partner Consulting Iberia, Alira Health.

**Cristina Fantova del Arco**

Jefa de Servicio de Farmacia del Servicio Aragonés de Salud.



**Pedro Gómez Pajuelo**

Economista de la Salud, Ex Secretario General de la ONT, Ex Subdirector General de Farmacia, funcionario del Ministerio de Sanidad en excedencia.



**Beatriz González López-Valcárcel**

Catedrática de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.



**César Hernández**

Director General de Cartera Común de Servicios y Farmacia.



**María Jesús Lamas**

Directora de Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.



**José María López Alemany**

Director de Diariofarma.



**Celia Muñoz Fernández**

Analista de política sanitaria en la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF).



**Salvador Peiró Moreno**

Director del área de Investigación en servicios de salud del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).



**Yolanda Puiggròs Jiménez de Anta**

Socia en PwC. Responsable de Healthcare & Life Sciences Regulatory Area.



**Maria Queralt Gorgas**

Directora del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Vall Hebron.



**Marta Trapero Bertrán**

Profesora e investigadora departamento de Economía y Empresa Universidad de Lleida.



**Ricard Meneu**

Vice-presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

## EQUIPO ACADÉMICO



**Jaume Puig Junoy**  
Director del Foro. Distinguished Professor en la UPF-BSM.



**Juan Oliva Moreno**  
Co-director del Foro. Economista. Catedrático del área de Fundamentos de Análisis Económico. Universidad de Castilla – La Mancha.



**José María Abellán Perpiñán**  
Co-director del Foro. Economista. Catedrático en la Universidad de Murcia.



**Natàlia Pascual Argenté**  
Co-directora de la Cátedra. Director of Partnerships y co-directora de los programas en Economía de la Salud y del Medicamento, UPF-BSM.



**Oscar Navarro Campàs**  
Coordinador académico del Foro, UPF-BSM.



**Nil Criach i García**  
Teaching Assistant, UPF-BSM.



**Judit Guzmán Sánchez**  
Teaching Assistant, UPF-BSM.

