

Informe SESPAS

Oferta sanitaria y crisis: financiamos los bienes y servicios según su valor o caemos en la insolvencia. Informe SESPAS 2014


 Enrique Bernal-Delgado^{a,b,*}, Carlos Campillo-Artero^c y Sandra García-Armesto^{a,b,d}
^a Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España

^b Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISECC), España

^c Servicio de Salud de las Islas Baleares, Islas Baleares, Zaragoza, España

^d Fundación ARAI + D, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de noviembre de 2013

Aceptado el 4 de febrero de 2014

Palabras clave:

Sostenibilidad

Crisis

Valor de los servicios

Reformas sanitarias

Desinversión

Sistema Nacional de Salud

R E S U M E N

La reacción de la política sanitaria a la crisis financiera ha puesto excesivo énfasis en medidas orientadas a disminuir precios unitarios, aumentar barreras (lista de espera) o cerrar dispositivos. Aún es pronto para saber con fundamento científico si estos cambios en la oferta tienen correlato en la equidad de acceso o en la calidad y la seguridad de los servicios, y a la postre en la salud de los pacientes y la población. En cualquier caso, la urgencia en conseguir la estabilización fiscal ha movido el foco hacia la resolución de los problemas de liquidez presupuestaria, y ha relegado a un segundo plano medidas de mayor calado orientadas a decidir, con trazo fino, qué debe financiarse y cómo. En este trabajo se aboga por una política fundamentada en la financiación selectiva de las prestaciones sobre la base de su valor. Las experiencias de otros países pueden servirnos de orientación: métodos robustos para identificar tecnologías (o sus usos) de valor cuestionable, criterios de priorización y una cuidadosa consideración de las limitaciones asociadas a la eliminación de una cierta prestación, en especial si afecta a los valores esenciales del sistema. España cuenta con los mimbres necesarios: regulación, legislación y organismos con capacidad técnica para identificar tecnologías de bajo valor, guiar las decisiones y evaluar oportunamente los efectos de estas últimas. Los obstáculos son numerosos, pero mantener el *statu quo* es la peor opción, dado el coste de oportunidad en pérdidas de efectividad y seguridad, equidad y eficiencia económica del Sistema Nacional de Salud, y su eventual traducción en el empeoramiento del estado de salud de la población.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health services supply and the economic crisis: either we fund goods and services according to their value or we become bankrupt. SESPAS report 2014

A B S T R A C T

Health policy has reacted to the financial crisis by overemphasising measures targeted at reducing unit costs, increasing barriers to access (waiting lists) or closing premises. It is too soon for scientific assessment of the impact of this reshaping of supply on equity, quality and safety, and on individual and population health. Nevertheless, the emergency measures taken to achieve fiscal stabilization have shifted the focus to resolving budget problems at the expenses of sounder and deeper initiatives aimed at deciding what must be funded and how.

This article advocates a policy based on selective funding of services and benefits on the basis of their value. Other countries' experiences can serve as a useful guide, including robust methods to identify technologies (or their uses) of questionable value, prioritization criteria, and careful consideration of limitations associated with the elimination of a certain benefit, especially if it affects the founding values of the system. The necessary tools are available to the Spanish health system: the regulatory framework and technical bodies able to identify lower value care, support for decision-making, and timely evaluation of such decisions. Despite the numerous hurdles, maintaining the status quo is too expensive a choice, given the opportunity costs of effectiveness and safety losses, measured in terms of equity and the economic efficiency of the Spanish health system, which may ultimately translate into worsening of the population's health status.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Sustainability

Financial crisis

Value for money

Health care reform

Disinvestment

Spanish National Health Service

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: ebernal.iacs@aragon.es (E. Bernal-Delgado).

Ideas clave

- Desde el punto de vista de la evidencia científica, es prematuro saber si los cambios que se están operando en la oferta sanitaria al calor de los problemas presupuestarios derivados de la crisis financiera tienen impacto en la equidad de acceso o en la calidad y la seguridad de los servicios, y en último término sobre la salud de los pacientes y la población.
- Resulta preocupante que las urgencias de liquidez presupuestaria hayan relegado a un plano secundario las necesarias medidas encaminadas a asegurar la maximización del valor de la oferta sanitaria. Las reducciones lineales, sólo avaladas por la facilidad de implementación, abocan al sistema a perpetuar y aumentar sus ineficiencias.
- Es necesario reorientar la política sanitaria hacia una estrategia de financiación selectiva que libere recursos empleados en oferta de dudoso valor añadido para destinarlos a servicios y tecnologías de probada eficacia, seguridad y eficiencia.
- En España ya disponemos de las herramientas de marco legal y evaluación técnica necesarias para apoyar esta estrategia. El enorme coste-oportunidad de no acometerla debería ser contrapeso suficiente para superar los potenciales obstáculos.

Introducción

Además de las medidas aplicadas a la demanda (esencialmente la relativa al cambio en la titularidad del derecho, del aseguramiento por condición de ciudadano al aseguramiento ligado a la condición laboral), en esta crisis se han aplicado otras que inciden en la financiación de los servicios sanitarios, el precio de los bienes, su volumen y su calidad.

Entre las primeras, las generales de política fiscal, destacan el aumento del IVA, el impuesto sobre la renta o los impuestos especiales, y la reducción presupuestaria. Entre las segundas, se han profundizado las políticas de precios de referencia y de dispensación ajustada a ellos, reducción de los precios salariales, y promovido (aunque con «controvertido» efecto sobre los precios) las concesiones administrativas y la externalización de servicios no sanitarios. Algunas de estas actuaciones afectan a la oferta más o menos directamente, como por ejemplo la reducción presupuestaria observada durante esta crisis o algunas políticas de personal desplegadas.

Sin embargo, las medidas que más directamente afectan a la oferta, las que a priori más interesan en este capítulo del Informe SESPAS, son las adoptadas sobre el volumen de los servicios. Aquí ya adelantamos que no podemos aventurar cómo influyen o influirán en la calidad de los servicios, ya que el tiempo de exposición a ellas ha sido insuficiente y carecemos de instrumentos de medición para hacer inferencias sobre tal efecto. Entre las medidas sobre el volumen pueden destacarse las que se describen a continuación.

Modificación de la cartera de servicios

Este cambio se ha realizado esencialmente por dos mecanismos: 1) la elaboración de listas de servicios con un copago del 100%, es decir, que no se financiarán públicamente (p. ej., 417 especialidades farmacéuticas, en su mayoría antiácidos e inhibidores de la bomba de protones); 2) la identificación de servicios susceptibles de nuevo o mayor copago (del que ya se está detectando un efecto disuasorio del consumo¹). Este último mecanismo afectaría también a lo que en la nueva legislación en España se conoce como servicios suplementarios comunes y servicios accesorios. Mientras que de los segundos se desconoce su alcance concreto, algunos de los primeros ya se han regulado en sucesivos decretos y resoluciones. Bajo este epígrafe se encuentran los productos farmacéuticos dispensados en

oficinas de farmacia o en los servicios de farmacia hospitalaria, los productos ortoprotésicos, los dietéticos o el transporte no urgente (Real Decreto Ley [RDL] 9/2011², RDL 16/2012³, Resolución de 2 de agosto de 2012⁴, Orden SSI/1640/2012⁵, Resolución de 10 de septiembre de 2013⁶).

Racionamiento a través de listas de espera

Las listas de espera son un mecanismo clásico de racionamiento en contextos de recursos limitados. Pese a que el Real Decreto (RD) 1039/2011 estableció el marco y los criterios de regulación de tiempos máximos de espera en algunas especialidades quirúrgicas (algunas comunidades autónomas ya disponían de este mecanismo), salvo para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, las listas de espera de cirugía declaradas crecieron un 43% en número de pacientes entre mediados de 2009 y 2012, con un incremento medio de días en espera de 63 a 76 (21%) (Sistema de Información sobre Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud [SNS])⁷.

Cierre o limitación de centros y servicios

La única regulación sobre limitación de proveedores a escala nacional apareció justo antes del comienzo de la crisis. El RD 1939/2006, que entonces regulaba la evaluación de la cartera de servicios, también reglamentaba la creación de centros de referencia para el conjunto del estado y de la comisión de expertos que servía de soporte. Sin embargo, las numerosas acciones tendientes a promover el cierre o la limitación de dispositivos (camas, quirófanos, puntos de atención continuada, disminución del personal sanitario efectivo mediante reducción de sustitución de bajas o jubilaciones, no incorporación de nuevos facultativos especialistas de área, eliminación de los eméritos, etc.) se han ido regulando mediante normativas de bajo rango o instrucciones internas, y se han adoptado de manera fragmentada y con escaso sustento en la evidencia disponible sobre sus posibles efectos.

De las tres señaladas, la medida de más calado es precisamente la relativa a la redefinición de la cartera de servicios. Para algunos es una pérdida de derechos; para otros implica diversificar el mercado sanitario dando oportunidades a la iniciativa privada. Hay quien afirma que se trata de utilizar bien el dinero "público" destinado a sanidad. En último extremo, asistimos a un debate con fuerte componente ideológico que tiene soluciones técnicas, algunas de difícil implantación. Frente a las políticas insuficientemente reflexionadas, y en exceso posibilistas, ejecutadas al calor de la urgencia derivada de los compromisos de reducción de déficit, la posición que se defiende en este trabajo es que debería optarse por una estrategia de financiación selectiva que libere recursos empleados en oferta de dudoso valor añadido para la salud y los reasigne a servicios y tecnologías de probada eficiencia y seguridad.

Existe un amplio consenso sobre la imposibilidad de defender desde el conocimiento científico una parte de las prácticas clínicas extendidas en el SNS. No tienen o no añaden valor para la salud las intervenciones, tecnologías y servicios que la evidencia señala como inefectivos, ni los utilizados en indicaciones inadecuadas; tampoco aquéllos para los que hay alternativas más eficientes disponibles. Desde la perspectiva adoptada en este trabajo, estas tecnologías, servicios o intervenciones tendrían como destino, con las pertinentes cautelas impuestas por el contexto local: 1) su desaparición de la cartera de servicios o, al menos, su mantenimiento ligado a copago evitable; 2) la restricción de sus indicaciones a ciertos tipos de pacientes (elección guiada por la evidencia de riesgo-beneficio o efectividad positivos); 3) la limitación de su práctica a los proveedores idóneos (aquéllos con la tecnología, la pericia y el número mínimo y mantenido de pacientes exigibles), y 4) la

limitación de su frecuencia o duración, acorde con su beneficio marginal (determinado por la evidencia).

Es momento de sentar las bases de una nueva política sobre la oferta: no financiar públicamente lo que no añade valor

Hasta ahora, la reacción de la política sanitaria a la crisis financiera ha puesto un excesivo énfasis en medidas orientadas a disminuir precios unitarios, aumentar las barreras (lista de espera) o cerrar dispositivos sanitarios. Tal preferencia viene marcada sin duda por la obligación de cumplir con el programa de estabilidad fiscal 2012-2015⁸, por el cual el Ministerio de Economía se comprometió con el Consejo Europeo a rebajar el gasto sanitario en 7267 millones de euros (compromiso renovado en la actualización 2013-16⁹). Esta necesidad de reducción rápida del gasto se ha querido traducir en una pretendida urgencia por reformar un sistema diagnosticado de inviable e insostenible, y desgraciadamente ha restado importancia a otras medidas de mayor calado, aquellas que obligan a decidir, con trazo fino, qué debe financiarse y cómo.

Algunos países han acumulado experiencias interesantes que pueden servirnos de orientación¹⁰⁻¹⁴. Comparten, entre otras características destacables:

- El empleo de métodos robustos para identificar tecnologías (o sus usos) cuyo valor puede ser cuestionado (observación de variaciones injustificadas, estudios de sobreutilización, nuevos desarrollos tecnológicos, conflicto con prescripciones de guías de práctica clínica, consultas con expertos, uso fuera de ficha técnica, etc.).
- La aplicación rigurosa de criterios de priorización (impacto potencial, alternativas coste-efectivas, carga de enfermedad, nivel de evidencia, futilidad de la tecnología, alcance de las modalidades de financiación temporal, coste).
- La voluntad de informar sobre barreras y limitaciones que deben tenerse en cuenta antes de proceder a su retirada.
- La obligación autoexigida de proponer soluciones respetando los valores esenciales de sus respectivos sistemas de salud.

Entre los ejemplos más paradigmáticos de decisiones de desinversión sobresalen los siguientes:

- En Australia¹⁵, la hidralazina para la insuficiencia cardiaca congestiva, el trasplante de médula autóloga con quimioterapia a altas dosis para el cáncer de mama avanzado, el *bypass* extracranial para reducir el riesgo de ictus isquémico y la monitorización de la actividad uterina en el domicilio para prevenir el parto pretérmino.
- En Canadá, las que afectan al aumento o a la reducción de la mama, gastroplastia o *bypass* gástrico, osteoplastia o realizar más de dos ecografías en un embarazo no complicado.
- En Nueva Zelanda, las decisiones de desinversión de intervenciones de prevención primaria y no clínicas (vacunas de la gripe y el neumococo, intervenciones antitabáquicas o tratamiento de la apnea del sueño), y de reinversión (fundamentalmente terapéuticas, como trasplante de pulmón, radioterapia y quimioterapia del cáncer de pulmón, o seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- En Reino Unido, las más de 420 tecnologías que el National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha señalado como susceptibles de desinversión extrayendo la evidencia de las recomendaciones de las guías de práctica que elabora sistemáticamente.

Las citadas experiencias tienen como sustrato la utilización de evidencias sobre el valor de un servicio o una tecnología; como puede observarse, las evidencias afectan tanto a servicios

clínicos como a intervenciones de salud pública¹⁶. La generación de evidencias y la disponibilidad de aquéllas sobre efectividad de intervenciones son notorias y difieren en detrimento de la salud pública, lo que contrasta con la obligación de someter a éstas últimas al mismo escrutinio que a las clínicas. Son asignatura pendiente las vacunas de la gripe, el meningococo y el virus del papiloma humano, diversos métodos de cribado de cánceres o su frecuencia (próstata, colon, mama), la detección temprana de enfermedades genéticas con nuevos marcadores, y un largo etcétera.

En España, aunque el marco regulatorio es propicio para utilizar herramientas semejantes a las mencionadas e informar las decisiones sobre financiación (o desfinanciación) de tecnologías o servicios, la realidad es obstinada y en las pocas decisiones que se han tomado desde el inicio de la crisis (en forma de listas negativas o restricción de determinados servicios) ha sido escasa la propensión a utilizar técnicas de evaluación o, simplemente, la evidencia disponible sobre los efectos deseados e indeseados de las medidas.

Al finalizar 2013, el anunciado fortalecimiento de los mecanismos de coordinación de las distintas agencias de evaluación del estado para evaluar algunos servicios prestados actualmente en el SNS no ha rendido ningún fruto derivado de los numerosos informes redactados en 2012.

Algunas herramientas disponibles en el SNS que deberían utilizarse para una nueva política de financiación selectiva

Las iniciativas destacadas en España, algunas todavía incipientes, deben guiar u orientar a quienes han de decidir financiar o no determinados servicios, y monitorizar los resultados de una eventual política al respecto. Entre ellas cabe subrayar cuatro: 1) la herramienta para la identificación, la priorización y la evaluación de tecnologías obsoletas de AVALIA + t¹⁷; 2) la guía para decidir la no financiación de tecnologías disponibles en el SNS de OSTEBA¹⁸; 3) el proyecto ESSENCIAL de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries catalana, destinado a compilar listas de tecnologías o servicios que no deberían utilizarse en determinadas condiciones¹⁹, y 4) GuiaSalud²⁰ (su secretaría técnica está situada en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud), uno de cuyos cometidos es extraer de las guías de práctica clínica recomendaciones para no realizar determinadas prácticas.

Más limitadas son las propuestas en monitorización del uso de tecnologías obsoletas o servicios o tecnologías de poco valor. Además de las citadas referencias autonómicas, tan sólo el *Atlas de Variaciones de Práctica Médica* (Atlas VPM)²¹ ha facilitado con cierta frecuencia análisis de utilización injustificada de algunas tecnologías o servicios de bajo valor.

Debe señalarse que las agencias autonómicas de evaluación de tecnologías, GuiaSalud y el proyecto Atlas VPM, están desarrollando un proyecto de investigación para elaborar una lista de procedimientos candidatos a desinversión, monitorizar su utilización y las diferencias injustificadas entre áreas sanitarias, estimar el coste de oportunidad derivado de su uso y analizar los lugares donde su comportamiento es marcadamente diferente, con el objeto de promover una estrategia local de desinversión.

Obstáculos a la implantación de la nueva política

Lo señalado refleja la gobernanza de un SNS atónico en su capacidad para liderar el cambio de cultura y avanzar hacia una financiación basada en el valor (añadido) de los servicios prestados. Una atonía que sorprende sobremedida, porque tanto a escala nacional como autonómica, desde la entrada en vigor de la Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003, nuestro SNS tiene el mandato y el soporte legislativo que sienta las bases para desplegar esta nueva política, el aparato regulatorio necesario, y la capacidad de

Tabla 1
Escenarios de desinversión. Cursos de acción que pueden seguirse tras aplicar la Guía para la No Financiación de Tecnologías¹⁹

- A. Se va a llevar a cabo la desinversión de la tecnología en la/s indicación/es en los términos propuestos (*primer supuesto*)
- B. En la actualidad, la desinversión de la tecnología no se va a llevar a cabo; sin embargo, se podría desinvertir cuando:
 - En un futuro, se disponga de los recursos (financiación precisa, por ejemplo) para adquirir la tecnología que sustituiría la tecnología objeto de desinversión (*segundo supuesto*)
 - Aparezca nueva evidencia a favor de la propuesta de desinversión (*cuarto supuesto*)
- C. La financiación de la tecnología en la/s indicación/es propuesta/s va a continuar:
 - No se puede dejar de financiar la tecnología porque no existe financiación para sustituirla por otra nueva que no se puede financiar – excepción hecha de que existan riesgos para los pacientes (*tercer supuesto*)
 - Hay evidencia en contrato de desinvertir (*quinto supuesto*)
 - No se puede desinvertir porque quedaría un vacío asistencial (*séptimo supuesto*)

informar y guiar las decisiones con la mejor evidencia disponible y de evaluar sus efectos y cumplimiento.

Algunos de los obstáculos que han de sortearse no son privativos de nuestro SNS; otros, seguramente forman parte de su idiosincrasia. Entre los primeros cabe citar la disonancia cultural asociada a cualquier propuesta que abogue por desinvertir en sanidad, la necesidad de contextualizar cualquier medida, de interpretarla y aplicarla en clave local, y la urgencia sobrevenida por el contexto de crisis financiera y económica. Entre los idiosincráticos, en España destacan la naturaleza cuasifederal del SNS, el carácter no vinculante de los informes de las agencias de evaluación, el escaso hábito de hacer transparentes los procesos de decisión compleja, y la excesiva politización o ideologización de decisiones con fuerte componente técnico. Analicemos brevemente cada uno de ellos.

Disonancia cultural

Como el paradigma dominante señala que más sanidad es mejor (los incentivos están dirigidos a conseguir este objetivo), cualquier propuesta de desfinanciación será cuestionada. La fascinación por las *high-tech* refuerza esta idea. Una subespecie del principio «más es mejor» se encuentra en el paternalismo todavía predominante que se traduce en que los profesionales sanitarios piensan generalmente en términos de beneficio del paciente individual, rara vez en términos de coste-efectividad y anecdóticamente en términos de eficiencia asignativa.

Necesaria contextualización

Son raros los servicios o las tecnologías que son inútiles para todos los pacientes y en todas las circunstancias. Por consiguiente, la implementación de políticas de financiación selectiva (en su envés) o de desinversión (en su revés) conlleva profundas modificaciones en la organización de los servicios y en los papeles de los profesionales, y en última instancia puede afectar a la equidad en el acceso. Por tanto, dichas políticas exigen una minuciosa contextualización *ex ante*, durante y *ex post*. A tal efecto puede ser de utilidad el uso de herramientas como GuNFT (Guía para la No Financiación de Tecnologías), que permite diseñar escenarios locales para la desinversión que comprenden desde la decisión firme de desinvertir hasta la imposibilidad de hacerlo por los riesgos de desabastecimiento que se producirían. En la [tabla 1](#) figuran los escenarios descritos en GuNFT.

Urgencia

Un lugar intermedio entre los factores compartidos y la idiosincrasia del SNS lo ocupa la necesidad de actuar con urgencia, una urgencia sobrevenida por la caída de los ingresos transferidos a las comunidades autónomas, iniciada en 2007, que afecta profundamente al SNS²². Esta premura decisoria se ha convertido en obstáculo en la medida en que los mecanismos habituales de decisión (por consenso y en el seno del Consejo Interterritorial) se han modificado por la utilización de la convalidación parlamentaria de Reales Decretos-ley sin apenas debate profesional y social. Es un escollo porque, para su implantación sostenible, las políticas de financiación selectiva requieren un debate público sereno.

Naturaleza cuasifederal

Desplazados al terreno de la idiosincrasia de nuestro SNS, observamos que el hecho de que las normas de regulación referidas se hayan desarrollado varios años después de completarse las transferencias sanitarias (constituyendo *de facto* un sistema fuertemente federalizado) conllevó incrementos presupuestarios y forzó consensos de máximos sobre la cartera de servicios. Por otra parte, los órganos que habitualmente deberían informar las políticas de financiación selectiva han desarrollado agendas propias en el ámbito autonómico correspondiente, de las que poco se ha beneficiado el conjunto del SNS.

Agencias no vinculantes

En relación con las instituciones que pueden aportar guías en España, como las agencias de evaluación de tecnologías, GUIA-SALUD o los servicios del propio Ministerio de Sanidad, sus recomendaciones no tienen carácter vinculante (salvo en el caso de la aprobación de medicamentos para su financiación en la Dirección General de Farmacia del Ministerio). Cumplen un papel simplemente asesor, a diferencia de lo que ocurre con experiencias exitosas que gozan de reconocimiento mundial, como las del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido, las de las agencias de evaluación sueca, australiana y neozelandesa, o las de Alemania y Francia, que recientemente han introducido cambios sustanciales en sus modelos de evaluación y decisión.

No es sólo la debilidad asociada con el carácter no vinculante de sus propuestas la que puede entenderse como obstáculo, sino también el que en sus agendas ha sido casi irrelevante el uso de métodos sólidos para informar las políticas (evaluación económica, análisis de impacto presupuestario y marginal o evaluación del impacto de intervenciones y políticas), pese a haberse prescrito en varias normas jurídicas aprobadas en la última década.

Gobernanza

Por último, un importante obstáculo para implantar políticas de financiación selectiva o desinversión es la dudosa calidad del gobierno de nuestros servicios. La falta de transparencia en los objetivos y resultados del sistema, la escasa preparación de los cuadros de gerencia, el constante recambio de directivos (siempre ligados al gobierno de turno) o la intensa injerencia de intereses partidistas en decisiones de planificación y gestión o evaluación de tecnologías, hacen añicos la factibilidad de cualquier propuesta que exija liderazgo y exposición pública.

Las consecuencias de no hacer nada

Antes de comenzar la crisis financiera y económica, antes de que con los ingresos vía impuestos indirectos (esencialmente) fuésemos

incapaces de financiar el gasto sanitario, ya éramos conscientes de que la sostenibilidad del SNS pasaba por romper su inercia adquirida después de transferir las competencias sanitarias. Lo ejemplifica el consenso alcanzado en la reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en marzo de 2010, cuando se acordó una agenda de acciones a corto y medio-largo plazo para asegurar la sostenibilidad.

La irrupción de la crisis y las urgencias señaladas han movido el foco, como en el resto de subsistemas del bienestar, hacia la resolución de los problemas de liquidez presupuestaria, y han relegado a segundo plano (incluso posponiendo) debates de mayor calado, como el que nos ocupa.

Pese al contexto profundamente enrarecido, entre otros, por recortes lineales, ausencia de debate y medidas cautelares adoptadas por el Tribunal Constitucional, es pertinente plantear el debate sobre la financiación selectiva de aquellos servicios o tecnologías que añaden valor, los que no lo añaden y deben dejar de financiarse, y proponer vías de acción. De lo contrario, cabe aventurar que la salida de la crisis habrá dejado el sistema público con un par de puntos menos de PIB, un mercado de seguros y proveedores privados en crecimiento desigual, y sin una idea clara de cómo hacer las cosas mejor de lo que las hacíamos. Es perentorio emprender reformas sistémicas y estructurales. Si no se hace, la magnitud de la pérdida en eficiencia asignativa del SNS puede ser irrecuperable a medio plazo.

Por dónde empezar

Sin otro ánimo que comenzar el debate sobre qué pasos sería razonable dar para salir del *statu quo*, proponemos, en cuanto a la generación de evidencia:

- 1) Garantizar la evaluación de intervenciones clínicas y de salud pública como actividad específicamente financiada, consustancial al proceso de regulación.
- 2) Dotar a las agencias de evaluación de recursos suficientes, y a sus recomendaciones de capacidad vinculante respecto a los informes sobre tecnologías obsoletas, con un mandato de desinversión que afecte a su presencia en la cartera de servicios del sistema.
- 3) Asignar a la red de agencias el mandato de medición continuada de la variación y sobreutilización de tecnologías de dudoso valor, mediante programas de *audit* médico y *feed-back* para valorar la adecuación de su indicación y promover la comparación con los mejores.
- 4) A partir de la evidencia generada en distintos ámbitos sobre tecnologías de dudoso valor en determinados usos (informes de agencias de evaluación de tecnologías, catálogo de guías del SNS, conferencias de consenso con metodología robusta, resultados de investigación publicados), establecer con el aval del Consejo Interterritorial un plan de financiación selectiva o desinversión según el contexto local.

Y en cuanto a la gestión y la organización de servicios:

- 1) Incorporar en el ámbito asistencial herramientas de adecuación de la indicación con objeto de reducir la práctica de bajo valor, fomentando cursos de acción y secuencias (*pathways*) específicas de atención al paciente en un contexto de integración de servicios.
- 2) Implementar financiación capitativa e integrada para el conjunto de dispositivos asistenciales e introducir medidas en la financiación de los servicios ligadas a la disminución del uso de técnicas de dudoso valor o de usos inapropiados.

- 3) Concluir la tan demandada integración de sistemas de información clínica entre niveles asistenciales.
- 4) Desfinanciar o incorporar copagos evitables en técnicas con una alternativa más coste-efectiva.
- 5) Profundizar en la estrategia de concentración de servicios siempre que el volumen sea un factor definitivo en la explicación de diferencias en resultados sanitarios.

Conclusiones

La oferta de servicios está sufriendo modificaciones a consecuencia de la crisis por varios mecanismos. Al escribir este informe, no podemos determinar con base científica (cuando menos con un ejercicio antes-después que tome como exposición el RD de 2012 o partiendo de la fecha en que se produjeron las primeras restricciones presupuestarias en 2011) si estos efectos sobre la oferta tienen un correlato en la equidad de acceso a los servicios o en su calidad y seguridad, y en último extremo en la salud de los pacientes y la población.

El SNS ha de reorientarse hacia una política de financiación selectiva de los servicios y las tecnologías que añaden valor. En nuestro país tenemos los mimbres para desplegar este proceso: regulación, legislación y organismos con capacidad técnica para identificar tecnologías de bajo valor, guiar las decisiones y evaluar oportunamente sus efectos.

Los obstáculos son numerosos, pero no modificar el *statu quo* es una de las peores opciones: altos costes de oportunidad derivados de la pérdida de efectividad y seguridad de los servicios y prestaciones, de la equidad y, en definitiva, de la eficiencia económica de nuestro SNS, que de producirse se traducirán a corto y medio plazo en empeoramientos de nuestras condiciones de salud.

Contribuciones de autoría

E. Bernal-Delgado elaboró el primer borrador del manuscrito a partir de las reflexiones conjuntas de los tres autores. Los tres autores han hecho aportaciones en las sucesivas iteraciones hasta obtener la versión final del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijó S, González López-Valcárcel B. Paying for formerly free medicines in Spain: dramatic prescriptions drops, looking for unanswered questions. Barcelona: Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra; 2013. CRES-UPF Working Paper #201307-76. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: http://www.upf.edu/cres/_pdf/CRESWP20130776-JPJBGLV.pdf
2. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (20 agosto 2012).
3. 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 (24 abril 2012).
4. Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (17 agosto 2012).
5. Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, por la que se modifica el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y los anexos I y III del Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, por el que se fijan las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos

- para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud y para el establecimiento de sus importes máximos de financiación (25 julio 2012).
6. Resolución de 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a modificar las condiciones de financiación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud mediante la asignación de aportación del usuario (19 septiembre 2013).
 7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información sobre Listas de Espera del SNS (30 junio 2012). (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_CI_JUN12.18122012.pdf
 8. Programa de estabilidad fiscal del Reino de España 2012-2015. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/Documentacion/index.htm>
 9. Programa de estabilidad fiscal del Reino de España 2013-2016. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/Documentacion/index.htm>
 10. Elshaug AG, Hiller JE, Moss JR. Exploring policy-makers' perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24:1–9.
 11. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICEly done? *BMJ*. 2011;343:d4519.
 12. García-Armesto S, Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Disinvestment in the age of cost-cutting sound and fury. *Tools for the Spanish National Health System*. *Health Pol*. 2013;110:180–5.
 13. Elshaug AG, Watt AM, Moss JR, et al. Policy perspectives on the obsolescence of health technologies in Canada. Ottawa, ONT: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009. Discussion Paper. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://www.cadth.ca/en/policy-forum/discussion-papers>
 14. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA*. 2013;309:775–6.
 15. Elshaug AG, Watt AM, Mundy T, et al. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Austral*. 2012;197:556–60.
 16. Campillo-Artero C. Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. *Gac Sanit*. 2008;22 (Supl 1):14–8.
 17. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Santiago de Compostela: Axencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t No. 2007/01. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/IdentTecObMemFinal.pdf>
 18. Ibarгойen-Roteta N, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J. Report on the development of the GuNFT Guideline. Guía para la no financiación de tecnologías disponibles en el SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Vitoria: Osteba; 2009. Informes ETS: OSTEB A No. 2007/11. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: http://www9.euskadi.net/sanidad/ohttp://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/e.10.11_report_GuNFT.pdf
 19. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Projecte Essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Barcelona: AAQSC; 2013. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
 20. Guíasalud. Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=459d32a165ae41a4cb1e5cedee16>
 21. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Atlas de variaciones de la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (Consultado el 3/2/2014.) Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/>
 22. Servicio de Estudios Tributarios y Estadísticos. Informes anuales de recaudación tributaria. (Consultado el 3/2/2014.) Disponibles en: http://www.agenciatributaria.es/AEAT.internet/datosabierto/catalogo/hacienda/Informes_anuales.de.Recaudacion.Tributaria.shtm