

LA POLITICA DEL MEDICAMENTO EN EL CONTEXTO DE UN SISTEMA SANITARIO MULTIJURISDICCIONAL

Guillem López Casasnovas¹

Catedrático de Economía y Empresa de la Univ. Pompeu Fabra

Centre de Recerca en Economia i Salut de la UPF

PREAMBULO

No hay terreno más complejo en la política sanitaria actual que el del medicamento. En general su estudio ofrece un importante caleidoscopio de la vida social, política y económica. Los cristales, al juntarse y debido a ligeros movimientos, a veces no previstos y aleatorios, causan nuevas imágenes a cuál de mayor interés para el observador. Aristas como las relativas a la importancia de la industria farmacéutica general en la economía de un país, nivel de exportaciones, creación de empleo, inversión en I+D+I, etc., se superponen a cuestiones sociales tales como la sostenibilidad financiera del gasto sanitario, al que se asocia comúnmente una determinada orientación de la innovación terapéutica, con especiales derivaciones en el caso de países menos desarrollados, y en países descentralizados o de haciendas multijurisdiccionales.

En estos últimos contextos, la regulación pública referida contiene diversas ramificaciones, que afectan desde aspectos relativos a patentes, intervenciones en los precios, autorizaciones de producto, intermediación comercial en general (distribuidores, dispensadores)... a los aspectos más concretos de reembolso y prescripción en la gestión sanitaria.

Centraremos la atención de este texto en cómo los desarrollos organizativos y competenciales europeos y autonómicos inciden en la realidad española en lo que atañe a aspectos de contexto general, tales como la autorización, evaluación, política de reembolso, comunicación, distribución comercial, prescripción y dispensación. Se trata en todo caso de un ámbito en el que incide (por agregación) buena parte de la política pública y la libre iniciativa

empresarial, en un interfaz de gran envergadura vistos los intereses en juego y sus consecuencias económico-financieras. De ahí que resulte a la vez atractivo y arriesgado moverse en las aguas procelosas de las recomendaciones de *policy making* basadas en la mejor evidencia disponible. Sin embargo, no parece responsable que la dificultad intrínseca al problema genere la inhibición del analista; particularmente desde una óptica más académica de economía de la salud. Bien es cierto que las alternativas tendrán efectos desiguales, sin duda, sobre los distintos agentes que intervengan en el campo de estudio, por lo que los intereses respectivos requerirán, finalmente, una valoración (explícita), global, acerca de su mayor o menor relevancia en caso de tener que resolver los conflictos entre políticas en uno u otro sentido. Y ello aún reconociendo el distinto margen de actuación en cada una de las políticas: la de protección industrial del propio país, comercio exterior, investigación, desarrollo y propiedad intelectual, financiación pública del gasto, incidencia en la salud del paciente y en las expectativas de bienestar social.

Dada dicha diversidad de intereses se deberían determinar efectivamente *trade-offs* e identificar prioridades y el juicio social que cada una de ellas deba acabar mereciendo, antes de aceptar un *totum revolutum* por el que la complejidad lleve a la dilución de la política económica en este importante ámbito del gasto social.

El texto concluye con algunas consideraciones para el futuro acordes con los nuevos contextos aquí descritos.

VALORACION GENERAL DE LA SITUACION DE PARTIDA

Vale la pena aclarar que el interés en analizar diferentes aspectos del mundo del medicamento no se debe en España a la respuesta automática ante un problema de nivel desmesurado de gasto.

Del gasto en medicamentos destaca en España su porcentaje en el total del gasto sanitario público (en torno al 23% del total, lo que en sí mismo no quiere decir mucho), con pesos relativos en términos de PIB también elevados, pero con niveles de gasto per cápita medios no exagerados (claramente por debajo

¹ - El autor desea agradecer el apoyo financiero para la realización de este trabajo a la Fundación BBVA.

de la media de la Unión Europea)². Puede preocupar del gasto en medicamentos su evolución o el que sea un sector que crezca en todas partes a dos dígitos, incluso en contextos de inflaciones que no alcanzan el 3% anuales, sea cual sea la coyuntura económica del país, sea cual sea el nivel de gasto del que se parte, y sea cual sea la disparidad de consumo observado. Preocupa del medicamento su sobre-consumo (y mala praxis, botiquines domiciliarios caducados), incentivado por distintos agentes que buscan participar en las elevadísimas rentas que el negocio genera: así profesionales, farmacéuticos, pacientes –que cada vez con más abuso moral, menor copago y conciencia de coste, buscan la mayor sustituibilidad del fármaco respecto de alternativas asistenciales menos cómodas.

Dentro de las distintas estrategias intentadas para frenar el empuje del gasto farmacéutico, la implementación del sistema de precios de referencia ha jugado un importante papel, a veces tendente a su sobre valoración/panacea. Bien es cierto que en España se ha intentado abordar el problema del crecimiento del gasto a través de múltiples medidas, especialmente en el ámbito de la prescripción y el reembolso (aunque mucho menos en el tema de autorizaciones, exentas todavía hoy de la cuarta valla de la farmacoeconomía), en direcciones dudosas. Puede ser que, además, no sea posible otra estrategia que los cambios menores y diversos, dado que un *big bang* en el sector, vista la confluencia de intereses presentes, se hace poco pensable. Pero estéticamente al menos, la estrategia anterior ha aparentado la pérdida de orientación del *policy-maker*, en este importante ámbito del gasto sanitario. Con todo ello, la política del medicamento se ha movido a bandazos. Se ha mantenido la opacidad en la política de precios y se ha acabado tergiversando el sistema de precios de referencia identificándolo con una financiación selectiva de fármacos (los medicamentos que superan el precio de referencia del grupo están hoy exentos de toda financiación, y no del copago total de la diferencia).

Todo ello refleja que aún no se ha conseguido integrar la política del medicamento en la perspectiva global de la asistencia sanitaria (a la vista de sus potenciales efectos de sustitución con otras formas de asistencia), ni se ha dotado de un marco estable a un

² - Un buen texto introductorio sobre la situación española es el de J. Puig 'Incentives and Pharmaceutical Reimbursement Reforms in Spain' en *Health Polic y no* 67 pps 149-165.. (2004)

sector que requiere inversión e investigación y algo más de paz jurídica. Las posibilidades de una negociación en bloque del gasto en medicamentos (precios y cantidades) y fuera del marco gremial requeriría, como argumentaremos más adelante, posiblemente ser explorada en el futuro.

ESTRATEGIAS DE ANALISIS

No parece oportuno discutir aquí si es alto o bajo el gasto sanitario en medicamentos, ni si el mix en su financiación público-privada es el adecuado, ni si el valor de la salud con el que potencialmente contribuye el consumo de medicamentos es rédito suficiente para su coste.

Un estudio de las anteriores características requeriría su contextualización en el conjunto del gasto sanitario español a partir de una estrategia del tipo:

- 1- Valorar la adecuación de los recursos dedicados a la financiación de los servicios sanitarios de acuerdo con el grado de desarrollo alcanzado por la sociedad española, a partir de las razones, correspondencias e interrelaciones entre los niveles de gasto sanitario/ PIB y el PIB respectivo de los países comparados. Se trataría con ello de derivar la evidencia agregada de la relación del gasto con la renta, desarrollo social y otros factores que inciden en los recursos dedicados a la sanidad, visto el estado de conocimiento y la robustez del análisis en este terreno; por ejemplo, sobre la base del panel datos OCDE 2003, y la estimación empírica de la relación renta salud (y otros factores), y con el estudio de la posición española actual y puntualmente, en su caso, de las distintas CCAA.
- 2- La valoración anterior requeriría una aproximación del tipo Regresión múltiple convencional, y/o la identificación singular y por submuestras de niveles de gasto totales cuando los países término de comparación, poseían la renta que hoy tiene el nuestro (o de modo similar por CC.AA.). Procedería por lo demás una observación de detalle para el estudio de la correspondencia de la composición gasto público/ gasto privado en los diferentes estadios de desarrollo, y para el análisis de la

composición del gasto sanitario privado, porcentualmente entre copagos (totales y en medicamentos), y primas por seguro complementario; entre pago por acceso al servicio y prepago por la puesta a disposición del servicio o garantía de cobertura.

En ambos casos sería deseable destacar en el análisis los resultados de los distintos términos de referencia que supone una comparación de los datos españoles con los sistemas sanitarios tipo Servicio Nacional de Salud –en principio, menor gasto/ PIB, menores indicadores de satisfacción, al restringir en mayor medida la libre elección de los usuarios- o de Aseguramiento Social (con indicadores que se mueven en sentido opuesto al anterior).

- 3- En consecuencia con los puntos anteriores, una estrategia recomendable pasaría por el estudio de las variaciones en los márgenes para el crecimiento sobre los niveles de gasto actuales en caso de perseguir determinadas políticas definidas en distintos escenarios. Entre ellos:
- (i) Sobre las valoraciones de eficiencia (*performance*) de distintos sistemas sanitarios OCDE –variables agregadas tipo esperanza de vida libre de incapacidad- y la composición porcentual del gasto en sus distintos factores (funcionales: primaria, especializada, medicamento,..., y de financiación: público/ privado y según categorías de financiación pública (tipos de impuestos, primas, pagos directos).
 - (ii) De modo similar para las valoraciones de los índices de equidad de los sistemas sanitarios a partir de los datos del *Equity project* europeo y similares: acceso a las visitas de especialistas y médicos de cabecera, ajustadas por necesidades de salud (declaradas).
 - (iii) De manera parecida para los índices de *responsiveness* (OMS) de los sistemas sanitarios ante los problemas de salud percibidos por la ciudadanía, y en particular del *survey* sobre los niveles de ‘pronta respuesta’, estandarizada por demografía, tanto para admisiones hospitalarias como ambulatorias, a la vista del nivel de gasto sanitario total (y público), per cápita y en términos de PIB

En los tres supuestos anteriores, y a la vista de las correlaciones observadas, el objetivo consistiría en la valoración de cuantos recursos se requerirían para cerrar la brecha entre los niveles observados para España y las observaciones utilizadas en la comparación. Ello equivale a la cuantificación del gasto sanitario adicional necesario por punto marginal de ganancia en el valor de los indicadores observados, dado el valor del impacto puntual estimado en el análisis empírico.

(iv) Idem, finalmente, para una especie de función multiproducto a partir de los 5 grandes objetivos considerados por la OMS, y un vector de múltiples inputs entre los que se situaría el nivel y composición del gasto sanitario. La aproximación no paramétrica de análisis envolvente de datos podría ser particularmente apropiada para ello, a efectos de evaluar distancias para los valores españoles respecto de las mejores prácticas conjuntas derivadas de la estimación, y cuantificar el coste de ‘cierre de brecha’ en una u otra dirección (entre los outputs de dimensiones múltiples considerados)

Por último, para el análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario, registro histórico y prospectiva, se requeriría una descomposición de los factores de crecimiento del gasto sanitario en España con desglose del crecimiento del gasto público y privado según el método del residual, y también en concreto para el gasto en medicamentos. Se buscaría con ello comprender los componentes que integran la prestación sanitaria real media, y en especial, la influencia del envejecimiento y del cambio tecnológico.

No se trataría por tanto aquí de cuestionar los niveles agregados de gasto, sino partiendo de los recursos hoy ya puestos a disposición de nuestro sistema de salud, evaluar su mejor adecuación a los objetivos públicos, y a partir de ahí, los márgenes para mejorar la política de gasto observada. Partiremos, por tanto, de un nivel predeterminado como restricción exógena, a partir de las variables en principio endógenas en manos del regulador/ financiador de dicha importante partida del gasto sanitario.

A efectos de racionalizar (y simplificar, aunque no creemos que genere un coste de falta de realismo excesivo), dividiremos dichas políticas en aquellas relativas a 'precios' de aquellas relativas a 'cantidades'.

- 'Precios' versus 'cantidades' en el gasto en medicamentos

Dentro de las estrategias de análisis comentadas, conviene remarcar la importancia de las diferentes opciones posibles, ya sea afectando el nivel de precios (a través de costes aceptados, precios regulados, copagos en el consumo, otras barreras de acceso al medicamento) o de cantidades (guías clínicas, visados, políticas de sustitución de fármacos, etc..).

En lo que atañe a la **determinación de precios**, ésta viene afectada por los extremos siguientes:

Demasiado a menudo se trata de una decisión opaca (situada comúnmente fuera de las directivas homogeneizantes de la Unión Europea), relativa a un todo o nada (tras una autorización dicotómica simple de 'entra o no entra' en el sistema público universal), en la que se establecen compensaciones encubiertas (de precios regulados ruinosos que sitúa a productos fuera de mercado, de empresas que invierten sobre el territorio en mayor o menor grado, de beneficios industriales previstos, valorados en distinto modo en el tiempo, así como de otros factores de más difícil concreción), y de un horizonte de escasa o nula actualización temporal.

- Las políticas que afectan a la **variable 'cantidades'** son sin duda complementarias y no substitutivas de la anterior, y posiblemente resultan más decisivas en su incidencia en el gasto, (aunque la primera siempre puede considerarse condición necesaria, no suficiente respecto de la segunda). Incide sobre el prescriptor, sobre el dispensador y sobre el consumidor en el momento de acceso.

En su **incidencia conjunta** (precios-cantidades), por la vía de la regulación de la oferta y de la demanda (su elasticidad precio), no parece lógico que el monopsonio de compra se anteponga al oligopolio de oferta si no es a

requerimiento de quienes vayan a soportar las consecuencias de las decisiones en la financiación del gasto. No están claras las ventajas reales de único comprador en un mercado no transparente donde el poder de negociación tiene múltiples entrantes para influir en los resultados.

- ***Las variantes multijurisdiccionales***

Parcelar el problema puede ser un inicio de solución. Solución, en primer término, a favor de las CC.AA. con competencias ya hoy, al menos sobre el papel, en la gestión de las transferencias sanitarias y en la financiación consiguiente. Y quizás finalmente, a favor de consorcios de proveedores que de modo más descentralizado sostengan los costes financieros de dichas decisiones. Ello resulta, por lo demás, coherente con la idea de que el medicamento deber ser considerado como un input más de la función de producción de cuidados de salud, y por tanto con capacidad de ser sustituido respecto de otros inputs de modo sensible a la variación observada en los precios relativos a los factores considerados.

La anterior consideración relativa a los diferentes ámbitos jurisdiccionales que inciden en la política del medicamento permitiría reforzar a favor de la Administración central, y posiblemente a futuro en manos de niveles superiores europeos, las cuestiones de evaluación, autorización y registro. Así, las autorizaciones, en un contexto como el actual, que ofrece escasas innovaciones reales o *blockbusters*, debieran graduarse por niveles en función de las potencialidades de dicha innovación, con traslado posterior a las políticas de reembolso público. Así, de manera similar a lo que acontece en un país próximo como Francia, cabría segmentar las innovaciones en *mayores*, *menores*, *dudosa o nulas*. El Estado debería garantizar en financiación y provisión las innovaciones principales: pocas como decíamos, realmente, y siempre de modo muy atento a las decisiones de organismos similares –como en el NICE (National Institute for Clinical Excellence) inglés-, valoradas e incorporadas en la financiación autonómica adicional aprobada por el Consejo Interterritorial de Salud y posiblemente tras superar una nueva cláusula de farmacoeconomía. Esta cláusula separaría las innovaciones mayores de las

intermedias –menores -dudosas, que se remitirían a la decisión de las CC.AA. en cuanto a la valoración de costes asociada a los supuestos beneficios, más o menos interpretables, para la comunidad. Para ello las CC.AA. hoy disponen de una financiación más corresponsable, ya sea por la vía de recargos nuevos impuestos o copagos o por variaciones de opciones presentes en las alternativas de financiación del gasto público. Y para las que prueben seguridad, pero contribución nula a la mejora marginal de la ratio coste-efectividad, posiblemente un acuerdo del Consejo Interterritorial las debería dejar fuera de catálogo y de financiación pública de todo tipo, remitiéndolas en su totalidad a la disposición privada a pagar por ellas.

Las anteriores valoraciones aislarían las decisiones de financiación de las de autorización. Ello equivaldría a definir unos precios realmente máximos, negociables en la parte de costes que hubiera de asumir el propio financiador respecto de la industria suministradora, y de aquélla con los pacientes (copagos no homogéneos): ya sea por la vía de la reclasificación en los grupos de medicamentos de valor terapéutico intermedio, a igual copago territorial, o sin modificación de clasificación alguna pero con copago diferenciado. Lo anterior se puede incluso hacer compatible con un único PVP, aunque no creemos que ello sea una exigencia de la distribución competencial del Estado (precios máximos y no únicos), si no más bien resultado de la conveniencia de sus productores.

En los diferentes aspectos vinculados a la gestión del medicamento, el mantenimiento de una esfera propia para las CC.AA. se asocia al hecho que la innovación de proceso más que de producto está en la base de lo que se observa en las dinámicas de gasto sanitario. Si este es el caso –lo que quiere decir que nos estamos refiriendo a cómo se combina efectivamente en la práctica consumo de medicamento y atención personalizada, qué grado de autonomía en la decisión clínica de los profesionales, cómo se valora la innovación en aspectos mayormente sociales³-, el mantenimiento de las competencias en manos de las CC.AA. resulta coherente con la preferencia

³ -Como en supuestos de nuevas patologías emergentes, el tratamiento de la depresión vinculada a la vorágine del *shopping*, la medicalización a la educación y a los estilos de vida-, etc.

política revelada y/o la disposición a pagar por las distintas alternativas de gasto social, complementables desde las jurisdicciones territoriales. Y entre las consideraciones a tener en cuenta para dicha preferencia, por supuesto también, las externalidades que genera el medicamento en el sector empresarial (de base territorial) y que, interpretadas políticamente, pasen a ser objeto del apoyo de la política económica de la jurisdicción afectada.

-Uniformidad y descentralización

La idea de contraponer a los argumentos anteriores consideraciones relativas a las diferencias en precios y en copagos resultantes, como si de un atentado a la equidad territorial se tratase, ignora la realidad de las cosas: ya hoy existen sobre la geografía diferentes prácticas prescriptoras, diferentes políticas de aplicación del decreto de financiación selectiva, de acceso a recetas subvencionadas, de financiación por faltas de visado, de bonificaciones encubiertas en costes (participación en márgenes, suministro gratuito en especie en farmacia hospitalaria, con indudables efectos externos sobre el territorio y en las prescripciones ambulatorias...), todas ellas incidiendo en diferencias en financiación territorial y en copago efectivo de usuarios entre CC.AA.. Tampoco las empresas productoras y los laboratorios farmacéuticos parecen limitarse en sus políticas de precios, vista al menos la realidad de sus prácticas singulares de venta en hospitales.

Si todo ello es inevitable, tal como parece suceder con el resto de fungibles del sistema sanitario, y a la vista de que, además, el intento uniformizador llevaría a esferas de intervención inaceptables política y socialmente, más valdría reconocer la realidad y aplicar tendencial y gradualmente dos principios: el de la liberalización de precios, extensiva a la compra más miscelánea institucional y territorialmente posible, y el de aplicar el principio de responsabilidad fiscal, colectiva e individual, a la vista de quien y como interprete los beneficios y los costes asociados a las distintas categorías terapéuticas, tal como antes hemos comentado.

Ello no es muy diferente de lo que acontece en la práctica en sistemas con gestión descentralizada y que segmentan áreas de decisión que permiten el

abaratamiento de costes unitarios. Ello sucede por ejemplo en el caso de una política de mancomunización de compra de insumos, de compartir activos, cesión de excedentes, gestión de la prestación farmacéutica, de bajas laborales, etc., sin que ello justifique una crítica fundada de ruptura de la cohesión del modelo.

ALGUNOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS ADICIONALES DEL SECTOR DEL MEDICAMENTO

Como es bien sabido, el sector es objeto de una regulación importante. Por un lado, destaca el importante papel del Colegio de Farmacéuticos que a partir de las dispensaciones actúa como pagador a sus asociados sobre la base de los convenios establecidos con el financiador público, lo que refuerza su poder. Ello puede responder a razones históricas, pero no parece lógico mantener a perpetuidad este papel tan importante que no señala correctamente las relaciones financieras con el pagador público. Las oficinas están limitadas bajo números *clausus* con apertura predeterminada en función de población y distancia, farmacéuticos en paro sin posibilidad de acceso, con pagos por traspaso que permiten recoger privadamente los beneficios de la regulación y/o sucesión en la explotación de oficinas con vínculos endogámicos familiares, a veces de profesionalización reducida. El ‘sólo venta en farmacias’, la sobreocupación de espacio para productos parafarmacéuticos, la política de ‘un farmacéutico una farmacia’, la ausencia de cadenas y el desarrollo importante de las OTC generan el resto de críticas, con distinto fundamento, al sector. Recientemente los farmacéuticos dispensadores han conseguido reequilibrar el poder a través de legislación que les habilita para la sustitución de la prescripción, permitiéndoles recuperar para sí posiciones en la búsqueda de rentas hasta ahora de acceso exclusivo médico.

Por lo demás, se mantiene un monopsonio de compra y autorización en manos de la Administración central, resquebrajado o ‘resquebrajable’ al menos, por el hecho de que se han transferido ya las competencias sobre el gasto a las CC.AA.. Ello, contrariamente a las intuiciones (la ruptura del monopsonio era supuestamente favorecedora de la posición del ofertante) no parece tranquilizar

(beneficiar) a la industria farmacéutica, que exige uniformidad ('contra 17 políticas de medicamento' se dice falazmente). Una interpretación posible es que la descentralización puede romper los beneficios de los buscadores de renta, al complicarles dicha tarea. Así mismo, la capacidad de innovación en la gestión del medicamento puede encontrar nuevos hitos a emular (cláusulas de 'región más favorecida', mejores prácticas en descuentos y visados, distintos copagos implícitos con efectividades diversas, etc. en la disociación entre coste unitario del medicamento, pago directo del usuario, y PVP. Lo cierto, pese a lo dicho, es que las partes confunden a menudo precios (quizás uniformes), con costes unitarios por producto (siempre diferentes) y en todo caso resultado de un sano esfuerzo por competir. Léase sino lo que acontece con las compras de medicamentos más o menos subvencionadas por empresas del sector a hospitales a favor de beneficios complementarios, o la cada vez mayor importancia de los descuentos. En este sentido, ya sea en razón de la descentralización fiscal (quien soporta el coste fiscal de las diferencias), ya sea por la vía de la profesionalización de los clínicos (entidades asociativas, mayor responsabilidad financiera por parte de los proveedores dentro de un determinado territorio), lo cierto es que el mantenimiento de una gestión centralizada y uniforme de la política del medicamento tiene las horas contadas. La función que ejercen en países como EE.UU. las *Pharmaceutical Benefit Management Companies* (desde la negociación de costes a la dispensación por correo) se va previsiblemente a imponer. No cabe por ello rasgar las vestiduras de la cohesión social (territorial): ello se mantiene como algo implícito que afecta al PVL más que el PVP (que aparenta ser uniforme), y con unos costes de gestión que ahorran al contribuyente parte del PVP 'copagado' por el sector público.

Por otro lado, el sector de la distribución parece apropiarse de una parte cada vez mayor de la cadena del medicamento, sin que quede muy claro el valor de la integración vertical (cooperativas de farmacéuticos) frente al intermediario con funciones efectivas de '*factoring*' y entrega a tiempo. Validar o no dicha crítica parece del todo necesario.

En este contexto conviene reconocer que el sector empresarial farmacéutico español mantiene unos niveles de innovación prácticamente nulos (siendo ésta

como es una tarea muy compleja y arriesgada, y aún con excepciones), vive excesivamente de las indicaciones aprobadas y de las licencias de producto extranjeras. Pese al señuelo de la importancia del sector para la I+D del país, las sospechas sobre su contenido continúan. Por lo demás, se mantiene una financiación cada vez más extensiva con cargo al sector público y mucho menos a la aportación selectiva del usuario (elasticidades precio bajas, sistema de precios de referencia aún muy incipiente en su aplicación y transparencia en las decisiones de profesionales y consumidores, etc.). En este sentido, las posibilidades de una negociación en bloque del gasto en medicamentos (precios y cantidades) y fuera del marco gremial de Farmaindustria requeriría posiblemente ser explorada.

Finalmente, los profesionales cuenta ajena del sistema intentan compensar en el límite lo que es una retribución pública que consideran relativamente baja con retribución en especie resultante del mantenimiento de una supuesta libertad de prescripción. Esta en buena parte viene influida por la presión de un elevado número de comerciales que con prácticas de dudoso valor añadido compiten por inducir la prescripción generando a su vez un coste de transacción que ha de superar ya previsiblemente hoy el 10% del gasto total.

LAS TENDENCIAS PROCEDENTES DE LAS REFORMAS EUROPEAS

Reconocía recientemente A. Maynard en un pequeño artículo en *Eurohealth* (pps 8-11; vol. 8, 5 Winter 2002/3) que no hay peor cosa que el autoengaño. Es suficientemente evidente que el sector del medicamento es un subconjunto de la industria sanitaria (suministradores), ésta a su vez una parte del sector sanitario (junto a profesionales y políticos), y éste finalmente un agente en el sistema de salud (junto a consumidores y ciudadanos). Hablar de salud no es puramente identificable con cuidados de salud, ni éstos con el consumo aislado de tratamientos o productos sanitarios.

En el sector confluyen por tanto:

- 1- Políticos y funcionarios que priorizan las consecuencias electorales de sus decisiones, en una compra/venta de votos para la que no son inocuos los

lobbies señaladores de apoyo o protesta, o las regalías de futuros puestos en consejos de administración de la propia industria para los políticos salientes;

2- La industria sanitaria y la de medicamentos en particular, con una capacidad de influencia enorme a la vista del poder que otorgan beneficios financieros y las innovaciones terapéuticas en el espejo de los mercados: periodistas, profesionales y grupos de pacientes se sitúan para el mantenimiento del poder en su círculo clientelar;

3- finalmente, nos encontramos el grupo de profesionales sanitarios, deseosos de rentas más elevadas y mayor autonomía de decisión (o al menos la pretensión de evitar determinadas interferencias de las autoridades sanitarias). Como tal grupo se encuentra desbordado por los espejos de la innovación, inundados de materiales informativos confundidos en el puro marketing comercial de las compañías. Una política dura de rentas y laxa en personal (productividad) ha generado una situación en la que la industria, y la farmacéutica en particular, asume cierto reciclaje profesional (‘síntesis’ informativa de visitantes médicos) y ofrece compensaciones retributivas, más o menos explícitas, adicionales a la remuneración pública. Los sindicatos al buscar lo imposible favorecen el *status quo*, con lo que su actuación deviene conservadora, ante unos sistemas sanitarios que gestionados públicamente se muestran incapaces de orientar los servicios de modo que se controlen las variaciones en la práctica clínica, induciendo a los profesionales a una prestación de servicios eficiente, con alta calidad indistinta a ciudadanos ricos o pobres. Maynard confiesa que todo ello es conocido en todos los países, y que de facto se trata de comportamientos considerados socialmente aceptables en las sociedades occidentales. ¿Qué sentido tiene pues ignorar que se trata de un sector industrial más en nuestro país, para a partir de este reconocimiento buscar espacios de cooperación en la sanidad pública y alejar hacia el mercado privado los de conflicto?

En este contexto, y ante las restricciones comentadas, la cuestión es por tanto, valorar si los equilibrios de los ingredientes en (1) –la industria-; son los correctos para (2) –el sector de cuidados sanitarios-, a la vista de (3) –el sistema interaccionado, sectorial múltiple, de la salud poblacional. Y si los balances no son los apropiados, cómo recuperar situaciones más deseables a

través de modificar (2) y en el caso aquí analizado (1) a partir de los agentes y procedimientos en cada caso propuestos (composición del G10 en la UE; acuerdos gobierno- industria en España, con Farmaindustria como pool representativo o no de intereses en el sector, etc.).

Las indicaciones que proceden de Europa desde los *sancta sanctorum* de los proponentes de reformas sanitarias, para el sector del medicamento en concreto (sector que crece, como comentamos, en todas partes a dos dígitos en contextos de inflaciones que no alcanzan el 3% anuales, sea cual sea la coyuntura económica del país, sea cual sea el nivel de gasto del que se parte, y sea cual sea la disparidad de consumo observado⁴) se pueden concretar del modo siguiente:

- 1- Una cuarta valla, junto a las tradicionales de seguridad, calidad en el proceso de producción y eficacia en términos de no- dañar, para la relación coste efectividad del medicamento parece imponerse. Resulta de otro modo bastante complejo no valorar los resultados de las nuevas entidades químicas atendiendo criterios relativos (respecto de las existentes⁵) y en consonancia con su coste (beneficios adicionales con respecto a su coste incremental). Ello es particularmente importante en la extensión de los medicamentos a distintos grupos de pacientes (por neutralizar efectos colaterales, mayor facilidad de uso, cobertura de efectos potenciales.
- 2- Un NICE europeo (al estilo del *National Institute for Clinical Excellence* inglés antes comentado), a similitud de la actual Agencia Europea del Medicamento, ampliada en las extensiones comentadas en el punto anterior, podría estar en el horizonte, lejano pero vislumbrable. Lejano aún, ya que su plena implantación requeriría convergencia en guías de evaluación económica, en procesos de toma de decisiones y en disposición

⁴ - Cita Maynard (ob. cit.) como el consumo de medicamentos varía considerablemente dentro de la Unión Europea. El consumo de antibióticos muestra, por ejemplo, una variación de 4 a 1 (Francia el país que más y Holanda el que menos) sin explicación aparente.

⁵ - Y pese a que ello pueda constituir en si mismo un 'moving target' o referente cambiante.

social a pagar por nuevas tecnologías⁶; vislumbrable hoy, ya que para una futura *European Drug Pricing and Reimbursement Agency*⁷ se producen hoy avances en guías y metodologías de evaluación⁸ y en proceso de toma de decisiones, ni que sea paradójicamente la propia industria la que esté exigiendo una mayor convergencia de procedimientos para autorización y determinación de precios (contra el comercio paralelo y las dilaciones no competitivas con respecto a la realidad EE.UU.)⁹

- 3- Sin duda saltar vallas requiere nueva regulación que permita un mejor ‘fitness’ para la industria innovadora: el handicap que impone el burocratismo de nuestros países es un handicap excesivo para la carrera de innovación librada con EE.UU. La preocupación del ‘G10 Medicamentos’¹⁰ en la materia es ya hoy inequívoca y se expresa en cuestiones tales como: (i) la plena aplicación de la Directiva de Transparencia en las decisiones de Fijación de precios y reembolso, (ii) la creación de redes virtuales de instituciones de salud para la coordinación de la investigación clínica y fundamental, (iii) la abreviación de los procedimientos de autorización tras la evaluación científica, (iv) la extensión del alcance de los procedimientos de reconocimiento mutuo entre países tras evaluación centralizada, (v) las garantías de libre concurrencia para los medicamentos no intervenidos, fuera de prescripción, etc.
- 4- Las envolventes financieras funcionales, el traslado de riesgo a los proveedores, los pagos prospectivos por actividad, la limitación de la financiación pública a predeterminados *benchmarks*, etc., juega a favor de las políticas de Gestión de patologías (*Disease Management*). Esta posición

⁶ -este extremo se considera particularmente dilatante vista la diversidad de costes entre países (empezando por los salariales), a efectos de cuantificación de precios, y las desigualdades en renta a efectos de elicitar valores similares en la disposición a pagar por innovaciones diagnósticas y terapéuticas.

⁷ - M.F. Drummond ‘Will there ever be a European Drug Pricing and Reimbursement Agency?’ en *European Journal of Health Economics*, 2003, 4:67-69

⁸ - Pese a la condicionante de que para la comparación de nuestra ‘cuarta valla’, lo que supone que la práctica preexistente a comparar pueda diferir entre países.

⁹ - Pese a que los países difieran en sus estrategias más centradas en unos casos a limitaciones en precios, otros en políticas de prescripción o en determinaciones globales de gasto manteniendo niveles elevados de autonomía. Y en este último caso, todavía, ya descentralizando responsabilidades territorial o funcionalmente.

¹⁰ - Véase ‘*Communication from the Commission to the Council...Report of the High level Group on Innovation and Provision of Medicines*’, 2003.

permite que la industria del medicamento pueda integrar de atrás hacia delante la función de producción de cuidados sin verse confinada a un peligroso eslabón último de la cadena (como si de un fungible más se tratase). Una gestión coordinada de la atención a la enfermedad y al enfermo puede acabar suponiendo un uso más comprensivo de la evidencia sobre intervenciones preventivas y reparadoras coste-efectivas en la combinación del medicamento con el resto de inputs (incluido aquí el tiempo y la dedicación de los profesionales), con seguimiento regular de sus resultados, no en utilización de outputs intermedios, sino de su impacto en la salud de los pacientes. Claro está que dicha integración de la cadena de valor desde la industria puede priorizar un aumento en el consumo farmacéutico. Para ello, dicha estrategia tiene como únicos frenos la competencia (más de un gestor) y la limitación del pago prospectivo.

- 5- La revolución genética es probable que sustituya *blockbusters* por medicamentos para colectivos más reducidos y con impactos más elevados. Los dispositivos (certificación, autorización, financiación y dispensación sin duda deberán adecuarse a la nueva situación, pese a que continúe ésta suponiendo hoy una dimensión desconocida.

- 6- La generación de una nueva literatura sobre el valor de la salud, y ‘del medicamento’ en particular ya ha empezado a irrumpir. Pero notemos que para que esta literatura sea convincente, no sólo en la difusión sino, y sobre todo, en la autorización a la vista de su evidencia Coste-efectividad relativa, medidas de resultados clínicos relevantes han de substituir las mediciones de aproximación hoy tan comunes: arritmias en lugar de muertes cardíacas, serocolesterol y presión sanguínea en lugar de enfermedad vascular, etc.).

- 7- La farmacoepidemiología va ser cada vez más importante: documentar cumplimiento; registrar infra y sobre consumo por grupos de pacientes; evaluar la efectividad sobre base poblacional real (p.e con los betabloqueantes en fallo cardíaco); el papel concomitante de otros

medicamentos contraindicados o inesperados; identificación de efectos colaterales, etc.

- 8- En un contexto de reforzamiento del apoderamiento de los usuarios en los sistemas de salud, todo apunta hacia una estrategia de mejora de la información a los pacientes. Medidas como las de transformar las actuales fichas técnicas de los envases (prospectos) en folletos educativos y objetivos en lenguaje susceptible de ser entendido por los pacientes, puede coadyuvar a hacer más visible a los clínicos que los pacientes conocen las indicaciones y efectos adversos de los fármacos y a valorar los copagos adicionales que impone el sistema de precios de referencia.
- 9- Al libre movimiento de pacientes y a las directivas de profesionales, se ha de añadir para remarcar la importancia de la armonización europea en este terreno, el caso del de los bienes: de medicamentos (con recomendaciones como las procedentes recientemente del G10¹¹, directiva de transparencia y competencias para productos ‘*over the counter*’), y el inicio de la definición de políticas de estándares, certificaciones y reconocimiento mutuo para los productos sanitarios en general.

En resumen, todo ello re-formatea el contexto general en el que la industria farmacéutica en su conjunto tendrá que desarrollar su actividad en el horizonte venidero.

LAS INNOVACIONES SANITARIAS EN EL FUTURO

Ello quiere decir que las innovaciones sanitarias y las relativas al medicamento en particular, deberán elaborar su argumento sobre los márgenes de mejora en los ratios de coste-efectividad, que puedan justificar un aumento selectivo de la financiación. En este sentido, los resultados disponibles revelan que las innovaciones sanitarias en general proporcionan un alto beneficio neto en algunas situaciones, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, los

¹¹ - ‘The Internal Market and Health Services Report 2002’ de *The High Level Committee on Health*. De la Unión Europea, 2003.

nacimientos de bajo peso, la depresión o las cataratas, mientras que los resultados para el tratamiento del cáncer han sido mucho más dudosos.

El tema anterior está siendo impulsado por la investigación secuencial de D. Cutler y M. McClellan, entre otros (2001)¹² (), al contemplar el sector sanitario no solamente desde la óptica del gasto que genera, sino también en relación con el bienestar que crea; cuestión a la que no se puede sustraer la innovación farmacéutica.

Para ello, aquel grupo de autores valora los efectos del gasto sanitario sobre (i) la esperanza de vida en cada edad, (ii) la prevalencia de las condiciones adversas para aquellos que 'sobreviven' dentro de cada cohorte y (iii) la calidad de vida, condicionada a padecer una determinada condición adversa, de la que la población disfruta. Realizando este ejercicio en dos momentos diferentes en el tiempo, los autores pueden valorar si, en el período analizado, el beneficio registrado supera o no el aumento de costes asociados a la asistencia sanitaria. Las valoraciones se realizan comúnmente considerando el gasto médico en un momento dado a partir de los datos sobre un determinado patrón de consumo de servicios sanitarios, específico para grupos de edad, de acuerdo con la tecnología dominante. Sin cambio en pautas de consumo sanitario, ni cambios en la incidencia de las enfermedades, ni en el coste de los servicios, la gente que viva x años adicionales en el futuro, desde el momento presente, es predecible que genere unas necesidades de financiación z. Si este gasto futuro se descuenta, se identifica el valor actual del consumo médico futuro.

Realizado este cálculo en dos momentos diferentes del tiempo, se computa la variación en el gasto sanitario para el resto de vida de un individuo, de hoy y de hace x años, de unas características similares. Influye en este cálculo la variación de la esperanza de vida, la prevalencia de las condiciones adversas para aquellos que sobreviven y la calidad de vida

La aproximación postulada a los resultados de salud, pretende de esta manera valorar como capital o 'patrimonio' de los diferentes logros en salud, en euros de hoy, el valor del número de años 'esperados' de vida ajustados por calidad que disfrutará una persona a lo largo de su vida, y de los que no dispondría con

¹² - Véase por ejemplo, "Is Technological Change in Medicine Worth It?" *Health Affairs*, vol 20, núm. 5 del 2001

las condiciones sanitarias y de todo tipo de ayer. Hecho esto en dos momentos diferentes del tiempo, podremos comparar los beneficios en salud y bienestar del que se beneficia la sociedad, con relación al incremento del gasto (recursos en sentido amplio) registrado.

En cuanto a los resultados, conviene remarcar que para ambos extremos (recursos y objetivos) la estimación utiliza el patrón corriente en el momento presente: por ejemplo, en la manera en que valora la calidad de vida esperada en cada edad. Así, se asume que los niños de hoy, cuando tengan sesenta años, tendrán la misma vida, ajustada por calidad, que la que tienen hoy las personas de sesenta. Y esto, de manera similar a como, en los cálculos anteriores, se asumía que el gasto médico de los niños de hoy, cuando tengan sesenta años, será equivalente a la que hoy tienen los de sesenta. No se trata, entonces, de una predicción 'real' en ninguno de los casos (cosa por otro lado imposible de hacer), sino que son cifras que resumen y replican el estado de salud y de gasto sanitario para la población de hoy. Además, las cantidades obtenidas respecto de lo que puede representar un año en perfecto estado de salud se han de valorar (monetariamente). Para este propósito, y sobre aquellas cuantías, conviene re-escalar el valor de los años de vida ajustados por calidad. Otra vez, el referente de los límites para ambos momentos del tiempo considerados pueden ser suficientes: se fijan unos valores - por ejemplo, los que se derivan de las indemnizaciones judiciales, del valor del output perdido o de valoraciones contingentes determinadas, y sobre los resultados derivados se realizan los análisis de sensibilidad oportunos.

Está claro que si aquí se acabasen los cálculos, uno se equivocaría. Es bien sabido que, además de la tecnología médica, afectan la salud y el gasto sanitario los cambios en el estilo de vida, los hábitos alimenticios, la práctica de ejercicio físico, cambios ambientales y de conducta social y, por supuesto, la aparición de nuevas patologías. Incorporar estos factores al análisis es esencial para identificar los beneficios netos de la tecnología sanitaria a lo largo del tiempo. Es necesario valorar entonces el porcentaje de la contribución concreta de esta última. Dado que la neutralización de los efectos anteriores resulta muy difícil, puede seguirse un camino indirecto: calcular qué límite

mínimo debe representar este avance tecnológico para poder justificar la variación del gasto.

En los trabajos recogidos por los autores, no resulta difícil derivar valores pequeños para aquel ratio, sobretodo para intervalos largos en el tiempo, de manera que se justifique sobradamente en valor aquéllo que se 'compra' con el gasto sanitario. Para EE.UU., sólo que en los últimos cuarenta años un 30% de la mejora en el 'capital' salud de la población se hubiera debido a la asistencia sanitaria, el gasto sanitario registrado en los EE.UU. - el país que más gasta en sanidad del mundo - estaría más que justificado vistos los beneficios conseguidos.

Para corregir la situación observada en lo que tiene de menor aceptabilidad social conviene re-evaluar los vínculos más o menos difusos entre el valor de la salud y el valor de la actividad asistencial dirigido hacia el anterior objetivo. Existe un amplio convencimiento que el valor que los médicos atribuyen a las distintas intervenciones sanitarias puede diferir enormemente del que le asigna el conjunto de la sociedad, o del que le imputaría si tuviera la misma información que ellos.

Un trabajo de V. Fuchs y H. Sox Jr (2001)¹³ permite una primera consideración a partir de cómo los médicos perciben la importancia relativa del valor de las innovaciones médicas antes comentadas. Para ello, los autores no se centran en la eficacia o efectividad de la innovación, sino en la percepción que tienen los médicos del beneficio derivado de dichas innovaciones por los enfermos¹⁴.

De entre las 30 innovaciones más importantes - a la vista de las citas que, de ella, se han efectuado desde las consideradas mejores revistas de medicina -, se pregunta a los 387 entrevistados que consideren la importancia (por como

¹³ V. Fuchs y H. Sox Jr 'Physicians Views Of The Relative Importance Of Thirty Medical Innovations', de nuevo en *Health Affairs*, vol 20, 5, 2001

¹⁴ - El trabajo procede de uno de los padres de la Economía de la Salud en la Universidad de Stanford, Victor R. Fuchs, conjuntamente con el catedrático de Medicina de la Universidad de Dartmouth y hoy editor de *Annals of Internal Medicine*, Harold C. Sox Jr., a partir de una muestra seleccionada, no representativa, de la población general, extraída de los gobernadores de los sesenta y cinco Capítulos del American College of Physicians- American Society of Internal Medicine, y una submuestra de la compilación de la Castle Connolly Medical Ltd. dentro de la categoría de los mejores médicos de medicina primaria-medicina interna.

serían de negativos, en otro caso, sus efectos en los enfermos) de cada innovación seleccionada, en el caso que hoy no estuvieran disponibles.

Entre sus resultados, se observan algunas variantes en las respuestas, que dependen de la edad (parece que el valor de los tratamientos de la depresión es considerado más por los médicos jóvenes que no por los viejos, quién posiblemente han diagnosticado menos estas patologías en el pasado) y del tipo de enfermos mayormente visitados (las innovaciones relativas en el SIDA las valoran más los médicos que ven pacientes pobres de MEDICAID). Pero se encuentran resultados, en general, bastante sólidos. Dominan entre los internistas las valoraciones muy elevadas en lo que se refiere a las innovaciones diagnósticas y en procedimientos quirúrgicos. En general, los tratamientos cardiovasculares 'ganan'. De aquí podríamos interpretar que los avances en ingeniería física (la nanotecnología hoy) y campos relacionados con estas disciplinas se valoran más que la investigación médica más tradicional. Otro resultado es que las innovaciones que afectan primariamente el impacto en la duración de la vida se valoran por encima de aquellas que afectan la calidad. Esto era esperable, vista la poca cultura de QALYs (o AVACs en terminología nuestra) que hoy todavía existe entre la profesión médica, a pesar de que sorprende incluso un resultado tan equilibrado de dichas valoraciones: 0.558 para los primeros (duración) versus 0.483 para los segundos aspectos (calidad percibida).

En resumen, no parecen existir dudas en cuanto a que la tecnología sanitaria ha contribuido a aumentar la supervivencia y ha mejorado la calidad de vida humana. Sin embargo, debido a la incertidumbre sobre la eficacia, seguridad, efectividad y coste-efectividad de dichas innovaciones en general, es necesario evaluar su impacto concreto en términos de su contribución al bienestar de los individuos. De ahí que de cada vez más sea preciso distribuir los recursos disponibles, incluyendo el estudio del potencial de mejora de la eficiencia como una de las variables a tener en cuenta en los procesos de asignación. Para el propósito anterior, destacan las ventajas del análisis coste-utilidad como herramienta para la asignación de recursos sanitarios. Dicha técnica de evaluación económica consiste en la estimación de una medida del producto

sanitario llamada ‘años de vida ajustados por calidad’ (AVAC). Así, en principio, los recursos tienen que distribuirse de forma que se maximice el número de AVACs, lo que resulta coherente con el principio de maximización de la salud.

En este sentido, si ser humanitario significa “estar preocupado por el bienestar de la humanidad”, entonces, a pesar de la visión estereotipada de los economistas como calculadores ‘con corazón de piedra y sangre fría’ que están más preocupados por el dinero que por el bienestar de la humanidad, se pueden presentar argumentos convincentes para considerar la economía de la salud como una labor humanitaria. Para ello, hace falta aceptar que cuando los intereses de individuos particulares chocan con los del conjunto de la población, éstos últimos deberían prevalecer.

Ello no puede ser de otro modo, ya que los espectaculares avances en las ciencias biomédicas junto a una supervivencia cada vez mayor de la población han acabado enfrentando a los sistemas sanitarios al reto de la dimensión económica. En su solución deben implicarse todos los representantes de la sociedad: a) los políticos que diseñan las grandes líneas del sistema; b) los gestores de los hospitales y otros servicios sanitarios; c) los profesionales sanitarios y d) la población en general que utiliza los recursos.

A la hora de implementar las estrategias consecuentes con aquellos resultados, cabe remarcar la importancia de establecer cautelas: Los sistemas de salud son sistemas complejos, sensibles, liderados por sistemas de valores, preservados por ambientes culturales y sociales determinados y de contenido muy idiosincrásico. De ahí la importancia del concepto de ‘governabilidad’ como plataforma útil a la que muchas de las tensiones y paradojas corrientes pueden remitirse. De ahí también la importancia de atribuir a las distintas jurisdicciones decisorias, supraestatales unas, regionales otras, las competencias que mejor se adecuen a la naturaleza de las externalidades económicas y sociales presentes.

CONSIDERACIONES FINALES

A futuro, y a modo de conclusión, de los nuevos contextos abiertos por la incidencia de jurisdicciones múltiples en el sector del medicamento y de la innovación sanitaria en general, se juzgan como más destacables los rasgos siguientes:

1- En el ámbito transnacional habrá que prestar más atención al futuro desarrollo de la normativa de la Unión Europea (patentes comunes, arbitraje de pacientes y sentencias del Tribunal Europeo de Justicia incidentes en el mercado de trabajo y de los profesionales sanitarios, y de los productos sanitarios en particular). Las normativas relativas a la libre competencia van a ser el próximo paso, con la introducción de mayores márgenes de competencia, extensibles también a las concesiones de gestión de los servicios sanitarios.

2- Para poder trabajar en favor de la sostenibilidad financiera del sistema son necesarias varias estrategias. Hace falta analizar la capacidad de los copagos relacionados con la renta para conseguir un nuevo balance intergeneracional (ciudadano, paciente, contribuyente actual y contribuyente futuro) más satisfactorio. También parece necesario reinterpretar la vieja idea de universalismo en sanidad, hasta ahora identificada con el libre acceso a petición del usuario y apenas sin restricción alguna: ¿quien pone el freno en este contexto a la presión de la demanda?; ¿quién la selecciona?. En la situación actual simplemente hay que ponerse a la cola en espera del tratamiento, normalmente para acceder a cualquier tratamiento que está disponible para todos, y de forma uniforme. Frente a ello hay que anteponer la idea de elegibilidad universal. Pero no todo el mundo es “elegido” y beneficiario de todo. Ello debe depender de la priorización, tanto la relacionada con la “necesidad sanitaria” como la relativa a la capacidad financiera de pago. Y para aquellos que sean efectivamente ‘elegidos’, de acuerdo con criterios sociales claros, la provisión del servicio ha de estar mucho más orientada a la situación particular del paciente (algunas veces incluyendo elementos sociales, como por ejemplo los cuidados personales en la atención social o domiciliaria) con políticas sanitarias más ‘a medida’. En este sentido, descomponer el problema, descentralizando capacidades de decisión y consignando

responsabilidades a los agentes relevantes, en el marco competencial de las CC.AA. puede ser más una parte de solución que un agravamiento del problema.

3- Junto a este necesario esfuerzo social, también en el ámbito de la meso y la microgestión se requieren algunos impulsos nuevos ante viejas exigencias, basadas en:

a) otorgar más posibilidades de elección por parte del usuario de los cuidados sanitarios y mayor responsabilidad financiera consecuenta con las decisiones efectuadas, b) la gestión de las organizaciones y la gestión clínica como elementos de mejora permanente y no una mera liturgia para argumentar reformas sanitarias, c) la constatación de que la eficiencia que debe mejorar el sistema no es una alternativa sino una obligación, y d) el hecho de que para determinar las necesidades de reforma hay que realizar evaluaciones parciales de la sanidad, y no la evaluación conjunta global del sistema sin atender a las interacciones entre sus partes, y sin buscar solucionar los problemas de uno en uno.

En este sentido, como recuerda V. Ortún, se gestiona lo que puede medirse, y se acaba consiguiendo lo que se financia. Pero, no podemos financiar más en función de actividad: cuanto peor (menor control de hipertensión...) mejor para los proveedores (más asistencia financiada). Hace falta en este sentido suscribir un nuevo contrato social entre todas las partes a favor de la sostenibilidad del sistema. Una tarea que no por compleja ha de perder la atención de las partes presentes en nuestro sistema sanitario.